

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SÉRGIO AROUCA
ENSP

“Integração ensino-serviço em Unidades Básicas de Saúde do município de Maceió: preceptorias do PET-Saúde/Saúde da Família na perspectiva da Ergologia e da Política Nacional de Humanização em Saúde”

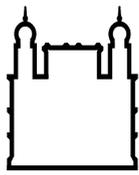
por

Cristina Camêlo de Azevêdo

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof^ª Dr^ª Elida Azevedo Hennington
Segundo Orientador: Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes*

Rio de Janeiro, outubro de 2013



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

“Integração ensino-serviço em Unidades Básicas de Saúde do município de Maceió: preceptorias do PET-Saúde/Saúde da Família na perspectiva da Ergologia e da Política Nacional de Humanização em Saúde”

apresentada por

Cristina Camêlo de Azevêdo

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Prof. Dr. Carlos Henrique Falcão Tavares

Prof.^a Dr.^a Suze Rosa Sant’Anna

Prof.^a Dr.^a Luciana Gomes

Prof.^a Dr.^a Elida Azevedo Hennington – Orientadora principal

Tese defendida e aprovada em 04 de outubro de 2013.

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

A994 Azevêdo, Cristina Camêlo de
Integração ensino-serviço em Unidades Básicas de Saúde do município de Maceió: preceptorias do PET-Saúde/Saúde da Família na perspectiva da Ergologia e da Política Nacional de Humanização em Saúde. / Cristina Camêlo de Azevêdo. -- 2013.
247 f. : il. ; graf.

Orientador: Hennington, Elida Azevedo
Bernardes, Jefferson de Souza

Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Serviços de Integração Docente-Assistencial. 2. Humanização da Assistência. 3. Serviços de Saúde. 4. Educação Superior. 5. Formação de Recursos Humanos. 6. Educação Profissional em Saúde Pública. I. Título.

CDD – 22.ed. – 614

Agradecimentos

À minha querida Mãe, aos meus filhos Jansen e Celina, à nora Elaine, ao genro Neto e à minha netinha Maria Eduarda, amores de minha vida, pela compreensão incondicional que tiveram comigo diante de minhas constantes ausências do compartilhamento familiar.

Aos meus Orientadores, Prof^a Élide e Prof. Jefferson, pelo zelo e acompanhamento com que me guiaram por este caminho teórico-metodológico que compõe uma tese de doutoramento, como dois faróis incansáveis que iluminaram toda a jornada. Meu eterno agradecimento.

Aos Membros da Banca, pela disponibilidade de terem se desviado de seus afazeres que não são poucos, alguns também de suas cidades, para contribuírem com a tese apresentada, possibilitando que o momento da defesa fosse valioso pelas críticas, sugestões e reflexões sobre o conhecimento em discussão. Senti-me lisonjeada por tê-los como avaliadores.

À prof^a Ana Dayse e prof. Tonholo que, respectivamente, como Reitora e Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa da UFAL, envidaram todos os esforços para tornar possível a participação da Ufal no Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública da Ensp/Fiocruz, solucionando e contornando habilmente todas as dificuldades encontradas no percurso, com a maestria que somente os líderes o fazem.

À Zana, pelo significativo apoio e incentivo à qualificação dos professores envolvidos com a Medicina, não medindo esforços para superar os obstáculos mediante as inovações propostas para o curso médico. Minha eterna admiração e gratidão.

À Soninha, colega querida levada para longe de meus olhos, mas não de meu coração, onde você estiver, agradeço-lhe por todos os momentos de troca, estudos e parcerias.

À Direção da FAMED, Prof. Francisco José Passos Soares e ao Coordenador local do Dinter, Prof. Cláudio Torres de Miranda, pelo acompanhamento prestado durante esses quatro anos.

À Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Alagoas (Fapeal), pela concessão da bolsa de doutoramento sem a qual teria sido bem difícil movimentar-se de um Estado para outro, para cumprir as agendas e tarefas do Dinter.

À Secretaria Municipal de Saúde de Maceió pela concessão a autorização para a realização da pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde.

Aos dezenove preceptores do PET-Saúde/Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde pela disponibilidade em serem participantes da pesquisa e por serem os profissionais que são: comprometidos, solidários e inquietos para conhecer e fomentar melhorias em seu trabalho.

Aos colegas do Dinter, em especial a Josineide, Jorge, Aurilene, Suelma, Nilza, Gigliola, Ana Suerda e Waglânia, pelo apoio emocional oferecido durante nossa jornada em João Pessoa.

À minha amiga Vera Porangaba, sempre disponível para ajudar com sua competência em língua estrangeira.

À Amanda, Rita, Fátima Leobino, Fátima Belo, Jade e Adenize, pelo apoio administrativo indispensável durante o percurso desses quatro anos.

Encontrei hoje em ruas, separadamente, dois amigos meus que se haviam zangado. Cada um me contou a narrativa de por que se haviam zangado. Cada um me disse a verdade. Cada um me contou as suas razões. Ambos tinham razão. Ambos tinham toda a razão. Não era que um via uma coisa e outro outra, ou um via um lado das coisas e outro um lado diferente. Não: cada um via as coisas exatamente como se haviam passado, cada um as via com um critério idêntico ao do outro. Mas cada um via uma coisa diferente, e cada um, portanto, tinha razão. Fiquei confuso desta dupla existência da verdade. Fernando Pessoa

RESUMO

Na Universidade Federal de Alagoas a temática integração ensino-serviço emergiu com força a partir de meados da década de 2000, com a implantação dos novos currículos da área de saúde. Com o ingresso dos cursos da saúde da UFAL no Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) e Pet-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde) a partir de 2006 e 2009, respectivamente, tornaram-se ainda mais evidentes as diferentes concepções, saberes e práticas no campo da formação superior e o desafio da integração entre a universidade e as unidades básicas de saúde. O estudo apresentado a seguir teve como principal objetivo compreender a integração entre ensino e serviço nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Maceió, a partir das falas dos preceptores do Programa PET-Saúde/Saúde da Família, Campus Maceió da UFAL. Para tal compreensão, contou-se com os referenciais das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde, das Políticas Nacionais de Humanização e de Educação Permanente em Saúde, mediados pela Ergologia, abordagem que discute e propõe caminhos para compreender e superar o distanciamento das relações entre educação e trabalho. Dentre as 23 Unidades Básicas de Saúde de Maceió que fazem parte do PET-Saúde/Saúde da Família da UFAL/Campus Maceió foram selecionadas para o desenvolvimento da pesquisa quatro unidades básicas pertencentes ao VI e VII Distritos Sanitários do município - Denisson Menezes, Graciliano Ramos, Robson Cavalcante de Melo e Village Campestre I - que recebem maior diversificação de estudantes dentre os cursos da área de saúde da universidade (4 a 5 cursos). Os participantes da pesquisa constituíram-se de dezenove preceptores pertencentes às seguintes áreas: Enfermagem (6), Medicina (4), Psicologia (3), Serviço Social (3), Odontologia (2), Farmácia (1). A pesquisa foi de natureza qualitativa e seus referenciais teóricos e metodológicos se situaram no campo da formação e trabalho em saúde, com destaque para a Ergologia e a Política Nacional de Humanização. A técnica selecionada para a produção de informações foi a roda de conversa e os discursos foram analisados segundo o referencial das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, a partir da elaboração dos Mapas Dialógicos e dos Repertórios Linguísticos. Destes últimos, foram destacados para análise mais detalhada, sete conjuntos de sentidos: formação em saúde; pós-graduação/produção científica (com destaque para a pesquisa); interdisciplinaridade; fomento da autonomia dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde; valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); preceptoria como trabalho de ensino em saúde; e, por fim, relações entre a academia e os serviços. As conclusões da tese discutiram sobre a validação do PET-Saúde como dispositivo que estimulou preceptores e alunos a pesquisar, planejar novas atividades nas UBS, enfrentando os desconfortos produzidos pelo estímulo ao trabalho interdisciplinar, considerado basilar para o fortalecimento do SUS. Também se evidenciou que, tanto universidade quanto serviços de saúde, necessitam avançar em suas negociações e diálogos que ajustem os mecanismos de planejamento e as condições de trabalho em ambas as instituições para o aperfeiçoamento do PET-Saúde.

Palavras-chave: Integração Docente Assistencial; Humanização dos Serviços; Educação Superior em Saúde; Formação de Recursos Humanos; Educação Profissional em Saúde.

ABSTRACT

The thematic teaching-service integration emerged strongly at Federal University of Alagoas from the mid -2000s, with the implementation of new healthcare curricula. With the inflow of health courses in UFAL the programs Pro-Health (National Program of Reorientation Vocational Training in Health) and PET-Health (Education Program for Health at Work), from 2006 and 2009, respectively, the different conceptions, knowledge and practices in the field of higher education, as well as the challenge of integration between university and basic health units have become even more evident. The study presented below aimed to understand the integration between teaching and service in the Basic Health Units of Maceió, from the speech of PET-Health Program / Family Health, Campus Maceio UFAL preceptors. For such understanding, the chosen references were based on the National Curriculum Guidelines for undergraduate courses in health, the National Policy of Humanization and Continuing Education in Health, mediated by the Ergology, approach that discusses and proposes ways to understand and overcome the distancing of relations between education and work. Among the 23 Basic Health Units of Maceió that host the programs PET-Health and Family Health UFAL / Campus Maceió, four basic units were selected to be subjects of the present work, which are: Denisson Menezes, Graciliano Ramos, Robson Cavalcante e Village Campestre I. They constitute the VI and VII Sanitation Districts of the municipality and receive the most diverse composition of students from healthcare university courses (from 4 to 5 courses). The survey participants, a total of nineteen preceptors, were from the following areas: Nursing (6) Medicine (4) Psychology (3) Social Service (3) Dentistry (2) Dentistry (2) Pharmacy (1). The research was qualitative in nature and its theoretical and methodological basis stood in the field of education and health work, especially Ergology, and on the National Humanization Policy. The technique selected for data production was the round of conversation, by which speeches were analyzed according to the discursive practices and meaning construction, from the production of dialogical maps and identification of Linguistic repertoires. From the latter, for further analysis seven sets of meanings were highlighted: health education; graduation production and scientific production (especially research); interdisciplinary; increasing autonomy of the subjects involved in the production of health; valuation of different subjects involved in the process of health production (users , workers and managers) ; preceptors work as health education, and finally, relationships between academy and service. The conclusions of the thesis spoke about the validation of the PET- Health like device that stimulated the preceptors and students to research, plan new activities in UBS, experiencing the discomfort produced by stimulating interdisciplinary work, considered fundamental for strengthening the SUS. Also showed that both the university as health services, need to advance in their negotiations and dialogues which adjust the mechanisms of planning and working conditions in both institutions for the improvement of PET-Health.

Keywords: Teaching Care Integration Services; Humanization of Assistance; Education, Higher; Education, Public; Health Manpower; Health Professional.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Distribuição das Equipes do PSF em Maceió/AL	39
Figura 2 - Número de Equipes PSF por ano de implantação. Maceió, 2002 a 2011	40
Figura 3 - Dispositivo Dinâmico a Três Polos (DD3P)	56
Quadro 1: UBS, Cursos e Pessoal envolvidos no PET-Saúde / Saúde da Família – UFAL 2011	68
Quadro 2 - Número de preceptores participantes da pesquisa por UBS	72
Figura 4 - Sistemas de Saúde e Educação	112
Figura 5 – Ensino (Urdidura) e Serviços (Trama)	136
Figura 6 – Contribuição dos Referenciais Teóricos para a Compreensão da Integração entre Ensino e Serviço na área de Saúde	140

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica
- ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem
- ANEPS – Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde
- APS – Atenção Primária à Saúde
- BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
- CAP – Comunidade Ampliada de Pesquisa
- CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
- CFE - Conselho Federal de Educação
- CIES – Comissão de Integração Ensino-Serviço
- DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
- DD3P - Dispositivo Dinâmico a Três Polos
- DINTER – Doutorado Interinstitucional
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
- EPS – Educação Permanente em Saúde
- FAPEAL – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas.
- FUNDEB – Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDA – Integração Docente Assistencial
- IES – Instituição de Ensino Superior
- INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
- MEC – Ministério da Educação
- MS – Ministério da Saúde
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NUSP – Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Alagoas
- OPAS – Organização Panamericana da Saúde
- PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
- PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
- PET-Saúde / Saúde da Família – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde / Saúde da Família

PFST- Programa de Formação em Saúde e Trabalho

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família

PROMED – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina

PROPET - Sigla que designa os programas Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) e PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde)

PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PREVSAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SADT - Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SESu– Secretaria de Educação Superior

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, do Ministério da Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFAL – Universidade Federal de Alagoas

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UNCISAL – Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

UNI (Programa) - Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade

UNIDA (Rede) – Integração e articulação das redes UNI e IDA.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Objetivos	17
2. A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E O CONTEXTO ALAGOANO	18
2.1 A Integração Ensino-Serviço: importância para a sustentabilidade do SUS	23
2.2 Considerações sobre a Educação Superior em Saúde na Universidade Federal de Alagoas e a Integração Ensino-Serviço	31
2.3 A Estratégia de Saúde da Família em Maceió	36
3. AS POLÍTICAS PÚBLICAS QUE DIALOGAM SOBRE A FORMAÇÃO E O TRABALHO EM SAÚDE	42
3.1 As Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Superiores da Área da Saúde	42
3.2 A Política Nacional de Humanização	44
3.3 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	48
4. O TRABALHO COMO ATIVIDADE HUMANA NA PERSPECTIVA DA ERGOLOGIA	52
5. AS PRÁTICAS DISCURSIVAS E A PRODUÇÃO DE SENTIDOS – APROXIMAÇÕES METODOLÓGICAS	60
6. O CAMPO – LÓCUS DE PESQUISA, SELEÇÃO DE PARTICIPANTES, TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS PARA PRODUÇÃO DE DADOS E INFORMAÇÕES	64
6.1 O Campo	64
6.2 A Roda de Conversa - dispositivo para produção de conversas e sentidos	65
6.3 A escolha das Unidades Básicas de Saúde de Maceió	67
6.4 Participantes da Pesquisa	72
6.5. A realização das Rodas de Conversas: contatos e cuidados	74
7. ANÁLISE DE RESULTADOS E DISCUSSÃO	77
7.1 A Construção dos Mapas Dialógicos	77
7.2 Elaboração e Análise dos Repertórios Linguísticos	84
7.2.1 Repertórios Linguísticos sobre as DCN	85
7.2.2 Repertórios Linguísticos sobre a PNH	88
7.2.3 Repertórios Linguísticos sobre o PET-Saúde	89
7.2.3.1 Subcategorias: Preceptor e Estudante / Preceptor e Tutor / Preceptor sobre Si Próprio	89
7.2.3.2 Subcategoria: Processo	91
7.2.3.3 Subcategoria: Serviço e Academia	92

8. ANÁLISE DOS REPERTÓRIOS POR MEIO DOS CONJUNTOS DE SENTIDOS	94
8.1 Formação em Saúde	94
8.2 Pós-Graduação/ Produção Científica (com destaque para a Pesquisa)	100
8.3 Interdisciplinaridade	107
8.4 Fomento da Autonomia dos Sujeitos Implicados no Processo de Produção de Saúde	117
8.5 Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores	121
8.6 Preceptoría como Trabalho de Ensino em Saúde	125
8.7 Relações entre a Academia e os Serviços: entre o “lá e o cá”	128
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	142

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE B - Roteiro para as Rodas de Conversa

APÊNDICE C - Mapa Dialógico da UBS 1

APÊNDICE D – Repertórios Linguísticos

APÊNDICE E - Artigo: Integração entre Ensino e Serviço na primeira década do século XXI e a busca de fortalecimento do SUS

ANEXO A - Autorização SMS de Maceió para a pesquisa

ANEXO B - Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa - Plataforma Brasil

1. INTRODUÇÃO

Tudo quanto é velocidade
não será mais do que passado, porque
só aquilo que demora nos inicia.
Rainer Maria Rilke

Esta tese “Integração Ensino-Serviço em Unidades de Saúde do município de Maceió: preceptorias do PET-Saúde/Saúde da Família na perspectiva da Ergologia e da Política Nacional de Humanização em Saúde” foi elaborada para fins de término do Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

Seu objetivo principal é compreender a integração entre ensino e serviço nas Unidades Básicas de Saúde de Maceió, a partir das falas dos preceptores do Programa PET-Saúde / Saúde da Família, Campus Maceió da UFAL. Para tal compreensão, serão problematizadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde no país, a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).

Serão analisadas as falas dos preceptores sobre a formação em saúde, suas relações com a produção de conhecimento, o trabalho em conjunto com as demais profissões da saúde, a autonomia e protagonismo no trabalho de produção de saúde, o contato com os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, a questão da preceptoria como trabalho de ensino em saúde e, por fim, como se dão as relações entre a academia e os serviços.

Para isso, é necessário identificar os aspectos que constituem o trabalho de preceptor no PET-Saúde / Saúde da Família, no que tange às atribuições desenvolvidas, responsabilidades e necessidades vivenciadas no exercício de suas funções. É fundamental, também, analisar e destacar a contribuição que o PET-Saúde / Saúde da Família traz para a interação entre o ensino superior e os serviços de saúde.

Desde os idos de 2000, a pesquisadora participa de dois cursos da área da saúde da UFAL que promoveram mudanças curriculares (Medicina e Psicologia). Tais experiências são responsáveis pela aproximação com o contexto da saúde pública no estado de Alagoas. Percebe-se, desde aquela época, o distanciamento existente entre

docentes e profissionais de serviços de saúde, mesmo em período repleto de ações, estratégias e políticas direcionadas para estabelecer mudanças significativas para ambos os contextos. Com o passar dos anos, esse distanciamento pareceu não se tratar de algo provocado por crenças inabaláveis impeditivas do diálogo e da participação, mas sim da impossibilidade de usar de forma apropriada as ferramentas necessárias à interdisciplinaridade, principalmente as que envolvem a escuta e o diálogo.

Nos últimos anos, ocorreram várias reuniões de trabalho ou oficinas de sensibilização sobre os novos currículos. Nelas, docentes expressavam que não viam razão para estimular o acesso dos usuários aos serviços de saúde por outras vias que não a hospitalocêntrica e por especialidades, mesmo estando ciente do quantitativo de pessoas desassistidas por essas formas de atendimento. Do lugar dos profissionais dos serviços de saúde, vozes reclamavam de uma prática automatizada de atendimento à população por parte de vários dos profissionais, sem atentar para a necessidade de uma revisão de seus protocolos clínicos e administrativos de trabalho, por vezes justificando suas falhas pelas deficiências da formação recebida.

Durante a implantação desses novos currículos, principalmente o da Medicina, situações tensas e intensas foram vivenciadas na abordagem da academia aos serviços de saúde. Uma delas ocorreu quando da necessidade de agilizar a parceria dos profissionais de saúde do VI e VII Distritos Sanitários de Maceió, para receberem estudantes não apenas dos últimos anos, mas do primeiro ao sexto ano do curso. A academia considerou que não possuía outro recurso a não ser obrigar os profissionais a participarem de capacitação para lidarem com a modificação requerida, em função da proximidade com o esgotamento dos prazos para instalação da reforma curricular em andamento.

O ingresso dos cursos de saúde da UFAL no Pró-Saúde, desde 2007, e no PET-Saúde, a partir de 2009, incentivou a instituição de ensino a se movimentar em direção à rede de serviços, dando-se conta de que a conhece pouco. Pelo discurso dos serviços de saúde, os Programas auxiliaram os profissionais de saúde a avaliarem que a academia poderia ajudá-los a encontrar respostas para problemas recorrentes de planejamento do trabalho, gestão de pessoas e processos, por exemplo, que têm dificultado ainda mais o alcance das metas de atendimento aos usuários do Sistema de Saúde. O relatório do PET-Saúde / Saúde da Família (UFAL, 2011) afirma haver longo caminho a ser percorrido para melhorar a integração entre ensino e serviços do SUS em Maceió. Do lado das UBS, o relatório menciona:

Esta parceria ficou prejudicada pelas opções políticas do município de Maceió em relação ao modelo de saúde adotado. O pouco interesse e investimento do município na Atenção Básica é o maior empecilho para os avanços da Política de Atenção Básica. [...] A política de Atenção Básica não é prioridade na rede de saúde [...] Outra evidência é a ausência de uma política de intersetorialidade para a saúde (UFAL, 2011, p. 7-8).

O relatório ainda registra que o PET-Saúde não foi institucionalizado nos cursos de graduação nele envolvidos, sendo considerado um Programa de Extensão universitária, do qual participam poucos docentes por curso.

Dessa maneira, no intuito de contribuir com os estudos sobre esta relação e refletindo que a participação no PET-Saúde / Saúde da Família trouxe à tona questões sobre o que a universidade, através dos cursos da área de saúde, conhece e compreende acerca dos cenários de práticas constituídos pelas UBS, delineou-se esta pesquisa que pretendeu obter respostas para a seguinte questão: Na perspectiva dos preceptores, qual a contribuição do PET-Saúde/Saúde da Família para a integração entre ensino e serviço?

O primeiro capítulo apresenta a importância do Sistema Único de Saúde e a necessidade de cuidar de sua consolidação através de políticas e programas interministeriais de incentivo à formação superior em saúde que, desde os primeiros momentos, se voltasse para a formação de profissionais que atuassem segundo os princípios e diretrizes do SUS, levando-se em consideração os determinantes sociais do processo saúde-doença e as características locais. Assim, a Integração Ensino-Serviço surge como estratégia fundamental para pensarmos a formação e as práticas em saúde. De imediato, situa o problema no contexto alagoano, tanto no que diz respeito aos cursos na área da saúde na UFAL inseridos no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), quanto a Estratégia de Saúde da Família no município de Maceió. Nesse capítulo, fica evidenciada a precariedade e, até certo ponto, descuido, com os sistemas de informação sobre a saúde do município, a partir da dificuldade de acessar dados mais detalhados sobre o desempenho de sua rede de saúde.

O segundo capítulo apresenta as Políticas Públicas que dialogam com a formação e o trabalho em saúde. Concentra a discussão em torno de três Políticas: a política da formação superior, por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação na área da saúde; a Política Nacional de Humanização (PNH); e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). São os itens centrais para a compreensão da integração ensino-serviço.

O terceiro capítulo aborda o trabalho como atividade humana na perspectiva da Ergologia. O diálogo é com autores como Schwartz (2000; 2004; 2006; 2010; 2011), Durrive e Schwartz (2008), Hennington (2008). A discussão neste capítulo explora as relações entre o ensino e o serviço por meio de contextualização histórica frente aos impasses produzidos na Era Moderna, em que as dimensões do Trabalho e da Educação pouco se encontraram. Fundamenta, portanto, em boa parte, a distância existente entre os universos do ensino e do serviço, grosso modo, materializados por meio da academia e da rede de serviços.

O capítulo seguinte, o quarto, ingressa na discussão metodológica. Apresenta o referencial das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos (SPINK, 2000) e aproxima-se das leituras e possibilidades apresentadas pelo referencial.

O quinto capítulo aborda a noção de Campo-Tema (PETER SPINK, 2003) e o dispositivo da Roda de Conversa como ferramenta de produção das informações. Apresenta também, a escolha das Unidades Básicas de Saúde pesquisadas, justificando o porquê das mesmas, assim como os participantes da pesquisa, no caso, os preceptores do PET-Saúde / Saúde da Família do campus Maceió da UFAL, que trabalham nas Unidades escolhidas.

Para o sexto capítulo é reservado o espaço para avançar na discussão das Rodas de Conversa. Aqui, além da discussão conceitual sobre a Roda de Conversa, serão apresentados os momentos e espaços de diálogos estabelecidos com os preceptores em seus locais de trabalho.

O sexto capítulo é a análise e discussão sobre as Rodas de Conversas. Explica-se a estratégia utilizada para organizar o diálogo: os Mapas Dialógicos (SPINK, 2000). A partir dos Mapas são identificados os repertórios linguísticos (WETHERELL; POTTER, 1996) utilizados pelos falantes para produzirem seu trabalho.

A partir dos Mapas Dialógicos, foram produzidas três categorias: DCN, PNH e PNEPS. Esta última, diretamente vinculada ao PET-Saúde, comportou três subcategorias: Preceptor e Estudante / Preceptor e Tutor / Preceptor sobre si próprio; Processo; Serviço e Academia. A partir destas categorias foram identificados os Repertórios Linguísticos, analisados no próximo capítulo.

O sétimo capítulo contém a análise dos Repertórios Linguísticos a partir de sete conjuntos de sentidos identificados: formação em saúde; pós-graduação/produção científica (com destaque para a pesquisa); interdisciplinaridade; fomento da autonomia dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde; valorização dos diferentes

sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); preceptoria como trabalho de ensino em saúde; e, por fim, relações entre a academia e os serviços (entre o “lá” e o “cá”).

Finaliza esta tese o oitavo e último capítulo, das considerações finais. Após o último capítulo, as Referências Bibliográficas. Sucedem-se quatro apêndices e três anexos. No APÊNDICE E, o artigo intitulado “A Inte(g)ração ensino-serviço na saúde e a busca do fortalecimento do SUS na primeira década do século XXI”, submetido à Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM), como parte dos requisitos necessários para a conclusão no Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública. O APÊNDICE B apresenta o roteiro das Rodas de Conversas. No APÊNDICE C, a ilustração de um dos Mapas Dialógicos produzidos a partir da Roda de Conversa. Finalizando, segue o APÊNDICE D com os Repertórios Linguísticos definidos a partir dos Mapas Dialógicos. Nos anexos, as autorizações para a pesquisa, tanto da Secretaria Municipal de Saúde, quanto do Comitê de Ética na Pesquisa, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado para as Rodas de Conversas.

1.1 OBJETIVOS

Foram estabelecidos para a pesquisa constante desse documento, os seguintes objetivos:

Objetivo geral

Aprofundar a compreensão sobre as relações ensino-serviço que ocorrem nas Unidades Básicas de Saúde de Maceió, identificando, a partir dos discursos e práticas dos preceptores do Programa PET-Saúde / Saúde da Família, os aspectos das atividades destes preceptores que se aproximam ou se distanciam dos parâmetros explicitados nas DCN, PNH e PET-Saúde/Saúde da Família.

Objetivos Específicos

Descrever os aspectos que constituem o papel de preceptor do PET-Saúde da Família, no que tange às atribuições desenvolvidas, responsabilidades e necessidades vivenciadas no exercício do papel.

Analisar e destacar a contribuição que o PET-Saúde tem trazido para a interação entre o ensino superior e os serviços de saúde.

2. A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E O CONTEXTO ALAGOANO

Diante da complexidade de consolidar um sistema de saúde de caráter universal, com a pretensão de promover a cobertura de cerca de 183 milhões de pessoas (IBGE, 2011), respeitando os princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade, participação social e descentralização, o SUS tem se apresentado como um grande desafio em termos de expansão e manutenção da qualidade de serviços de saúde, através de uma rede de instituições que abrange os três níveis de governo e o universo privado, envolvendo diversos atores sociais e diferentes interesses.

Em que pesem as mudanças positivas ocorridas na saúde, com a instituição e a implementação do SUS, persistem, de forma preocupante, baixos níveis de saúde e elevadas desigualdades sociais e regionais. Assim como a permanência do subfinanciamento e distorções na estrutura dos gastos públicos influenciados pela lógica do mercado, lógica esta que não atende às expectativas de grandes contingentes da população brasileira. O desenho das políticas públicas deve orientar-se pelas suas consequências sobre a vida das pessoas e da coletividade. A simples lógica macroeconômica de valorização do capital, através da financeirização do orçamento público, desvinculação de receitas das contribuições sociais e crescente superávit fiscal, sem consideração de seu impacto sobre as condições sociais, culturais e ambientais, não permitirá que construamos uma nação justa, equânime e saudável [...] O processo da reforma sanitária brasileira é um projeto civilizatório que pretende produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação, e a solidariedade como valor estruturante (CARTA DE BRASÍLIA, 2005, p. 1).

O Sistema Único de Saúde representa, por meio de seus princípios e diretrizes, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Para o alcance de seus objetivos e metas, desde sua implantação na década de 1980, o SUS tem necessitado da criação de políticas públicas que auxiliem e solidifiquem seu avanço e sustentabilidade, em esforços para superar décadas de descaso e falta de investimento na saúde. As políticas públicas são consideradas de relevância pública, significando que suas ações abrangem e beneficiam toda a sociedade, o que delega ao Estado a responsabilidade de garantir, fiscalizar e regulamentar a prestação de serviços do setor (CECCIM et al., 2008; CECCIM; PINTO, 2007; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A implantação do SUS possui, até hoje, processos contraditórios, posto que sua criação ocorreu em condições precárias, incompletas, “desvirtuando a concepção de seus formuladores. Na acomodação entre as definições legais que deveriam ser

implantadas e o legado institucional anterior, configurou-se a política de saúde atual” (MENICUCCI, 2006, p. 74).

A saúde pública constitui um importante campo para o estudo entrelaçado das desigualdades sociais e das dinâmicas sociais que as produzem e que, por sua vez, influenciam as disparidades de saúde, indicadas pelas diferenças existentes entre as populações dos estados do Norte/Nordeste e o sul do país (GERHARDT, 2010). Vários estudos e análises do SUS têm constatado, por diferentes ângulos de observação de seus elementos de efetividade, resolutividade, legitimação, eficiência e sustentabilidade, que o esforço inicial de duas décadas ainda não foi suficiente para a melhoria desejada da qualidade dos serviços prestados aos usuários pela rede pública de saúde em todo o país (OLIVEIRA et al., 2008; PAIM; TEIXEIRA, 2007; MERHY, 1998).

Para Paim e Teixeira (2007), a institucionalização do SUS apresenta movimento pendular de descentralização/centralização, principalmente pela existência de concepções distintas acerca da Imagem-Objetivo do SUS quanto à sua configuração institucional. Para os autores:

O cenário político-institucional no qual se apresenta a problemática da organização e gestão do sistema, dos serviços e dos recursos do SUS é, assim, extremamente dinâmico, instável, não só por conta da natureza do processo de descentralização/centralização descrito brevemente acima, mas, sobretudo, pela mudança na correlação de forças que se configuram no âmbito das instituições e das instâncias colegiadas que agregam gestores do sistema, como é o caso das Comissões Intergestores e mesmo dos órgãos representativos dos gestores – CONASS, CONASEMS – no Conselho Nacional de Saúde e nos seus correlatos estaduais e municipais (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1822-1823).

Paim e Teixeira (2007) ainda afirmam que a “sustentabilidade do Sistema está assentada em pelo menos cinco pilares, a saber: econômico-financeiro, jurídico-legal, participação e controle social, constituição de sujeitos e nova institucionalidade” (p. 1826). Assim, para os autores, é preciso:

qualificar o debate em torno das estratégias de educação permanente de profissionais e trabalhadores do SUS, de modo a não apenas valorizar a incorporação de conhecimentos científicos e tecnologias de gestão no âmbito gerencial, senão que problematizar a dimensão ética dos processos de formação e capacitação de pessoal em todos os níveis, sem dúvida. Essa constituição de novos sujeitos sociais representa uma das “trincheiras” mais importantes no processo de retomada da luta pela Reforma Sanitária Brasileira (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1826).

Na última década, extensas análises do governo sobre o SUS verificaram que, para a melhoria contínua do sistema, é necessário investir na educação dos trabalhadores da saúde, tanto em sua formação profissional de base, quanto na educação

permanente que deve acompanhar a trajetória profissional. A partir dessas constatações, derivaram políticas e programas que permanecem ativos, influenciando serviços realizados pelos profissionais de saúde.

As políticas e os programas de educação dos trabalhadores da saúde se estenderam para incentivar e acompanhar os investimentos na formação superior em saúde, visando influenciar a criação de projetos político-pedagógicos de formação preparados para o “enfrentamento da pobreza no contexto do desenvolvimento humano, a elevação da resolutividade pela integralidade e humanização dos atendimentos [...] e a integração em rede dos serviços de saúde” (CECCIM; PINTO, 2007, p. 267).

A importância, avanços, desafios e entraves do SUS têm sido os principais temas de investigação de inúmeros estudiosos no país. Seus resultados demonstram que o Sistema não conseguiu cumprir várias Imagens-Objetivo, por diversas razões que vão, desde a questão do subfinanciamento para a saúde, às dificuldades de trabalhar o binômio saúde/doença segundo os princípios e diretrizes estabelecidos como vetores do Sistema. Vale destacar que, além da responsabilidade pela assistência à saúde da população brasileira, o SUS também precisa acionar programas estratégicos e de promoção da saúde, informática e informação da saúde, gestão e desenvolvimento de recursos humanos, vigilância sanitária e ambiental, vigilância epidemiológica e controle de doenças e pela gestão dos investimentos em saúde (BRASIL, 2009).

Na descentralização e municipalização da gestão em saúde, destaca-se que, nas últimas três décadas no país, aumentou o número de municípios brasileiros que se tornaram autônomos sem condições mínimas de manutenção das responsabilidades com a saúde da população. Segundo Machado (2006), diante do novo desenho político administrativo do território nacional, do aumento da oferta de empregos na área da saúde, da necessidade de profissionais das mais variadas competências e habilidades, para compor as equipes municipais, bem como dos estudos no campo da saúde, do trabalho e da educação, evidenciou-se um cenário preocupante no que tange à distribuição, manutenção e qualificação dos recursos humanos necessários ao cumprimento de suas missões na área da saúde. Resumidamente, para o autor:

pode-se dizer que este período é caracterizado pelo abandono da proposta de planos de carreira profissional, pela precarização do trabalho no SUS, pela desmobilização do movimento sindical identificado na perda da importância da negociação do trabalho no SUS, pela pulverização das ações educativas e formativas no âmbito do SUS e pela proliferação de escolas de saúde. Sem dúvida, a década de 90 pode ser denominada ‘década perdida para os recursos humanos em saúde’. Uma década marcada pela insistência de

consolidar o SUS sem se preocupar com aqueles responsáveis pela produção dos serviços de saúde nas três esferas que compõem o SUS. O saldo político é uma enorme dívida social com os trabalhadores (MACHADO, 2006, p. 23).

Estudar e analisar o SUS são tarefas que implicam em percorrer inúmeros aspectos do Sistema e seus desdobramentos quanto aos arranjos políticos, econômicos e operacionais, que se multiplicam em outros arranjos regionais e municipais, produzindo experiências diversas de um “SUS que dá certo” e de um “SUS que não avança”. Oliveira et al. (2008) expressam que o SUS possui um aspecto inovador relacionado aos seus princípios, perfil de sua proposta e qualidade dos debates e da produção intelectual; e um aspecto conservador quando se verifica

a baixa institucionalidade alcançada, entre a formulação e a execução efetiva de ações transformadoras das práticas de saúde, em que percebe-se não haver permeabilidade entre a modernidade conceitual e legal e o conservadorismo das práticas de saúde, centradas num modelo assistencial circunscrito a respostas a demandas imediatas, medicalização da saúde e alta tecnologia de caráter hospitalocêntrico (OLIVEIRA et al., 2008, p. 197-198).

Organizado para funcionar com base em cinco princípios – regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização, complementariedade e participação dos cidadãos (OLIVEIRA et al., 2008), o SUS ainda luta para assegurar a saúde como um direito de todos, desenvolvida com equidade e pautada pela integralidade. Na busca de superar suas dificuldades, e reconhecendo que havia pouco avanço das práticas em saúde e reorientação do modelo tecnoassistencial, em 1994, o Ministério da Saúde implementou a reorganização da atenção primária à saúde “por meio do programa, depois estratégia, depois Política de Saúde da Família, que articula elementos das propostas originalmente conhecidas como Sistemas Locais de Saúde/Distrito Sanitário, Programação em Saúde e Promoção à Saúde” (FEUERWERKER, 2005, p. 493).

Esta tese se concentra sobre as interfaces desse cenário da formação de trabalhadores para a saúde com o campo da educação superior, considerado como um dos pilares necessários aos avanços da área de saúde e por abranger os lugares nos quais os profissionais de saúde, geralmente, assimilam e desenvolvem seus primeiros contatos formais com as instituições de saúde, tanto públicas, quanto privadas.

Não tem sido raros, nem tampouco recentes, os esforços empreendidos para realizar avanços na educação superior em saúde. Segundo Carvalho e Ceccim (2006) eles remontam aproximadamente à década de 1940, quando a divulgação do relatório de Abraham Flexner, que trata de ampla avaliação sobre o ensino das escolas médicas nos

Estados Unidos e Canadá, concluiu que este ensino era orientado basicamente pela fragmentação de conteúdos em disciplinas estanques, pela lógica tecnicista e instrumental, por uma visão eminentemente biologicista e atuação volta para o atendimento em hospitais, indicando que “a formação em saúde passou a resultar [...] em uma concepção de corpo destituído de alma e desarticulado de outros corpos, pura natureza, de comportamento supostamente invariável e explicável cientificamente pelas ciências naturais” (Ibid., p. 142).

Observa-se que essa Medicina em crise, na primeira metade do século XX, cujas críticas eram mais dirigidas ao modelo biomédico adotado pelas escolas, originou os departamentos de Medicina Social e Preventiva e a criação de disciplinas que contavam com a visão das ciências sociais para ampliar a perspectiva clínica, tais como a Epidemiologia, Administração de Serviços de Saúde, dentre outras (NUNES, 2006). Para Nunes (2006, p. 22), “instala-se a preocupação com uma perspectiva biopsicossocial do indivíduo e a extensão da atuação pedagógica para fora do hospital, criando trabalhos comunitários”.

É nesse contexto que a Saúde Coletiva se expande como proposta de associar as ciências biológicas e médicas, às ciências sociais e humanas, tais como a Antropologia, Sociologia, Administração, Economia, Política, Psicologia Social, História, Filosofia, constituindo-se em um amplo campo de práticas:

que inicia um pensar sobre a saúde, que transcende a questão da doença em si mesma, e destaca a importante contribuição teórica trazida pelos mais diferentes campo disciplinares para entendimento das questões e problemas das coletividades expostas a riscos e agravos (NUNES, 2006, p. 32).

Carvalho e Ceccim (2006) argumentam que,

De acordo com as demandas de reforma do sistema nacional de saúde, acentuou-se a defesa da expansão de escolas pelo poder público, a substituição do envio de estudantes para formação no exterior pela aprendizagem dos problemas nacionais de saúde e a contratação de professores estrangeiros para ensinar e criar novas escolas profissionais no país. É da Saúde Coletiva a preocupação com os perfis das novas gerações profissionais porque a sua pergunta não é a da proporção de expedição de diplomas, mas a capacidade de impacto das profissões de saúde na qualidade de vida das populações. [...] Para a Saúde Coletiva, uma formação profissional em saúde não será adequada se não trabalhar pela implicação dos estudantes com seu objeto de trabalho: práticas cuidadoras de indivíduos e coletividades; práticas de afirmação da vida, sob todas as suas formas inventivas e criativas de mais saúde; práticas de responsabilidade com as pessoas e coletividades pela sua melhor saúde individual e coletiva; práticas de desenvolvimento e realização de um sistema de saúde com capacidade de proteção da vida e saúde e práticas de participação e solidariedade que tenham projetos de democracia, cidadania e direitos sociais (p. 141-143).

A seguir, vislumbra-se que, nos mesmos períodos de avanços da Saúde Coletiva e da difusão do relatório Flexner, outros movimentos, no âmbito mais específico da educação e do trabalho em saúde, vão urdindo novas configurações, mobilizadas, principalmente, pela proximidade da criação do Sistema Único de Saúde brasileiro.

2.1 A Integração Ensino-Serviço: importância para a sustentabilidade do SUS

Como visto anteriormente, a articulação dos processos educacional e de produção de serviços em saúde tem sido temática-chave anterior à criação do SUS, em razão da complexidade da consolidação de um sistema de saúde de caráter universal, com a pretensão de promover a cobertura de cerca de 183 milhões de pessoas. Garantindo respeitar e comprometer-se com os princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade, participação social e descentralização, o SUS tem se apresentado como um grande desafio em termos de expansão e manutenção da qualidade de serviços de saúde, através de uma rede de instituições que abrange os três níveis de governo e a rede privada, envolvendo diversos atores sociais e diferentes interesses.

Análises e avaliações do governo sobre o SUS verificaram que, para a melhoria contínua do sistema, dentre inúmeros e complexos investimentos, constava a educação dos trabalhadores da saúde, tanto na sua formação profissional de base, quanto na educação permanente que deve acompanhar a trajetória profissional. A partir dessas constatações, derivaram políticas e programas que permanecem ativas exercendo influência sobre os serviços realizados pelos profissionais de saúde.

O investimento na educação dos trabalhadores da saúde remonta há décadas anteriores à criação do SUS, demonstrando um longo, mas nem sempre eficaz esforço dos governos e da sociedade para melhorar as condições de vida da população. Silva (1986), ao analisar a criação das escolas médicas no Brasil, ressalta que as décadas de 1960 e 1970 foram palco de transformações políticas e sociais, e de necessárias e emergentes tentativas de mudanças no campo da educação superior, haja vista as contestações feitas às instituições nacionais acerca de suas competências para alavancar o desenvolvimento e bem estar da sociedade brasileira. Para o autor (Ibid., 1986), a Universidade até então, não tinha conseguido dar conta da formação de profissionais

competentes que contribuíssem para desenvolver as tarefas mais rotineiras da sociedade: a reforma universitária de 1968 não passou de uma tentativa fracassada de fazer com que ela se modernizasse, o que não aconteceu, face às resistências produzidas pelo seu corporativismo, autarquização e tendência a valorizar excessivamente a formação de profissionais. Para Paiva et al. (2008):

o contexto mundialmente vivido nessas décadas era o do “desenvolvimentismo como norte orientador do papel do Estado nas sociedades, que a década de 70 presenciava o seu encerramento [...] Nesse contexto, de acordo com a ideologia do desenvolvimento, ciência e técnica se tornariam o passaporte rumo ao mundo moderno e industrial.” (p. 930).

Nesse período, os investimentos em recursos humanos para a área da saúde foram destinados, prioritariamente, à formação e à capacitação de profissionais dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, e para solucionar os problemas decorrentes da má distribuição geográfica desses profissionais.

As estratégias apontadas para a solução de todo esse conjunto de problemas começaram a envolver não apenas reformas dos currículos médicos e de outras profissões de nível superior, rumo a um currículo de formação mais generalista, mas também procuraram apontar para a necessidade de incrementar a formação de técnicos e auxiliares tendo por base um ensino médio de melhor qualidade e em sintonia com as necessidades do sistema de saúde (PAIVA et al., 1986, p. 931).

As análises decorrentes de eventos da OMS nas décadas de 1960 e 1970 evidenciaram que o avanço da saúde das populações no mundo somente se daria se fossem alteradas as condições socioculturais existentes, através da ampla participação dos diversos segmentos da sociedade para a produção e distribuição de riquezas e organização de serviços essenciais à melhoria do bem estar social. Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, ocorrida em Alma Ata, copatrocinada pela OMS e pelo Fundo Internacional de Proteção à Criança, referenda que a saúde é a meta social mais importante do mundo. Logo depois, em 1979, a 30ª Assembléia Mundial de Saúde considerou a atenção primária à saúde como a chave para a consecução da meta Saúde para todos até o ano 2.000 (BRASIL, 1981).

Desde então, nos países em desenvolvimento, foram efetuados esforços para cumprir esta meta. No Brasil, os Ministérios da Saúde, da Previdência Social e da Educação se responsabilizaram pela criação de programas que dessem o respaldo necessário à sua consecução.

A última metade do século XX foi profícua quanto à oferta de ações impulsionadoras da educação em saúde, mais precisamente a partir da década de 1960, em razão de fortes contestações ao modelo flexneriano, decorrente da intensificação do desenvolvimento tecnológico e o consequente aumento da capitalização do setor saúde (TANCREDI; FEUERWERKER, 2001). Na década seguinte, 1970, eventos mundiais foram marcantes para a ressignificação da educação em saúde, com destaque para três deles: a 30ª Assembleia Mundial de Saúde, em 1977, que declarou que “a meta principal dos governos deveria ser alcançar até o ano 2000, um grau de saúde para todos os habitantes do mundo, levando-os a alcançar uma vida social e economicamente produtiva” (BRASIL, 1981, p. 10); a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata, que conclamou todos os governos do mundo a se unirem para melhorarem a saúde de todos os povos nas próximas décadas, recomendando que diante da grandiosidade da meta, esses governos deveriam estimular a participação dos setores sociais e econômicos, e não somente o setor de saúde; e a 32ª Assembleia Mundial da Saúde realizada em 1979, que aprovou por unanimidade, o documento preparado pelo Conselho Nacional de Executivos da OMS, considerando a atenção primária à saúde como a principal estratégia para a consecução da meta “Saúde para Todos no ano 2000” (BRASIL, 1981; TANCREDI; FEUERWERKER, 2001).

Na mesma década, em 1979, foi criado o Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA), cujos objetivos se voltaram para: estimular o desenvolvimento de projetos que situassem os profissionais de saúde em formação, nas realidades regionais e nacional; estimular a criação dos Distritos Docente-Assistenciais; estimular mudanças de curriculares em todos os níveis de formação de recursos humanos para a saúde, em parceria com o MEC; promover atividades de pesquisa voltadas para as necessidades da comunidade (BRASIL, 1981).

Desde então, as Universidades foram convocadas para serem partícipes do alcance da meta “Saúde para Todos no ano 2000”, por se entender que:

A educação dos profissionais de saúde como processo inserido nas práticas de saúde, poderia se constituir a mola propulsora capaz de induzir as mudanças nos currículos assim adaptados às reais necessidades da sociedade. Cumpriria, pois, à universidade brasileira, no momento em que se articulam os Ministérios da Saúde e da Previdência Social para criar uma nova realidade no campo da saúde, partir para ocupar seu espaço em um sistema de integração docente – assistencial que lhe permita ampla reflexão alimentada na prática realística da prestação de serviços. De fato, projetos docente-assistenciais em áreas

determinadas (Distritos Docente-Assistenciais) serão desenvolvidos como parte do PREVSAÚDE¹ (BRASIL, 1981, p. 13-14).

As décadas de 1980 e 1990 continuaram a presenciar importantes avanços tanto formais quanto pragmáticos, voltados para a ampliação e fortalecimento da integração entre educação e trabalho, destacando-se os seguintes: criação da Rede Unida, incentivada pela Fundação Kellogg, em 1985, cujo objetivo é transformar o modelo de atenção a partir de um conceito ampliado de saúde, com ênfase na promoção. Em 1989, organizou o 1º Congresso Nacional da Rede com a temática principal dirigida para a formação de recursos humanos e a organização dos serviços de saúde e para a real construção Sistema Único de Saúde (REDE UNIDA, 1998); criação do Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais do Setor de Saúde), em seis localidades do país, no início da década de 1990, também financiado pela Fundação Kellogg, com a finalidade de incentivar o trabalho multidisciplinar envolvendo a da universidade, os serviços de saúde e os movimentos organizados da comunidade, na formação dos profissionais de saúde, através de práticas de ensino/aprendizagem fora dos ambientes hospitalares e mais próximas das comunidades (LINS; CECILIO, 1998, p. 88); a Lei 8.080 de 1990 que instituiu o Sistema Único de Saúde e em seu artigo 6º, inciso III, o definiu como responsável pela ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1990); a Lei n.º 9.394, de 1996 que instituiu a nova LDB, conforme estabelecido no art. 53, inciso II (BRASIL, 1996), seguido do Edital n.º 04/97 do MEC/SESu, que convocou as Instituições de Ensino Superior a apresentarem propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores, a serem elaboradas pelas Comissões de Especialistas da SESu/MEC (BRASIL, 1997).

A Integração Ensino-Serviço na área de saúde representa um vetor indispensável para a consolidação das práticas que visam à melhoria da saúde da população brasileira. As universidades foram convocadas a dar sua contribuição e, até hoje, apresentam sólidos focos de recusa em contribuir efetivamente, com as transformações feitas em seus currículos, mas não nas falas e práticas docentes dos diversos cursos das áreas de saúde que tiveram seus currículos modificados, mais em função de atender às DCN's sugeridas do que por acreditar que precisariam dar respostas mais apropriadas ao apelo efetuado pelas instituições mundiais que definiram

¹ Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde.

a saúde como um campo prioritário para a melhoria de vida das populações. Essa constatação é traduzida abertamente numa das críticas mais transparentes feitas por um órgão governamental como o MEC/SESu, ao oficializar as orientações para o Programa IDA (BRASIL, 1981):

As universidades brasileiras não se constituíram em agentes de mudança. Não será com as conhecidas aberrações do sistema docente atual que se poderá pretender a integração com os serviços e, através dela, obter a reformulação de seus currículos [...] O ensino das profissões da saúde e o exercício da prestação de cuidados à população são práticas indissociáveis intrinsecamente que, por força da evolução histórica de nossas instituições, têm sofrido um processo artificial e maléfico de individualização (p. 13).

Em 1992, as universidades públicas do Rio de Janeiro, através da Rede Unida, elaboraram um documento de contribuições aos debates preparatórios da IX Conferência Nacional de Saúde (REDE UNIDA, 1998) no qual ficou explicitado o reconhecimento de seu papel fundamental para consolidar o SUS, apesar das dificuldades que vinham sendo submetidas em função da “escandalosa restrição de recursos para atividades de ensino, pesquisa e extensão, a universidade deve engajar-se profundamente em todo o processo de mudança das iniquidades sociais e atraso científico-tecnológico” (BRAGA et al, 1991, p. 25).

Dentre as contribuições da Rede UNIDA para a integração entre ensino e serviço em saúde, resalta-se também, o documento divulgado sobre as novas DCN's para a área de saúde (REDE UNIDA, 1998), em resposta ao edital nº04/97 do MEC/SESu (BRASIL, 1997), no qual foram delineados os perfis, competências e habilidades, organização e conteúdos curriculares, estrutura modular, estágios e atividades complementares, avaliações do estudante e do programa e duração dos cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia, Nutrição e Psicologia.

Em pesquisa bibliográfica sobre Integração Ensino-Serviço efetuada entre 2000 a 2011 (AZEVEDO et al, 2013), foram identificadas referências que abordaram a contribuição das instituições de ensino superior para a formação na área de saúde. Nestas referências destacaram-se: manifestações de concordância com as novas orientações curriculares a partir da prática dos egressos e docentes, como também a necessidade de continuar refletindo sobre os novos currículos; concordância parcial às novas orientações curriculares, por achar que as ações repercutem pouco na prática dos egressos, os conteúdos e práticas ainda são incipientes, fragmentados e as metodologias de ensino, em sua maioria, privilegiam a educação bancária; sugestões, recomendações

e ações efetuadas para mudar a realidade. Destaca ainda as vantagens desta integração para estudantes e egressos, bem como para os profissionais de saúde, gestores, usuários do SUS, as dificuldades que ainda persistem para a sua consolidação e aponta sugestões ou recomendações e, por fim, apresentam ações efetuadas para mudar a realidade (AZEVEDO et al, 2013).

Tais referências apresentam estudos teóricos e/ou experiências ocorridas nas instituições formadoras, a partir da implantação de disciplinas, estágios e uso de metodologias ativas e inovadoras. Entretanto, de modo geral os estudos afirmam que as reformas curriculares dos cursos da saúde ainda não produziram mudanças consistentes no perfil dos profissionais já formados, apesar de se ter acreditado, desde a década de 1980, que as mudanças no ensino superior seriam decorrentes da mudança nos modelos de atenção e do mercado de trabalho. Nesses estudos e experiências, não foram levadas em consideração a profundidade do novo conceito de saúde, nem tampouco o conservadorismo da universidade para lidar com essas mudanças (BONETTI; KRUSE, 2004).

Observou-se também que vários estudos apresentaram a oferta de disciplinas tais como Saúde Coletiva, Planejamento e Gerenciamento em Saúde e Estágios Profissionais, sob a perspectiva dos discentes e dos docentes, avaliando os conteúdos e práticas das mesmas, principalmente após a implantação de reformas efetuadas segundo as novas DCN's para os cursos da área de saúde. A maioria destes estudos concentrou-se no período de 2006 a 2010, e é fruto dos registros e discussões dos cursos de Enfermagem e Medicina, seguidos pela Odontologia, o que sugere que essa produção científica decorre dos investimentos efetuados pelo governo federal nesses três cursos de graduação desde o início da década de 2000, através do PROMED e do Pró-Saúde (AZEVEDO et al, 2013). Entretanto, não foram encontradas referências com questionamentos sobre a importância das reformas curriculares na área da saúde, mas sim a demonstração dos esforços dos cursos para alcançar o perfil de egressos cujas competências e habilidades promovam repercussões no fortalecimento do SUS. Ainda não se tem evidências precisas que indiquem se o novo perfil de egresso já está promovendo resultados profícuos e consistentes (AZEVEDO et al., 2013).

Vários autores, dentre outros Arruda et al. (2008), que focam o trabalho desenvolvido no âmbito dos cursos da área de saúde, propõem repensar a atitude docente, não a reduzindo a uma mera transmissão de informações, e orientá-la para o exercício da mediação de processos dialógicos com os estudantes, produzindo,

conjuntamente, novos conhecimentos, assumindo atitudes problematizadoras que estimulem o educando a abandonar sua condição de ser apenas um receptor de conteúdos.

Vale destacar que as DCN's de todos os cursos de graduação da área da saúde ressaltam a necessidade de que os respectivos projetos pedagógicos desenvolvam ações de fortalecimento do SUS e levem em consideração as diversidades regionais e os diferentes perfis epidemiológicos existentes no país, ou seja, as necessidades das pessoas e da população (HADDAD et al, 2010; STELLA et al, 2009; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

As novas DCN também reafirmam a importância sobre as metodologias de ensino-aprendizagem, para que privilegiem a diversificação de cenários de práticas desde o início da graduação, com os espaços de realização da atenção primária à saúde, e não apenas em contextos hospitalares, convivendo com cenários sociais que permitam aos estudantes aproximarem-se das diferentes necessidades de saúde da população (GIL et al, 2008). Programas de extensão devem envolver professores, alunos e população em novas experiências voltadas à humanização, ao cuidado e à qualificação da atenção à saúde (HENNINGTON, 2005).

Indagações sobre o processo de ensino-aprendizagem, a exemplo de “formados para atuar onde e como?” (FERREIRA et al, 2010) surgem nas instituições de educação e saúde do país, comprometidas com o futuro da Saúde Pública. Estas instituições percebem que é preciso fomentar a inserção nos espaços de ensino-aprendizagem não apenas na academia, ou exclusivamente nos serviços, mas em ambos, como uma rede a ser refeita em seus nós, para acolher pessoas necessitadas de outro tipo de conceito de cuidado à sua saúde: o cuidado integral.

Em estudo sobre o processo de avaliação a que se submeteram vinte e oito escolas médicas brasileiras, numa iniciativa da ABEM, foi constatado que a maioria das escolas está em movimento de saída de seus muros para proporcionar aos estudantes maior experiência nos diferentes níveis de atenção à saúde, efetuando parcerias com prefeituras, unidades da atenção primária, secundária e terciária no entendimento da construção da rede do sistema de saúde, indo ao encontro do preconizado nas DCN. Nesta mesma avaliação, verificou-se que no âmbito escolar o planejamento das práticas da escola e serviços ainda é bastante conservador e a perspectiva da integralidade no cuidado em saúde é a que mostra maior dificuldade. A análise do âmbito da prática confirmou um ensino tradicional, fragmentado em disciplinas, pautado em

especialidades, com dificuldade de proporcionar ao futuro profissional a vivência da demanda espontânea das necessidades de saúde, a fazer diagnóstico diferencial em quadros clínicos e tratar e encaminhar de forma adequada, sabendo trabalhar em equipe (STELLA et al, 2009).

Ainda na literatura brasileira, de acordo com Azevedo et al (2013), entre 2006 e 2008, verificou-se interesse dos autores em obter informações dos discentes e profissionais dos serviços sobre as práticas desenvolvidas, tanto em hospitais de ensino quanto em unidades de saúde, demonstrando a relevância em construir significados e práticas em espaços privilegiados para a incorporação da integralidade no processo de ensino-aprendizagem, mediante a participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes. São exemplos destes, os seguintes autores: Ferreira et al (2010), Moimaz et al (2010) e Albuquerque et al (2008).

Existem poucas publicações (entre 2000 a 2011), que apresentam pesquisas em que o foco é centrado nos docentes. Inclusive, algumas pesquisas expõem reclamações sobre a ausência destes nos cenários de práticas da APS (AZEVEDO et al, 2013). Neste aspecto, as relações entre docentes e trabalhadores ganha relevo por seu tensionamento. Os profissionais do serviço se queixam que a universidade quer estar no serviço sem levar em consideração os trabalhadores, determinando objetivos acadêmicos definidos *a priori*. São mais envolvidos com atividades de pesquisa, pondo em segundo plano, a prestação de cuidados. A academia solicita que os profissionais participem na supervisão dos estudantes, sem uma discussão ou presença mais efetiva do docente. Por parte dos docentes, estes reclamam que os profissionais do serviço são pouco atualizados, voltam-se mais para as atividades rotineiras do trabalho, preocupam-se mais com a produtividade e se esquecem da educação permanente (ALBUQUERQUE et al, 2008).

Ao longo das discussões e constatações apresentadas acerca das interações necessárias, presentes ou não, entre ensino e serviço na área de saúde observou-se que inexistem discordâncias sobre se essa interação deva existir, significando que os movimentos integrativos entre esses dois campos mostram apenas dificuldades ou desconhecimento sobre como exercitar esses movimentos.

2.2 Considerações sobre a Educação Superior em Saúde na Universidade Federal de Alagoas e a Integração Ensino-Serviço

A educação superior em Alagoas é considerada um fenômeno recente, mesmo para os padrões brasileiros: “o estabelecimento efetivo de uma rede de instituições de educação superior em Alagoas, toda ela concentrada na capital do estado, somente irá ocorrer na década de 1950, quase toda por meio da iniciativa privada” (VERÇOSA; TAVARES, 2006, p. 27).

Em 1950, segundo os dados do IBGE, Alagoas possuía mais de um milhão de habitantes e apenas 1.003 profissionais de nível superior. Aqueles que intencionavam enveredar por uma formação de nível superior tinham que fazê-lo fora do Estado, significando arcar com custos altíssimos, o que era possível apenas para poucos jovens de famílias abastadas. A primeira instituição de ensino superior criada por iniciativa de um grupo de médicos foi a Faculdade de Medicina, no ano de 1949, cujo vestibular possibilitou o início da primeira turma em 1951. Seguiu-se então nesta década, uma onda de cursos superiores, dentre os quais, na área de saúde, os cursos de Serviço Social e Odontologia. Somente no ano de 1961, é que surge a Universidade Federal de Alagoas (VERÇOSA; TAVARES, 2006).

As IES que se juntaram para a criação desta que hoje se denomina Ufal foram, pela ordem de criação, a Faculdade de Direito, a Faculdade de Medicina, a Faculdade de Filosofia, a Faculdade de Ciências Econômicas, a Escola de Engenharia e as faculdades de Odontologia de Alagoas e de Odontologia de Maceió – estas fundidas após muita negociação. A Escola de Serviço Social “Padre Anchieta”, mantida pela Arquidiocese de Maceió, optou por permanecer fora da federação de escolas recém-formadas, por considerar que somente assim permaneceria autônoma (VERÇOSA; TAVARES, 2006, p. 29).

Verçosa e Tavares (2006) assinalam que a década de 1960 se caracterizou como uma década de estagnação, em Alagoas, do surgimento das Instituições de Ensino Superior (IES). Já na década seguinte, foi criada a Escola de Ciências Médicas de Alagoas (ECMAL), assumida pelo Governo do Estado. Ainda na área da saúde, vinculados à UFAL, surgiram os cursos de Biologia (1973), Enfermagem (1973) e Educação Física (1974).

Nos dias atuais, a UFAL (Campus Maceió) possui oito cursos na área da saúde, a saber: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. No Campus Arapiraca da UFAL, situado na região do agreste alagoano, abrangendo as cidades de Arapiraca, Viçosa, Palmeira dos

Índios e Penedo, foram criados na área da saúde, os cursos de Enfermagem, Educação Física, Medicina Veterinária, Psicologia e Serviço Social.

Desde a década de 1990 os cursos de Medicina, Enfermagem, Nutrição e Odontologia iniciaram suas práticas nos Distritos Sanitários de Maceió (principalmente os VI e VII) por meio de pesquisas ou atividades disciplinares. Porém, sabe-se que, as práticas eram desenvolvidas sem o compromisso com a efetivação de quaisquer tipos de mudança da realidade encontrada, fosse de cunho epidemiológico ou social.

O curso de Medicina, desde o ano de 1993, oferta para os cursos de Odontologia, Nutrição, Enfermagem e Farmácia, a disciplina Práticas Integradas de Saúde Coletiva, desenvolvida em seis unidades de saúde dos VI e VII Distritos de Saúde de Maceió. (UFAL, 2006).

No Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem da UFAL (UFAL, 2007a), há preocupações com a questão anterior:

ainda há necessidade de aproximar mais o desempenho deste profissional daquele que o SUS necessita, haja vista que, além de se configurar como a política nacional de saúde, é o seu mais importante campo de trabalho, contribuindo para, junto com os demais profissionais, a conformação de um grupo com senso crítico da realidade mais afinado, podendo contribuir mais na elaboração, implantação, implementação e avaliação de propostas que resultem em transformações no perfil epidemiológico do Estado [...] A consolidação da estratégia Saúde da Família como modelo de atenção bem como os avanços do SUS concretizados nas normas operacionais e nas portarias do Ministério da Saúde, até mesmo de organização dos serviços, trouxe consigo a visualização da distância que mais uma vez se comprovava existir entre o profissional formado e os princípios de SUS, tornado difícil a sua adaptação ao trabalho, de certa forma dificultando que o SUS se efetivasse tal como foi descrito na Constituição de 1988 (UFALa, 2007, p. 9, 13-14).

Atualmente, as UBS's do VI e VII Distritos Sanitários do município de Maceió são os principais espaços de práticas de sete cursos de formação da área da saúde da Universidade Federal de Alagoas (UFAL): Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. No entanto, como na maioria das instituições de ensino superior que possuem cursos na área da saúde, enfrenta-se em Alagoas dificuldades semelhantes no sentido de estimular o aluno a se interessar pelo trabalho no Sistema Único de Saúde.

Redirecionar o discurso dos atores envolvidos com a formação em saúde, não tem sido diferente do desafio enfrentado por todos aqueles que têm investido em um jeito diferente de promover saúde. Os estímulos proporcionados pelos Programas oferecidos através da parceria MS/MEC que, desde o início da década de 2000, tem

ajudado a fazer induções voltadas para a integração entre ensino e serviço em saúde, vem obtendo adesões de professores, estudantes e profissionais da saúde que atuam no SUS.

Neste sentido, é ilustrativo o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), instituído em 2005, pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em parceria com a Secretaria de Educação Superior e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do Ministério da Educação, com o apoio da OPAS (BRASIL, 2007a).

Em 2006, na UFAL, os projetos dos cursos de Medicina e Enfermagem foram aprovados para participarem do Pró-Saúde I (ofertado apenas para os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia). Em 2007, no Resumo do Relatório do curso de Medicina encaminhado para o Ministério da Saúde há o seguinte relato:

As dificuldades de processo referem-se principalmente a resistência docente: Despreparo para docência; Despreparo para SUS e ABS; Cultura hospitalocêntrica. Resistência serviço: Despreparo para docência e ABS; Infra-estrutura do serviço; Baixa resolutividade. Gestão: Despreparo na academia; Conflito; Planejamento; Acompanhamento e Avaliação; Pouca valorização da docência; Pouca valorização da atenção básica; Alternância de poder na SMS (UFAL, 2007b, p. 3).

O relatório acima citado retrata a situação existente até hoje no âmbito da maioria dos cursos da área de saúde e das UBS. O Relatório Síntese dos Seminários Regionais da região Nordeste sobre o Pró-Saúde afirma que a realidade apreendida através da experiência dos cursos da UFAL é semelhante aos demais cursos da região Nordeste, no que diz respeito à relação Ensino-Serviço, constituindo essa integração (ensino-serviço) em “um dos pontos axiais nas apresentações e nas discussões dos Seminários” (BRASIL, 2007b, p. 8).

Este relatório apresentou com detalhes, os resultados produzidos pelas vivências, descrevendo dificuldades e avanços da relação ensino-serviço. Dentre as dificuldades foram citadas: planejamento da inserção do aluno no serviço sem a participação dos profissionais de saúde; em algumas instituições os projetos não avançaram pelo grau de distanciamento entre a escola e os serviços de saúde; em alguns municípios, há UBS que não funcionam na lógica da ESF; precariedade do contexto no qual se desenvolve a relação pedagógica entre alunos e profissionais de saúde no que tange a recursos, equipamentos; má remuneração dos profissionais e ausência de plano de cargos e salários; unidades de saúde vistas como locais para serem “utilizados”

apenas por algumas disciplinas. Os avanços citados foram: preparação conjunta dos estágios por docentes e profissionais do serviço; ampliação dos cenários de práticas; melhoria da infraestrutura e condições de trabalho de alguns locais; desenvolvimento de pesquisas e TCC's sobre a APS; elaborações e revisões de protocolos assistenciais da rede de serviços; oferta de cursos de extensão e capacitação para os profissionais dos serviços; discussões sobre as mudanças dos currículos; pactuação de desenvolvimento de trabalho integrado entre os cursos, secretarias e conselhos municipais de saúde, apesar dessa pactuação estar sujeita às variações das decisões políticas locais (BRASIL, 2007b).

Mediante o sucesso do Pró-Saúde, em 26 de agosto de 2008, através da Portaria Interministerial nº 1.802 foi lançado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), como uma estratégia do Pró-Saúde, de seu eixo Cenários de Práticas, com uma atuação inicial voltada para a ESF e aberto para todos os cursos de graduação na área da saúde. No parágrafo único do artigo 1º, da referida Portaria consta:

O PET-Saúde constitui-se em um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2008b).

Segundo Haddad et al (2009), o PET-Saúde tem como principal finalidade promover a integração entre ensino-serviço-comunidade, tendo como parceiros os seguintes órgãos: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde; Secretaria de Educação Superior (SESu), do Ministério da Educação.

O PET-Saúde está previsto no *Programa Mais Saúde – Direito de Todos – 2008-2011*, Eixo 4 – Força de Trabalho em Saúde – medida 4.3: “Qualificar e adequar a formação profissional em saúde com a colaboração de equipes de Saúde da Família selecionadas, utilizando ambientes comunitários e de centros de saúde, através da concessão de bolsas para que Equipes de Saúde da Família assumam papel destacado no ensino” (Ibid., p. 6).

Em 2009, foram aprovados oitenta e quatro projetos, de trezentos e trinta e quatro cursos de graduação na área de saúde, foram mobilizados, aproximadamente, 310 tutores, 1730 preceptores, 3540 alunos bolsistas e 5000 alunos não bolsistas, que desenvolveram suas práticas em 730 Unidades Básicas de Saúde pelo país (FERREIRA, 2010).

Cada grupo do PET-Saúde é constituído por um tutor acadêmico, seis preceptores, 30 estudantes (12 bolsistas e 18 não bolsistas) (HADDAD et al., 2009). Durante seu percurso, o Programa pode assumir outro desenho, face às demandas das universidades, dos cursos e das instituições de saúde. Em 2010-2011, o PET-Saúde/Saúde da Família teve a participação de 545 cursos, 111 projetos aprovados, 484 grupos formados. Foram, ao todo, 9.196 bolsas do Programa em todo o país (BRASIL, 2013a).

O PET-Saúde é programa recente da parceria interministerial MS/MEC. O mesmo será apresentado nesta tese, como campo de investigação, explorando a integração entre ensino-serviço, buscando compreender os lugares, posições, trajetórias e formação do preceptor das Unidades Básicas de Saúde, com quem a instituição de ensino compartilha a formação dos novos profissionais das diversas áreas da saúde. Compreende-se que, os Ministérios, ao institucionalizar tais relações, buscou instrumentalizar este preceptor (profissional de saúde), com funções vinculadas ao ensino em saúde, orientadas para a formação dos estudantes da área da saúde. Para Oliveira et al. (2012),

a intersetorialidade e a integralidade começam muito antes do acolhimento e dos encaminhamentos necessários aos enfrentamentos dos agravos e danos à saúde, começa na ideologia da estruturação de cursos e de serviços que têm na promoção da saúde o foco da formação e no direito à saúde o foco da atenção, sempre em defesa da vida (p. 110).

A UFAL (Campus Maceió) ingressou no PET-Saúde / Saúde da Família no início de 2009, com a participação dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Medicina, Odontologia e Psicologia (em 2010, o projeto foi ampliado para os cursos de Nutrição e Serviço Social). O PET-Saúde / Saúde da Família terminou sua 2ª Fase em março de 2012. Participaram do Programa: 23 Unidades de Saúde dos VI e VII Distritos de Maceió, 10 Tutores dos cursos citados, 60 Preceptores (além de outros dois voluntários), 120 estudantes bolsistas dos diversos cursos, e ainda 96 não bolsistas (UFAL, 2011). O Tutor do PET-Saúde exerce funções de cunho acadêmico e pedagógico. É função exercida por professores das IES integrantes do PET-Saúde que produzem ou orientem a produção de conhecimento relevante na área da atenção básica em saúde (BRASIL, 2008b). Denominam-se Preceptores, os profissionais pertencentes às equipes da Estratégia Saúde da Família que realizem orientação a alunos de graduação da área da saúde das IES integrantes do PET-Saúde, ou que realizem orientação em serviço de residentes de Medicina de Família e Comunidade de

programas credenciados junto à Comissão Nacional de Residência Médica (BRASIL, 2008b).

A despeito dos inúmeros problemas enfrentados até os dias atuais, de cunho administrativo, financeiro, político, bem como os problemas logísticos, tanto da Universidade quanto das UBS, a maioria dos envolvidos no PET-Saúde / Saúde da Família tem lutado arduamente pela continuidade e sucesso do Programa:

Destaca-se o esforço do trabalho em conjunto que vem sendo desenvolvido no PET-Saúde da Família – UFAL/Campus Maceió. Este é o ponto forte do grupo, que tem garantido conquistas e mobilizações, disciplinas e participações importantes. Este pacto/movimento foi produzido desde o início dos trabalhos por todos os tutores que espalharam o compromisso a todo grupo à medida que foi sendo formado. Todos os tutores participaram ativamente da construção do projeto, e nas etapas de planejamento e de execução a presença ativa de preceptores e acadêmicos foi fundamental para dar corpo à proposta. Vivenciamos no dia a dia a potência que é de fato exercer o planejamento participativo. O pouco tempo de formação do grupo já atesta sua consolidação e que estamos no caminho certo (UFAL, 2011, p. 12).

2.3 A Estratégia de Saúde da Família em Maceió

Maceió, a capital do estado de Alagoas, possui uma população residente de 932.748 habitantes, com maior concentração na zona urbana (IBGE, 2011). A cobertura PSF em 2000, contava com 57 equipes implantadas; em 2013, ela ampliou apenas 28 equipes para uma população que cresceu, aproximadamente, 100.000 habitantes. Em 10 anos, de maio de 2003 a maio de 2013, a cobertura da ESF modificou-se de 23,60% para 31,09%. (BRASIL, 2013b). Vale destacar que aproximadamente 80% desta população é dependente do SUS, significando que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) representam locais de intensa procura da população pelos serviços de saúde e onde acontecem impossibilidades de atendimento ou demoras excessivas em fazê-lo.

Entretanto, esta situação não é nova. Segundo avaliação do Ministério da Saúde realizada em 2000, Maceió obteve um desempenho *médio* no que se referiu ao aprendizado institucional, pois com o PSF implantado desde 1996, apresentou um crescimento muito pequeno de 1999 a 2005, mais especificamente de 22% a 26% de aumento da cobertura de saúde efetuada, o que a fez ocupar a terceira pior posição de

cobertura populacional entre os municípios do Lote 2 do Nordeste² (FACCHINI et al, 2006). Segundo estes autores, “Maceió ainda situa-se abaixo da meta de 30% proposta pelo Ministério da Saúde, na Fase 1 do PROESF³, para cidades com porte populacional de 500.000 até menos de dois milhões de habitantes (p. 43). Em 2008, o governo do Estado, em reportagem divulgada pelo sítio Tudo na Hora (2008) mencionou que pretendia auxiliar a situação da saúde do município causada pela “baixa cobertura do Programa de Saúde da Família apontada como responsável pela superpopulação da área azul, destinada a atendimentos ambulatoriais, no Hospital Geral Prof. Osvaldo Brandão Vilela” (p. 1).

Dados mais recentes, obtidos do Relatório Anual do PET-Saúde / Saúde da Família da UFAL (2011) sugerem que o município ainda não fez uma opção pelo modelo de atenção primária à saúde, não apenas pela baixa cobertura oferecida à população, como também pela ausência de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em comparação a outros municípios do Estado. Além disso, o Relatório ainda informa que algumas das vinte e três UBS que recebem os estudantes do PET-Saúde/Saúde da Família vivem condições de visível precariedade, tais como as que desenvolvem atividades por mais de um mês sem água ou padecem de falta de equipamentos e insumos de trabalho por meses a fio.

Recentemente, os problemas de gestão municipal e estadual na saúde se agravaram quando o Ministério Público Federal exigiu dos municípios o cumprimento da carga horária dos profissionais da saúde (BRASIL, 2011a). Os prefeitos destes municípios afirmaram não ter recursos suficientes para pagar os salários de médicos, enfermeiros e técnicos e ameaçaram um descredenciamento em massa, caso não houvesse um aumento no repasse das verbas federais (ALAGOAS WEB, 2011).

Sobre as condições sociais e econômicas da população de Alagoas, a partir da década de 1990, os índices de pobreza e indigência vêm apresentando uma redução

² O Lote 2 do Nordeste englobou 20 municípios dos seguintes estados: ALAGOAS: Arapiraca e Maceió; PARAÍBA: Campina Grande, João Pessoa e Santa Rita; PERNAMBUCO: Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Caruaru, Garanhuns, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Petrolina, Recife e Vitória de Santo Antão; PIAUÍ: Parnaíba e Teresina; RIO GRANDE DO NORTE: Mossoró, Parnamirim e Natal (FACCHINI et al, 2006, p. 19).

³ PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família, do Ministério da Saúde. Os municípios estudados receberam apoio para efetivarem a Conversão do Modelo de Atenção Básica à Saúde, buscando estruturar a Estratégia Saúde da Família como porta de entrada do SUS (FACCHINI et al, 2006, p. 19).

caracterizada por uma forte dependência dos recursos federais, bem como “uma elevação na renda *per capita*, resultante de melhora nas condições da economia do país que repercutiu positivamente sobre o mercado de trabalho” (TEJADA et al, 2007, p. 18). Esta situação foi asseverada através das análises de Carvalho (2008) que atestou:

A pesquisa “Miséria, Desigualdade e Políticas Públicas” (FGV, 2007) dá destaque à redução do número de miseráveis (pessoas com renda mensal inferior a 125 reais) e do aumento da renda domiciliar, entre os anos de 2005/2006 (p. 34).

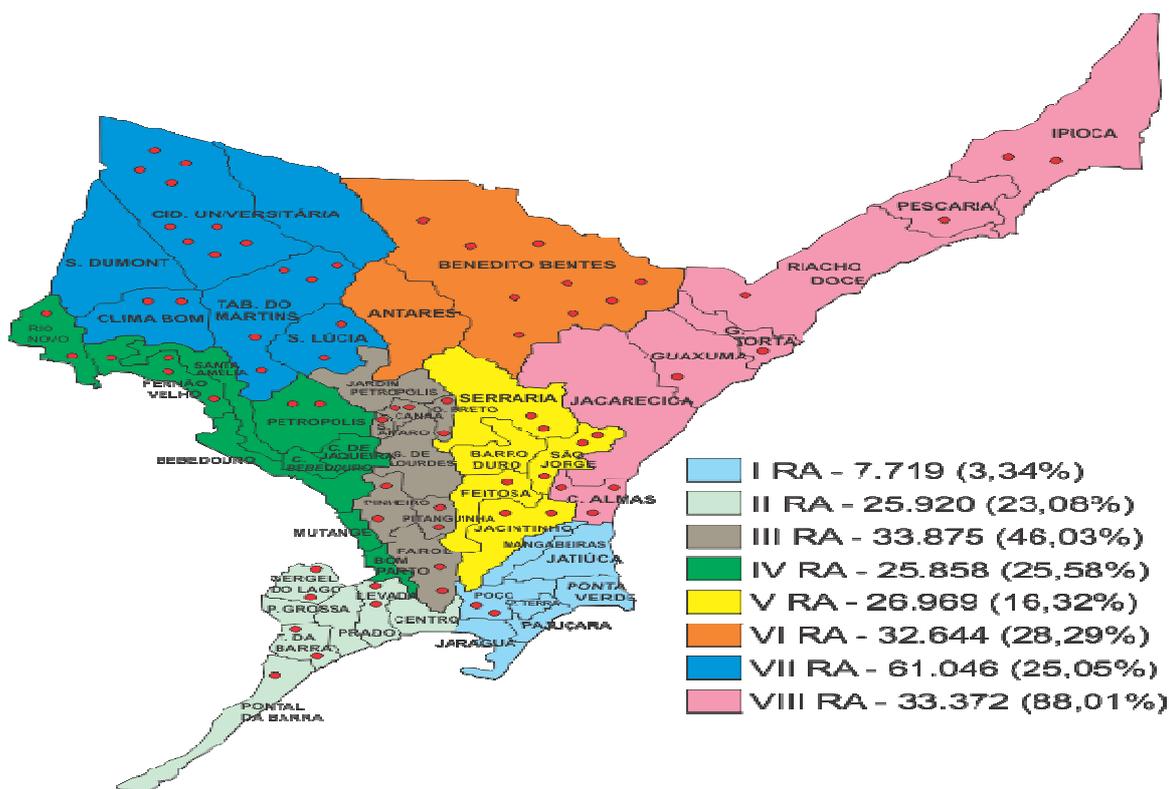
Em 2009, em encontro temático realizado em Maceió e promovido pela Secretaria do Trabalho e pelo Conselho Estadual do Trabalho, em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Econômico e a Universidade Federal de Alagoas, com a finalidade de discutir o perfil socioeconômico e as projeções para investimento no Estado de Alagoas, o professor economista Cícero Péricles de Carvalho esclareceu que, programas federais de assistência, tais como “o Bolsa Família, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), a Previdência, o FUNDEB e o SUS são vistos pela população como uma saída, uma alternativa para romper o quadro de miséria absoluta que existe” (PPS ALAGOAS, 2009).

Sobre as condições de acesso à saúde da população maceioense, estima-se que somente 21% possuem plano de saúde, significando que a maioria dos maceioenses depende do SUS. Ressalte-se ainda que, no Estado, somente 6,1% dos alagoanos têm renda de dois salários mínimos, e 81,5% apenas de um salário mínimo (OBSERVATÓRIO DO SUS-ALAGOAS, 2011).

Essas análises tornam-se ainda mais preocupantes quando se somam ao perfil epidemiológico do Estado com alta prevalência de tuberculose, esquistossomose, hanseníase, AIDS, dengue, sífilis congênita, doenças de veiculação hídrica, tais como diarreia e doenças crônicas como diabetes e hipertensão, além da elevada taxa de mortalidade infantil. Outras doenças e agravos comumente presentes nas grandes cidades do país também apresentam índices significativos: doenças cardiovasculares, cânceres, acidentes de trânsito, bem como os agravos decorrentes de violência urbana e rural (UFAL, 2006; UFAL, 2007a; UFAL, 2007b). Atualmente, nos oito distritos municipais, a cobertura dada à população pela Estratégia de Saúde da Família é de apenas 31,09%.

A seguir, na Figura 1, a distribuição da rede assistencial efetuada pela ESF nos distritos sanitários de Maceió.

Figura 1 – Distribuição das Equipes do PSF em Maceió/AL



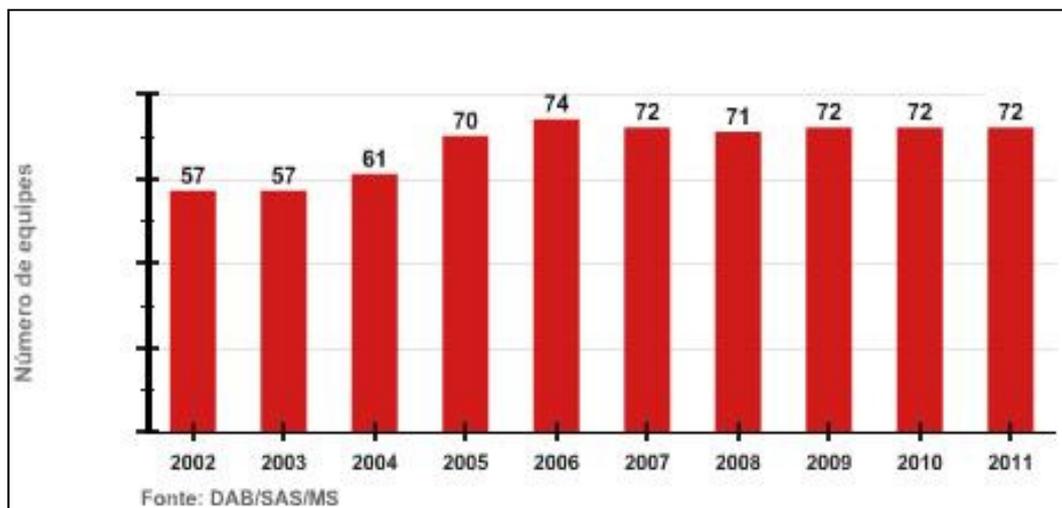
Fonte: Prefeitura Municipal de Maceió / Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, 2013.

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, a Estratégia de Saúde da Família é o modelo predominante no Estado, entretanto:

sua cobertura ainda não é suficiente para atender toda população, principalmente na 1ª e 4ª regiões onde estão localizados respectivamente a capital Maceió e o município de Arapiraca. Também há municípios de grande porte populacional como, por exemplo, Delmiro Gouveia, Santana do Ipanema, União dos Palmares e Campo Alegre que ainda tem pelo menos 25% da população sem ser atendida pela Estratégia (ALAGOAS, 2010).

No contexto da Atenção Primária à Saúde em Alagoas, até junho de 2011, constavam nos registros do Sistema de Saúde, 744 equipes do Programa de Saúde da Família em todo o Estado, sendo 72 em Maceió, conforme se observa na Figura 2. Vê-se que, de 2005 a 2011, a despeito do crescimento populacional da capital, o número de equipes de PSF manteve-se estável.

Figura 2 - Número de Equipes PSF por ano de implantação. Maceió, 2002 a 2011



Vale lembrar o relatório final do PROESF que afirma que em 2005, Maceió detinha a terceira pior cobertura dentre as principais cidades do Nordeste. De lá para cá, o número de Equipes de Saúde da Família manteve-se fixo. Segundo o relatório, em 2005 já eram necessárias 134 novas equipes e de novos serviços de saúde para atingir a cobertura de toda a população do município. Além disso, seria necessária a melhora substancial da infraestrutura dos serviços, tanto do ponto de vista da adequação das dependências quanto da disponibilidade de materiais e insumos (FACCHINI et al, 2006, p. 122). Ou seja, o número de equipes de Saúde da Família terá que triplicar para atingir a totalidade da população.

O Relatório do PROESF também expressa que: “seria importante melhorar os índices de capacitação dos profissionais de saúde e seguir investindo na supervisão destes para o desenvolvimento do SUS e da saúde da população no município” (FACCHINI et al, 2006, p. 122).

Apesar de todas as questões apresentadas e dos problemas enfrentados, os profissionais de saúde mostraram-se satisfeitos por trabalharem com a ESF:

O Acolhimento estava relacionado a receber bem os usuários em todos os espaços da UBS e por todos os profissionais. O esforço era no sentido de atender a necessidade do usuário de acordo com a disponibilidade do serviço. O espaço físico e o ambiente inadequado (falta de iluminação e ventilação, excesso de barulho...), a sobrecarga de trabalho e o desestímulo dos profissionais dificultavam o trabalho. As sugestões reforçam a necessidade de acabar com as dificuldades relatadas e solicitaram suporte psicológico aos funcionários para não absorver ansiedades, angústias, desespero, gritos, ameaça de pacientes (UBS Galba Novaes) (FACCHINI et al, 2006, p. 78).

Estes dados corroboram os dados da pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde / Departamento de Atenção Básica, constatando que no período de 2000 a 2013, a cobertura do PSF cresceu de 57 equipes para 85 equipes. Neste mesmo período, a cobertura das ESF's passou de 23,60% para 31,09% da população. Entretanto, em 2000, havia 851 ACS, e hoje, somente 464 ACS (BRASIL, 2013b). Não é proposta desta pesquisa efetuar conjecturas técnicas ou analisar esses dados, mas chama a atenção a disparidade dos dados, a exemplo da redução do contingente de ACS, quando se sabe que esta não foi certamente justificada por aquisição de aparato tecnológico ou outro requisito semelhante.

É neste cenário, pleno de desafios a serem superados no sentido de estabelecer novos rumos para a assistência à saúde ofertada para a população, que a formação dos profissionais de nível superior da saúde se desenvolve, tendo uma meta comum a todos os cursos da saúde preparar os estudantes para atuarem no Sistema Único de Saúde.

3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS QUE DIALOGAM SOBRE A FORMAÇÃO E O TRABALHO EM SAÚDE

3.1 As Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Superiores da Área de Saúde

É importante discorrer sobre a formação em saúde, observando as interfaces das áreas de educação e saúde à época da criação dessas profissões no país. Carvalho e Ceccim (2006) relatam que o ensino formal em saúde no Brasil data do ano de 1808 com a criação de duas escolas no Rio de Janeiro e Salvador, às quais foram agregados nos anos subsequentes os cursos de Farmácia e Odontologia. Desde aquela época até o Brasil República, a formação em saúde desses profissionais acontecia através de práticas em laboratórios ou outros serviços. “Aprendia-se com os profissionais mais experientes e no desenvolvimento do exercício dedicado” (p. 140). Para esses autores, “discutir a formação em saúde implica tematizar o ensino, particularmente no âmbito da graduação nas profissões dessa área” (Ibid., p. 128), que abraçaram a ideia e a prática de ensino conteudista, fragmentado, com núcleos de conhecimento desarticulados entre si, produzindo conseqüentemente, a visão de um ser social, receptor desses conhecimentos e práticas, também desarticulado, fragmentado e impessoal.

Carvalho e Ceccim (2006) prosseguem analisando que,

A partir do século XX houve forte ascensão da Saúde Pública brasileira e se vai perceber a relevância da área da Saúde Coletiva debater a necessidade de profissionais, de escolas e de perfis de formação. Com a criação da Diretoria-Geral de Saúde Pública, em 1904, e com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1923, os grandes sanitaristas brasileiros revelaram a necessidade de formar profissionais de acordo com as necessidades sociais e em consonância com a relevância pública da formação [...] É da Saúde Coletiva a preocupação com os perfis das novas gerações profissionais porque a sua pergunta não é a da proporção de expedição de diplomas, mas a capacidade de impacto das profissões de saúde na qualidade de vida das populações (p. 140-141).

No âmbito da educação, durante a Segunda República, várias mudanças significativas ocorreram no Brasil, entremeadas de momentos de avanços, criação de dispositivos normativos tais como a LDB de 1961 e suas complementações que objetivaram dentre outras atribuições, a estabelecer os currículos mínimos dos cursos superiores e autorizar a criação de novos cursos pelo setor privado. Mais adiante, durante o período militar (1964-1980), em função de uma política econômica favorável ao desenvolvimento econômico-social ocorreu uma reforma do ensino superior, que

promoveu outras modificações, tanto nas formas de regulação administrativa das instituições de ensino quanto nas formas rigidamente definidas pelo Conselho Federal de Educação (CFE) para controlar o que deveria ser ensinado e como os estudantes se vinculariam às instituições de ensino superior (STELLA; CAMPOS, 2006).

Nesse ponto da exposição, vale a pena efetuar uma digressão para expor, de forma breve, o que dizem estudiosos da educação sobre o controle do que se ensina, para atentar sobre como são produzidos novos sujeitos sociais, bem como compreender as diferentes reações dos mais diferentes atores sociais ao que é estabelecido como currículo mínimo, parâmetros curriculares ou diretrizes curriculares nacionais.

O currículo é um território em que se travam ferozes competições em torno dos significados. O currículo não é um veículo que transporta algo a ser transmitido e absorvido, mas sim um lugar em que, ativamente, em meio a tensões, se produz e se reproduz a cultura [...] no currículo se evidenciam esforços tanto por consolidar as situações de opressão e discriminação a que certos grupos sociais têm sido submetidos, quanto por questionar os arranjos sociais em que essas situações se sustentam (MOREIRA et al, 2007, p. 28).

Apple (1999), Sacristán (2000), Moreira et al. (2007), Veiga Neto (2008), assemelham-se na abordagem que fazem sobre as influências culturais e sociais do currículo e os dispositivos a ele vinculados, ao afirmarem que ele não é neutro, é sempre uma tradição seletiva de grupos dominantes na cultura e objetivam a fabricação de sujeitos sociais. Depreende-se, então, que o currículo e os dispositivos utilizados para concretizá-lo em ações pedagógicas representam uma prática assentada em fatores econômicos, políticos, sociais que precisam ser continuamente desvelados, caso se queira ampliar a consciência social sobre os atos que são exigidos da escola nos seus diferentes níveis.

Na segunda metade do século XX, o país presenciou discussões e reformas tanto nas políticas de educação quanto nas políticas de saúde, na busca de estabelecer melhores condições de vida para a população.

No caso da formação e educação em saúde, ao longo dos últimos anos e no contexto da reforma sanitária brasileira, intensificaram-se movimentos voltados para a construção de outras possibilidades pedagógicas, assim como outras possibilidades interpretativas relativas ao fenômeno saúde-doença, que estipularam propostas de mudança na formação. Currículos integrados, articulações ensino-trabalho, os projetos UNI, os movimentos coordenados pela rede Unida, o debate e a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais e a organização das executivas de curso no Movimento Estudantil são exemplos de protagonismo por reformas do ensino que dialogam como os movimentos de mudança no setor da saúde (CARVALHO; CECCIM, 2006, p. 138).

A partir da aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) em 1996, iniciaram-se significativas mudanças no âmbito da Educação Superior no país. Com base na nova LDB, foram elaboradas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para cada curso superior, sendo estabelecido pelo Ministério da Educação o período de uma década para a adequação dos cursos às novas regras (BRASIL, 1997).

Como resultado, as DCN de doze cursos de graduação pertencentes à área da saúde (Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional), deixaram claro que as IES iriam investir na formação de profissionais comprometidos com as políticas de saúde, pautando sua conduta segundo critérios humanísticos, ou aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, ou capacitados a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, ou ainda, que a formação deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe (BRASIL, 2001a; 2001b; 2001c; 2002a; 2002b; 2002c; 2002d; 2002e; 2002f; 2002g; 2003; 2004a). A caracterização desse perfil profissiográfico, que definiu competências e habilidades profissionais a serem desenvolvidas, necessitava de mais tempo e de maior diversificação dos cenários de práticas para os estudantes, compatíveis com a complexidade do que estava sendo exigido.

3.2 A Política Nacional de Humanização

Ao definir o sentido de humanização no campo das políticas públicas de saúde, Benevides e Passos (2009) expressam que esta “diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si” (s/p). O ser humano de que trata esse sentido da humanização fala de um homem concreto, não idealizado, reconhecido em sua singularidade e complexidade, capaz de não só transformar, mas também de ser transformado pela realidade (BRASIL, 2004b).

Instituída em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão do SUS, também chamada de HumanizaSUS, fez constar dentre as razões explicitadas para a sua criação, constantes no marco teórico-político da Política, a necessidade de equilibrar os efeitos perniciosos da fragmentação dos processos de trabalho em saúde, gerados pela ampliação da rede de atenção à saúde. Para tal, os

processos de trabalho deveriam estimular trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, produção esta que precisaria implicar também a produção de sujeitos (BRASIL, 2004b). Portanto, Humanização se define como:

aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004b, p. 7).

Numa reflexão avaliativa dos cinco anos de implantação da PNH, Pasche et al. (2010) consideraram que a política de humanização reconhece os problemas e os desafios presentes no SUS desde a sua criação como sistema de saúde, dentre os quais os de natureza econômica e financeira, de redistribuição de recursos e responsabilidades que dependem de pactos federativos, e que são impeditivos de muitos avanços. De acordo com os autores, além desse conjunto de dificuldades a ser superado, o SUS possui:

um duplo e complementar movimento político: na macropolítica do jogo de forças entre as instâncias gestoras do SUS e os movimentos organizados no campo da saúde e na micropolítica do jogo das forças que, aquém e além das formas individuais e sociais, engendram o mundo e os sujeitos – processos de produção de si e de produção de mundo – tudo isso em meio à perversão do capitalismo. O desafio é o de manter este duplo ativismo político [...] que evidenciam a indissociabilidade entre produção de saúde, produção de subjetividade e produção de mundo, considerando-se que os planos macro e micropolítico se codeterminam e se influenciam mutuamente (p. 4).

A PNH na atenção básica constitui campo fértil de atividades e reflexões, principalmente, a partir do deslocamento do foco de orientação das ações do indivíduo para a família, requerendo uma nova organização do trabalho em equipes multiprofissionais. Essa reconfiguração da atuação dos trabalhadores da saúde necessita de outra lógica de análise do trabalho, que não se baseia mais em descrições genéricas e abstratas dos processos de trabalho, mas sim de entender e reconhecer o poder da ação do trabalhador sobre seu próprio trabalho, através do qual se está produzindo saúde, conforme indicam pesquisadores como Yves Schwartz e Yves Clot (BARROS et al, 2010).

É importante destacar que os autores (BENEVIDES, 2005; BENEVIDES; PASSOS, 2005; PASCHE, 2009a; 2009b; BARROS et al, 2010; PASCHE et al, 2010;

PASCHE et al, 2011) vão confluindo, entrelaçando e acrescentando suas reflexões, em sintonia, através de falas confirmatórias dos princípios que devem ser levados em consideração para consolidação do SUS: o da inseparabilidade, da construção da autonomia e corresponsabilidade e da transversalidade.

No período 2003-2004 foi implementado o Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), considerado um dispositivo da PNH e dentre seus fundamentos constava que

a promoção da saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade do trabalhador para compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços de debates coletivos. Esses debates, as tensões produzidas quando os trabalhadores se encontram para discutir o trabalho vão desestabilizar os saberes e as formas de serem instituídos, forçando a criação de novos modos de trabalhar visando à democratização das relações de trabalho (BARROS et al, 2006, p. 38).

O pensamento do filósofo francês Schwartz fundamenta a proposta do PFST, a exemplo dos destaques de Barros et al. (2006) sobre este autor, ao dizer que os trabalhadores são gestores de si e da realidade que criam, ou que o trabalho é gerir e cogerir, à medida que o trabalhador improvisa para conseguir dar conta de suas tarefas, ou ainda que o trabalho é uma categoria central para se pensar a vida em sociedade.

Barros et al (op. cit.) ao descreverem uma experiência de desenvolvimento do PFST em um hospital, afirmam que a categoria dos trabalhadores isoladamente, não possui o poder de modificar as práticas de trabalho em saúde. A participação em conjunto com os gestores de todos os níveis da administração é fundamental.

Essa experiência faz emergir a questão de que a PNH, na sua diretriz de valorizar o trabalho e os trabalhadores, propondo a inclusão dos trabalhadores nos processos de gestão e enfrentar problemas como a precarização do trabalho e ambiência degradante, condições de trabalho que interferem na produção de saúde, busca alterar relações de poder formalizadas e cristalizadas há anos. A gestão democrática das organizações de saúde, dos processos de trabalho e de formação, “não são atos do acaso [...] colegiados gestores, trabalhos em equipe, rodas de discussão, GTHs, são medidas concretas para uma gestão democrática e compartilhada” (PASCHE, 2009a, p. 3).

Sobre os processos de formação em saúde, Pasche (2009a) esclarece que a PNH orienta-se por quatro princípios: o primeiro considera que formar é intervir e intervir é formar. Nesse processo, a formação não se dissocia da experimentação, do

convívio, da troca entre sujeitos nos espaços que são os mais apropriados para o ensino em saúde: a rede do SUS.

O segundo princípio é o da inseparabilidade entre gestão e atenção, clínica e política. A produção do cuidado requer o uso de práticas humanizadoras, mas, também, da incorporação de novos conhecimentos e tecnologias. Ou seja, a formação não pode restringir-se nem apenas ao campo das práticas do cuidado, nem somente ao campo das técnicas (PASCHE, 2009a; PASCHE et al, 2011; HENNINGTON, 2008).

O terceiro princípio é o do trabalho em equipe, que para dar conta do complexo processo de adoecimento, precisa articular saberes. Pasche (2009a) acrescenta que uma das mais importantes contribuições da universidade para o SUS está na adesão ao Pró-Saúde, que prevê o investimento no trabalho em equipes.

Furlan e Campos (2010) expõem que as profissões da saúde que não se apoiam em medicações, tais como os psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, supostamente estariam mais preparados para o trabalho em grupo, no entanto, aparentam ficar mais à vontade em reproduzir o modelo da relação dual terapeuta-paciente, possivelmente pela ausência de preparação para lidar com grupos desde a sua formação. Quando se arriscam a lidar com grupos, o fazem por meio de palestras com uso de metodologias expositivas, reproduzindo a prática distanciadora que aprenderam nas academias entre um professor para inúmeros estudantes que se envergonham de expor suas dúvidas.

O quarto princípio indicado por Pasche (2009a) é o de que a atenção primária é um eixo substantivo para a formação, pois ela possibilita o redirecionamento de práticas fundadas em valores que tanto possibilitam que se reaprendam relações de convivência entre profissional-usuário baseadas no binômio sujeito-sujeito, em substituição ao binômio sujeito-objeto, remetendo os avanços da biomedicina para o lugar de importância que sempre terá como tecnologias terapêuticas e não o recurso central do cuidado, e por vezes até o único, da prestação de cuidado.

Vários autores anteriormente citados argumentam que a PNH indica que as práticas de trabalho em saúde necessitam ser continuamente discutidas, preferencialmente em equipes⁴, a despeito da inexistência de hábitos individuais e

⁴ Vemos como necessário chamar a atenção sobre a existência de diferenças conceituais sobre o trabalho em grupo e em equipe, dos inúmeros autores que escrevem sobre o assunto, sejam eles profissionais oriundos da psicologia, sociologia, saúde ou da administração. Fortuna et al (2005) esclarece que, “falar de equipes e grupos não equivale a dizer que esses dois termos são sinônimos, mas que, por meio da

grupais de avaliar o trabalho realizado, ou da impossibilidade de fazê-lo por conta de modos de gestão de pessoas e trabalho, conservadores, em que a hierarquia muitas vezes é usada como recurso para esconder o despreparo para lidar com metodologias democratizadoras das relações. Por vezes, os gestores deixam de fazer reuniões em serviço, que são um excelente recurso de educação permanente e humanização das relações de trabalho, porque não se sentem capazes de lidar com o grupo que coordena, preferindo usar os recursos administrativos que comumente mediam a relação entre ele e seu grupo, como ofícios e memorandos, regras, protocolos de trabalho etc. Reunir-se em equipe é um reeducar-se continuamente, compreendendo que as certezas que possuímos é a de que somos seres em contínuo estado de aprendizagem no mundo.

Nesta tese, as políticas de humanização e educação permanente são parceiras inseparáveis de um movimento que é necessário nos contextos da educação e trabalho em saúde por oferecerem diretrizes que permitem que tratemos de nossa humanização e também de nossa desumanização, contribuindo para “alterar o padrão organizacional e de gestão do trabalho em saúde que verticaliza e hierarquiza os discursos ou os homogeneiza na horizontalidade corporativa dificultando a comunicação” (PASCHE et al., 2010, p. 3).

3.3 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

A criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) em 2003, e sua atualização em 2004, tiveram uma forte influência dos resultados das avaliações, em 2000, dos primeiros Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família.⁵

No resultado dessas avaliações constaram a necessidade de direcionar os currículos da formação em saúde (não apenas em Enfermagem e Medicina, mas de todas as áreas de saúde) para a atenção básica; de integrar os setores de Educação e

compreensão dos processos grupais presentes nas relações cotidianas das equipes, se pode construir a equipe, sua capacidade de gerar críticas e significados distintos daqueles a que já nos acostumamos e que apenas reproduzem o jeito conhecido de trabalhar” (p.264). De modo geral, o grupo representa um conjunto de pessoas reunidas segundo determinada estrutura de interação, que pode ser passageira ou duradoura. Dessa maneira, as pessoas de um mesmo setor de trabalho, formam um grupo, mas não necessariamente uma equipe. A equipe requer objetivos, planejamento, tomadas de decisões e resultados compartilhados, discutidos e avaliados, em que todos se veem como responsáveis pelo que fazem e produzem (HARDINGHAM, 2000; PIANCASTELLI ET AL, 2000).

⁵ Os primeiros Polos foram criados em 1997, nas cidades de Maceió, Salvador, Fortaleza, Brasília, Cuiabá, Belo Horizonte, Juiz de Fora, Curitiba, Recife, Niterói, Rio de Janeiro e Florianópolis.

Saúde, nos níveis ministeriais, das secretarias estaduais e municipais e nas universidades; de aproximar os alunos dos contextos da atenção básica e de produzir e difundir tecnologias de preparação dos profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esse último aspecto decorria da constatação de que a ESF utilizava práticas não convencionais de assistência à saúde, bem como o trabalho em equipe e ações de orientação da população (educação em saúde), reforçando dessa maneira, os princípios da integralidade, regionalização, intersetorialidade (CAMPOS et al, 2006).

Para Ceccim (2005), a elaboração da EPS “representou um esforço de cumprir uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho” (p. 976). Para o autor, além da EPS se constituir na primeira política de educação na saúde, ela se tornou “uma ação finalística da política de saúde e não apenas uma atividade-meio para o desenvolvimento da qualidade no trabalho” (Ibid., p. 976), criando a possibilidade de se construir uma íntima interação entre a formação, gestão, atenção e participação, interação esta que precisaria ser auxiliada pela descentralização e disseminação de capacidades pedagógicas por dentro do sistema de saúde.

Em 2005, a SGTES providenciou a realização da primeira avaliação da política, denominado Programa de Avaliação da Política de Educação Permanente, com o objetivo de identificar os estágios de implantação da política através da implementação das instâncias de articulação interinstitucional e localregional, ou seja, os Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS. Dentre os dados colhidos através das visitas a três polos⁶, constatou-se a existência de tensionamentos entre as universidades e serviços de saúde. Sobre a contribuição e participação das universidades na discussão, elaboração e execução de projetos e cursos de capacitação não havia nada a dizer sobre possíveis desentendimentos. O problema apareceu em razão das instituições de ensino acharem que os serviços não estavam abertos ao recebimento de estagiários ou quando os recebia usavam-nos como mão de obra barata. Já os serviços informaram que os estagiários estavam despreparados por conta de falhas da formação e para trabalharem, teriam que se prontificar para passar por outro processo de formação dentro do serviço (CAMPOS et al, 2006).

⁶ Até o momento da publicação desse texto, a pesquisa não havia sido concluída.

A trajetória da educação permanente em saúde tem sido considerada importante, apesar dessas sinalizações indicativas de dificuldades que também estão presentes na educação superior e que dizem respeito aos referenciais e instrumentais teórico-metodológicos utilizados pelos docentes ou facilitadores. A visão fragmentada de mundo, de sociedades, do conhecimento científico e do trabalho em saúde, da importância dada à educação como forma permanente de reconstrução de saberes e práticas, a proposta de pôr em ação princípios como o da integralidade através da interdisciplinaridade e democratização das relações, não são questões que se resolvam em um curto espaço de tempo e apenas no campo das nossas racionalidades até então construídas. A política antecipa e induz mudanças que precisam ser feitas, mas que provavelmente levarão décadas para surtirem algum efeito.

Registros e relatos de pesquisas nos últimos quatro anos (seis anos após a criação da Política de EPS), com resultados de capacitações diversas no contexto das UBS, trazem exemplos parciais do que tem sido encontrado nesses lugares. Dentre esses resultados constam:

1) Como Dificuldades: constatações de gestores sobre o despreparo e falta de interesse dos profissionais para lidar com políticas específicas tais como a atenção à saúde integral do adolescente, dentre outras; por vezes, os profissionais consideram que uma política específica não é problema naquela unidade de saúde e se recusam a conhecê-la com maior profundidade; visão do processo de capacitação como sendo apenas transmissão de conhecimentos; pouco conhecimento dos gestores locais relacionados aos conceitos de ESP e das responsabilidades das unidades sob seus mandatos (RADAELLI; ZAVAREZA, 2010); Resistência da equipe às mudanças (falta de interesse, dificuldade de sensibilização e desmotivação dos profissionais); falta de compreensão de ESP e sua importância (descrédito no processo de EPS ou dificuldade de pôr em prática os conceitos de ESP); falta de instrumentos de planejamento e falta de governabilidade; falta de compreensão do SUS; sobrecarga de trabalho; falta de recursos humanos, saída e ou transferência de funcionários (LIMA et al, 2010). Outros resultados referem que as reuniões são frequentes, mas acontecem de forma rápida, orientadas para o cumprimento de uma pauta a ser seguida ocasionando maior controle das atividades propostas e os casos são comentados brevemente, sem que a médica ou a enfermeira tomem consciência das necessidades dos demais (VILLA; ARANHA, 2009).

2) Como Avanços: Adesão da equipe à proposta de EPS (equipe interessada, capacitada, aberta a mudanças, ampliação do vínculo entre os profissionais da equipe); aumento do acolhimento e humanização; maior democratização da gestão; ampliação do conhecimento das necessidades de saúde da comunidade; melhor utilização dos dados e informações de saúde disponíveis para realizar o planejamento do trabalho; Compreensão e utilização dos conteúdos de ESP/reorganização do processo de trabalho. Disponibilidade de tempo para realizar atividades (LIMA et al, 2010); reuniões das equipes de saúde da família que têm por objetivo, por um lado, acompanhar os casos atendidos e nortear a atuação dos profissionais e por outro lado, capacitar os seus membros (VILLA; ARANHA, 2009).

Todas as constatações sobre dificuldades encontradas através das ações de educação permanente, ou sobre novas demandas que precisam ser tratadas, demonstram que as ações da EPS também são dispositivos analisadores de como está se produzindo atenção à saúde nos mais diferentes espaços de práticas existentes no Brasil. Vê-se que, essas mesmas ações funcionam como indutoras do exercício de autonomia para aprender a ler a própria realidade e realizar experimentações para lidar com ela. É isto que acontece quando um município ou uma UBS executa ações que têm como finalidade estudar o próprio trabalho, dialogar sobre ele, conhecê-lo e compreendê-lo a ponto de transformá-lo para atender melhor às necessidades da população.

4. O TRABALHO COMO ATIVIDADE HUMANA NA PERSPECTIVA DA ERGOLOGIA

O termo ergologia começou a aparecer na década de 1990, e com este enfoque no trabalho como atividade industrial, ampliaram-se e aprofundaram-se diferentes noções acerca de seu desenvolvimento, tais como o trabalho prescrito e as normas antecedentes, o trabalho real, o debate de normas e a renormalização. Por que atividade industrial? Para Schwartz (2004), o trabalho é uma atividade que não tem nada de simples, tendo sido culturalmente ignorado e subestimado, apesar de ser “sempre um lugar de acontecimentos complexos” (p. 143).

Dando continuidade à reflexão sobre o conceito de atividade humana, Cunha (s/d) explicita que:

O conceito de atividade nos coloca no ponto de encontro de diferentes disciplinas: Filosofia, Psicologia, Sociologia, Linguística, Ergonomia e Engenharia de interfaces homens-máquinas [...] Compreender o ponto de vista da atividade humana como posicionamento epistemológico é se colocar na confluência, na zona de fronteira entre sujeito-objeto, ação-conhecimento, corpo-alma, subjetivo-objetivo, o que propicia um quadro de referência coerente, integrado e operatório capaz de abordar o trabalho humano na sua complexidade [...] O ponto de vista da atividade nos estudos do trabalho reintegra as dimensões psicológicas, sociais e culturais, tomando o ato de trabalho como “encarnado”, significativo e motivado, dimensões evacuadas pelo racionalismo científico (p. 1).

Telles e Alvarez (2004), ao discorrerem sobre as interfaces entre ergonomia e ergologia, comentam que Schwartz considera “a ergonomia uma propedêutica da ergologia” (p. 72), em que a segunda oferece à primeira, possibilidades de compreender mais amplamente o contexto do trabalho prescrito, com suas normas antecedentes e suas variabilidades.

Schwartz (2006) relata que a perspectiva ergológica surgiu, primeiramente, do interesse pelas mudanças ocorridas na Europa da década de 1980, no contexto do trabalho, “período descrito como de declínio do taylorismo, do surgimento de novas tecnologias, assim como de redução do tamanho das empresas e fábricas” (p. 458). Naquela época, Schwartz (2006) interessou-se em estudar essas mudanças, que findaram em levá-lo a questionar o trabalho em si, diante das constatações encontradas sobre o que se passava em um mundo do trabalho carregado de erros sobre sua própria definição de competências e de doenças indesejadas.

Estudos como os de Schwartz (2000; 2004; 2011) e Schwartz e Durrive (2007) têm apresentado reflexões e perspectivas inovadoras sobre o trabalho como atividade humana que acontece nas intercessões dos macros e micros espaços sociais, políticos, organizacionais, nos fazendo (re)descobrir aspectos de sua visibilidade e invisibilidade, e nos apresentando os equívocos que (re)produzimos ao ver o trabalho como algo possível de ser capturado sem a investigação de suas tramas e tessituras.

Ainda segundo os autores, o trabalho se modifica constantemente e, para apreendê-lo, é preciso acompanhar as atividades das pessoas que trabalham, aproximar-se buscando compreender o que elas fazem. Ao falar sobre o que interfere na atividade humana, os autores explicam que “a perspectiva ergológica obriga a colar permanentemente o micro e o macro, a partir do momento em que ela aponta o fato de que toda atividade de trabalho encontra escolhas, debates de normas e encontros de valores” (p. 33).

O trabalho em saúde consiste em um tipo de trabalho do setor de prestação de serviços, considerado pouco tangível, abstrato, posto que requer, por exemplo, capacidade de renovação dos modos de atuar e de se relacionar a cada atendimento que se presta ao usuário nas UBS. O trabalho enquanto atividade é dialético, composto de normas antecedentes e normas individualizadas.

As normas antecedentes são as prescrições, os métodos, sobre os quais podem ser definidos planos, programas, responsabilidades, requisitos (SCHWARTZ, 2004). Define-se como trabalho prescrito:

o que é esperado no âmbito de um processo de trabalho específico, com suas singularidades locais. O trabalho prescrito é vinculado, de um lado, a regras e objetivos fixados pela organização do trabalho e, de outro, às condições dadas. Pode-se dizer, de forma sucinta, que indica aquilo que se *deve fazer*, em um determinado processo de trabalho [...] trabalho prescrito e [...] normas antecedentes (são) conceitos que se referem ao que é dado, exigido e apresentado ao trabalhador antes da atividade ter início (BRITO, 2008a, p. 444-445).

Vale ressaltar que, Telles e Alvarez (2004) ao estudarem o trabalho prescrito sob a ótica das normas antecedentes da Ergologia, consideraram-na como um elemento que vai além do que foi definido como prescrições pela Ergonomia e descrevem os três aspectos das normas antecedentes que são destacados por Schwartz, em seus estudos (ibid.). O primeiro aspecto refere-se ao “dogmatismo científico [das normas] amparado por um poder social” (ibid., p.73); o segundo aspecto diz respeito ao fato delas serem construções históricas, que representam “os saberes-fazeres

historicamente constituídos, as linguagens que os formalizam e permitem sua expressão, os modos de vida que estruturam as relações ao tempo, ao espaço, à comunidade” (ibid., p.73); por fim, o terceiro aspecto aborda os valores que as sustentam por terem sido considerados como valores do bem comum, e que são razão de “debates, conflitos e arbitragens políticas” (ibid., p.74). Schwartz (2009) expressa que “a realidade das normas anteriores é uma combinação de inextricáveis conquistas e riscos, que tanto facilitam a vida social como a oprime [pois] nenhum padrão é puramente técnico e por isso neutro, evidente” (p.2).

As normas individualizadas compreendem a gestão do singular, abrangem o que realmente ocorre na atividade cotidiana de trabalho, a dramática do uso de si, o efeito da dimensão histórica de toda prática, a impossibilidade da repetibilidade precisa das situações humanas, produtivas (SCHWARTZ, 2004).

A atividade pode se transformar numa dramática quando acontecimentos inesperados ocorrem na vida. Durrive e Schwartz (2008) definem dramática de uso de si como:

a necessidade de reagir, quando ocorrem acontecimentos, que quebram os ritmos das sequências habituais, antecipáveis da vida, [...] Ao mesmo tempo, isto produz novos acontecimentos, por conseguinte, transforma a relação com o meio e entre as pessoas. A situação é então matriz de variabilidade [...] A atividade aparece então como uma tensão, uma dramática. (p. 25).

Quanto menos a ação e suas exigências imediatas podem ser antecipadas e parcialmente reguladas por uma delimitação de resultados, mais a atividade de trabalho requer do trabalhador um “gerenciamento” do que ocorre no seu cotidiano, a partir de recursos pessoais que ele adquiriu no decorrer de sua vida, mesmo quando essas exigências imediatas não estão escritas nos manuais (normas antecipadas). Portanto, a prestação de serviços, tais como serviços de saúde, possui, por um lado, protagonistas bem identificados e, por outro, ações prescritas ou não, que levam o trabalhador a se deparar com situações e níveis de responsabilidade em que, no momento da ação, ele (trabalhador) passa a representar parte da efetividade do serviço de saúde. Por exemplo, o serviço prestado na UBS pelo Agente Comunitário de Saúde ou Auxiliar de Enfermagem, no momento em que é obrigado a efetuar seu trabalho sem os recursos necessários para fazê-lo, provavelmente lançará mão de improvisações que poderão dar certo ou não. Naquele momento, o usuário vê nele o sucesso ou o fracasso do sistema de saúde. Gerir a atividade no cotidiano, incluindo as necessárias improvisações para aquilo que não é antecipável configura as “eficácias do uso de si”, abrangem múltiplos e

pequenos detalhes e representam a parte do trabalho eficiente ou eficaz, muitas vezes, “sem dimensão”, invisível, para a qual não incidem ganhos que possam ser revertidos, a exemplo da remuneração (SCHWARTZ, 2004).

O exemplo acima lembra uma das razões da escolha dos preceptores do PET-Saúde como participantes da pesquisa que originou esta tese, e que diz respeito à invisibilidade de sua contribuição como preceptor para o processo de formação dos graduandos e a academia. Invisibilidade sobre suas ações como preceptores nos microespaços de sua atividade na UBS. Sant’Anna e Hennington (2010) expressam que:

mudanças nas práticas de saúde urgem; é preciso que o paradigma hegemônico da unilateralidade na relação trabalhador da saúde (saber científico) /usuário (saber não científico) seja rompido por um modelo que traga os sujeitos e seus saberes como eixo principal da atenção nas práticas de saúde (p. 213).

Essa parcela do trabalho que não é dimensionada compõe o trabalho invisível e provisório, que existe em todas as formas de trabalho, e que espera para ser desvendado, elucidado, à medida que se intenta conhecer mais sobre ele. Sobre o trabalho e suas renormalizações, Schwartz (2011) afirma:

O que chamamos de ‘o trabalho’ e, mais particularmente, de trabalho *stricto sensu* é uma forma tardia, mas hoje complexa, ricamente crítica, desta atividade genérica. No trabalho mercantil, as normas antecedentes estão mais próximas do trabalho como prescrições, procedimentos, constrangimentos, relações de autoridade, de poder, mas também os saberes científicos, técnicos, as regras jurídicas, as experiências capitalizadas, tudo o que antecipe a atividade futura de trabalho, antes mesmo que a pessoa tenha começado a agir. As ‘renormalizações’ são as múltiplas gestões de variabilidades, de furos das normas, de tessitura de redes humanas, de canais de transmissão que toda situação de trabalho requeira, sem, no entanto, jamais antecipar o que elas serão, na medida em que essas renormalizações são portadas por seres e grupos humanos sempre singulares, em situações de trabalho, elas mesmas, também sempre singulares (p. 34).

A análise sobre a atividade humana proposta pela ergologia de Schwartz interessa sobremaneira ao ensino em saúde, mais precisamente o processo ensino-aprendizagem de conhecimentos e técnicas, quando este é considerado um dos principais geradores de normalizações e renormalizações para o trabalho em saúde. O avanço da abordagem ergológica e seus estudos, as inúmeras experiências vivenciadas com Odonne, Duraffourg, dentre outros, ajudou-o a delinear, por volta de 1993, o dispositivo dinâmico a 3 polos (DD3P) que é um convite permanente à reflexão do trabalho interdisciplinar, ao confronto e ao debate de normas antecipadas, envolvendo os saberes formais, constituídos, acadêmicos, os saberes investidos, advindos das

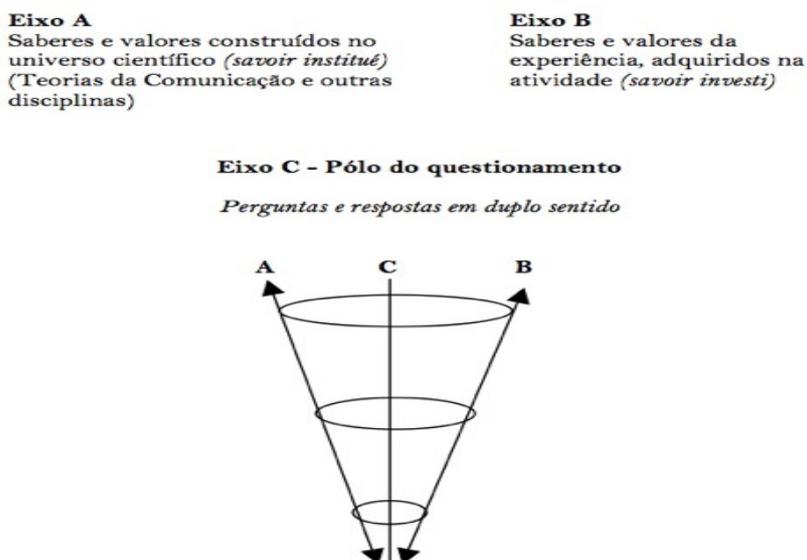
experiências dos trabalhadores com seu próprio trabalho, mediados por uma conduta ética, valorativa e interessada em se renovar.

Para Durrive (2002),

Um dispositivo com três polos é uma configuração que pode emergir de maneira muito diversa, desde que o encontro entre os saberes, aqueles saídos da experiência e aqueles que são mais formalizados, opere-se num espírito de respeito e de escuta recíproca, bem como com método. O método, segundo meu ponto de vista, consiste em problematizar o mundo, do mais micro ao mais macro da vida social. Com efeito, para que um ponto de vista se construa em palavras, para que se torne um conjunto de argumentos, que entre em debate, em diálogo com os discursos dos outros (sobretudo, com os discursos eruditos, profissionais, por exemplo), parece-me indispensável reconstituir [...] um eixo dos conceitos que cruza com um eixo da história sendo feita; um eixo epistêmico e um eixo transformativo (p.27-28).

A Figura 3, a seguir, apresenta o dispositivo, proposto por Schwartz, esquematizado por Durrive (Schwartz; Durrive, 2007, p. 274) e adaptado por Figaro (2008).

Figura 3 - Dispositivo Dinâmico a Três Polos (DD3P):



Fonte: Figaro, 2008.

Para Trinquet (2010), o surgimento do Dispositivo Dinâmico a Três Polos (DD3P) consolida a necessária integração entre: o “polo dos saberes investidos nas atividades” (saberes da experiência) adquiridos pelos trabalhadores durante o desenvolvimento de suas tarefas. Esses saberes estão sempre entremeados de vantagens, inconveniências e singularidades que consistem nas dramáticas dos usos de si, termo

usado pelos ergologistas para as escolhas feitas pelo trabalhador para agir no trabalho e que implicam em responsabilidades, tomada de decisões, recuos, avanços, investimentos afetivos e financeiros (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007; DURRIVE; SCHWARTZ, 2008; TRINQUET, 2010).

O outro polo é o dos “saberes constituídos, acadêmicos” (formal, produtor de teorias), uma das bases mais aceitas para a normalização do trabalho prescritivo, por ser construído sob a égide da ciência, mas que sozinho, não consegue explicar o que se passa na atividade industrial (SCHWARTZ, 2000; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Para Trinquet (2010), o “saber constituído” é genérico, formalizado, não está em aderência com o trabalho. É externo às situações e desinvestido por ser definido fora da atividade. O terceiro polo é o que representa as exigências éticas e epistemológicas e, para Schwartz (2000), sem ele não se produz um encontro prolífero dos outros dois polos. É o polo que faz a articulação com os outros dois polos e permite o diálogo sobre suas diferenças e saberes para renormalizá-los, apesar do desconforto intelectual sempre presente no confronto entre os saberes constituídos e as experiências de trabalho. É o polo em que:

Vemos o outro como alguém com quem vamos aprender coisas sobre o que ele faz, como alguém de quem não pressupomos saber o que ele faz e porque faz, quais são seus valores e como eles têm sido (re)tratados. O desconforto intelectual consiste em admitir que generalidades e modelizações devem ser sempre reapreciadas. Essa disposição não se ensina, mas *se empresta*, no sentido de que nos impregnamos no contato recíproco com aqueles que estão no outro polo [...] O terceiro polo, contrariamente aos dois outros, não contém saberes pré-estocados [...] Entre estes três polos não existe começo nem fim, nem anterioridade de um sobre os outros e eles estão em relação dialética (SCHWARTZ, 2000, p. 44-45).

Schwartz e Durrive exemplificaram o funcionamento do dispositivo de três polos na formação profissional, esclarecendo que, num formato clássico, este tipo de formação procura incluir um tempo destinado à formação dentro da escola e outro tempo destinado à aplicação nos locais de trabalho. Assim,

de um lado existe o pólo da atividade, no qual localizamos o jovem em formação, mas igualmente todas as pessoas que trabalham com ele; e de outro lado, um pólo de saberes que foram construídos para poder antecipar esta atividade. A idéia consiste em reunir os diferentes protagonistas em torno do que se passa no trabalho com um duplo objetivo: olhar este trabalho e disponibilizados; mas, ao mesmo tempo, olhar esse trabalho como atividade, momento único em que se faz a gestão das interfaces que irão obrigar os protagonistas a serem inventivos e encontrarem microsoluções, estas microsoluções serão paulatinamente eficazes para a ação,

transformadoras e, ao mesmo tempo, interessantes para o pólo dos saberes constituídos (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 273).

Para Schwartz e Durrive (2007), “as normas (do trabalho) não antecipam tudo [...] impossível para o meio evitar a variabilidade [...] Então, trabalhar é arriscar, *fazer uso de si*” (p. 193). É nesse contexto subjetivo do trabalho que Schwartz refere-se ao trabalho prescrito e ao trabalho real que, quando confrontados, produzem o debate de normas, necessário, transformador, mobilizador de inteligência, de invenções. Como trabalho real entende-se:

Aquilo que é posto em jogo pelo(s) trabalhador (es) para realizar o trabalho prescrito (tarefa). Logo, trata-se de uma resposta às imposições determinadas externamente, que são, ao mesmo tempo, apreendidas e modificadas pela ação do próprio trabalhador. Desenvolve-se em função dos objetivos fixados pelo(s) trabalhador(es) a partir dos objetivos que lhe(s) foram prescritos. A parte observável da atividade (o comportamental) é apenas um de seus aspectos, pois os processos que geram a produção deste comportamento não são diretamente observáveis [...] Fundamentalmente, a defasagem sempre existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real se deve ao fato de as situações reais de trabalho serem dinâmicas, instáveis e submetidas a imprevistos [...] Portanto, a atividade de trabalho envolve estratégias de adaptação do prescrito às situações reais de trabalho, atravessadas pelas variabilidades e o acaso (BRITO, 2008b, p. 453-454).

Durrive (2002) esclarece que, quando os saberes formais, acadêmicos ou os saberes investidos da experiência não entram em contato, em diálogo, tornando-se neutros, estáticos, é acionada a vertente mecânica, de “relação entre as coisas”. (p. 26). Para evitar esse distanciamento, essa coisificação, seja por parte da formação, seja por parte do trabalho, é que Schwartz (2000) recomenda que “o dispositivo a três polos deve ser acionado em todos os níveis, na universidade, mas também nos locais de gestão e de transformação das atividades de trabalho” (p. 45).

Para finalizar, destacamos que, tanto os grupos mistos do PET-Saúde, programa criado para educar pelo trabalho, quanto a Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP), do Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) da PNH, que se propõe a estudar o trabalho envolvendo os próprios trabalhadores, além de serem variações do modelo DD3P, validam a crença de que não se pode mais ter essas duas grandes áreas produzindo em separado suas idéias e ações, como se não gerassem implicações de uma para a outra. Por isso, fazemos também como nosso, a afirmação de Neves e Heckert (2010) sobre a formação como processo que não pode mais se limitar a uma simples aquisição de conhecimentos técnicos e científicos: “a formação significa,

sobretudo, produção de realidade, constituição de modos de existência – portanto, não se dissocia da criação de modos de gestão do processo de trabalho” (p.148).

5. AS PRÁTICAS DISCURSIVAS E A PRODUÇÃO DE SENTIDOS – aproximações metodológicas

Esta pesquisa, especialmente na sua perspectiva metodológica analítica, aproxima-se da Análise do Discurso, orientando-se pelos princípios das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos (SPINK, 2000).

Linguistas e pensadores como Saussure (1857-1913), Frege (1849-1925) e Russell (1872-1970) tiveram significativa influência ao promover rupturas nas concepções acerca da linguagem, tanto na Linguística quanto na Filosofia. Ambas as rupturas fizeram com que “o olhar da filosofia, até então voltado para o mundo interior e privado das entidades mentais, se voltasse para o mundo passível de ser objetivado e público das produções discursivas” (IBAÑEZ, 2004, p. 21). Em decorrência disso, em substituição a uma “Filosofia da Consciência” que privilegiava o campo das ideias e do homem como animal pensante, começa a surgir uma “Filosofia da Linguagem” que passa a privilegiar o campo da linguagem e do homem como animal falante, promovendo transformações profundas na forma de nos relacionarmos com a realidade e com a produção do conhecimento. Dá origem, portanto, ao chamado “Giro Linguístico”.

Ibañez (2004) afirma que o Giro Linguístico foi acontecendo progressiva e simultaneamente em várias direções nos contextos das ciências humanas e sociais, resituando a linguagem como, simultaneamente, constitutiva e constituinte do sujeito e do real. “O giro linguístico [...] substitui a relação *ideias/mundo* pela relação *linguagem/mundo*” (IBAÑEZ, 2004, p. 46).

Ao se pronunciar sobre o legado da modernidade, Ibañez (2001), refere-se à realidade e ao conhecimento como palavras-chave em torno das quais diversos pensadores realistas e representacionistas desenvolveram quatro mitos: “o mito do conhecimento válido como representação correta e fiel da realidade; o mito do objeto como elemento constitutivo do mundo; o mito da realidade como entidade independente de nós e por fim, o mito da verdade como critério decisório” (p. 250).

Para aqueles que defendem esses mitos, eles se fundamentam na defesa do paradigma cartesiano que preserva a dicotomia interior/exterior. Ibañez (2001) argumenta que os defensores dessa dicotomia criaram um procedimento surpreendentemente simples para estabelecer a retórica da verdade na modernidade:

Consistiu simplesmente em nos fazer crer que não somos nós, com todas nossas limitações, quem construiu os critérios de validade dos conhecimentos científicos mediante um conjunto de práticas sociais que são necessariamente históricas e contingenciais, por isso mesmo que são precisamente ‘nossas’. Se nos fizeram crer que o critério que define o conhecimento válido, ou seja, científico, é independente de nós, ele nos transcende literalmente e escapa ao que podemos opinar ou crer acerca dele [...] foi preciso arrancar esse critério para fora da esfera humana e situá-lo em outro lugar, em que fosse imune às nossas apreciações mutáveis e o melhor lugar de todos os lugares possíveis não foi senão a própria ‘realidade’ (p. 251).

Essas concepções levam a argumentar que um dos princípios mais importantes do ato de pesquisar, diz respeito à reflexividade, ou seja, a reflexão que produzimos a partir das relações entre quem pesquisa e o que(m) é pesquisado, ou seja, à relação sujeito-objeto. Esta relação somente possui sentido a partir das formas (palavras, vocábulos, expressões etc) que utilizamos para falar deles. Em suma, o sujeito da pesquisa não é neutro e não se supõe que sujeito e objeto sejam independentes um do outro.

Como este campo de interesse da pesquisa é constituído por relações complexas que são influenciadas por instituições⁷, no caso específico, a universidade pública e o Sistema Único de Saúde, a ampliação do diálogo com os atores que nele circulam é fundamental para aprofundar a construção do conhecimento. Desta forma, assume centralidade nesta pesquisa a linguagem que “é constitutiva de realidades e um instrumento para atuarmos sobre o mundo [...] devendo esperar que ela incida também sobre a conformação e desenvolvimento das relações e práticas sociais” (IBAÑEZ, 2001, p. 41).

A análise é das práticas discursivas produzidas no cotidiano de trabalho dos preceptores das UBS, explorando os diálogos dos sujeitos envolvidos. As práticas discursivas não ocorrem no vácuo: são produtos e produtoras da linguagem ordinária, práticas sociais que produzem efeitos, enfim, sentidos. Destaca-se assim, o caráter pragmático da análise das práticas discursivas. As práticas discursivas para Spink (2000) significam:

Uma prática social e isso implica trabalhar a interface entre os aspectos performáticos da linguagem (quando, em que condições, com que intenção, de que modo) e as condições de produção (entendidas aqui tanto como contexto social e interacional) (p. 39).

⁷ O termo foi usado em concordância com Saviani (2005): “‘instituição’ guarda a ideia comum de algo que não estava dado e que é criado, posto, organizado, constituído pelo homem [...] constituída para atender a determinada necessidade humana, mas não qualquer necessidade. Trata-se de necessidade de caráter permanente. Por isso a instituição é criada para permanecer” (p. 28).

Para a autora, as práticas discursivas compreendem

a linguagem em ação que focaliza as maneiras pelas quais as pessoas, por meio da linguagem, produzem sentidos e posicionam-se em relações sociais cotidianas [...] As práticas discursivas têm como elementos constitutivos: a dinâmica (que são os enunciados, orientados por vozes), as formas ou *speech genres*⁸ (que para Bakhtin, são formas mais ou menos fixas de enunciados) e os conteúdos, os repertórios linguísticos [...] Ao se trabalhar com práticas discursivas não estamos procurando estruturas ou formas usuais de associar conteúdos (SPINK, 2004, p. 41).

Para Spink (2004), texto e contexto se articulam na análise das práticas discursivas, pois “cada sentença só adquire um sentido completo no contexto do enunciado que lhe dá suporte” (p. 42).

Assim, os procedimentos analíticos compreendem dois passos: a) a produção dos Mapas Dialógicos (SPINK, 2000); b) a identificação e análise dos repertórios linguísticos (SPINK, 2000). A seguir, a definição breve de cada um destes passos.

O primeiro passo dos procedimentos analíticos centra-se na produção dos Mapas Dialógicos, que são estratégias de visibilização da interanimação dialógica estabelecida entre diferentes sujeitos, articuladas em seu contexto. Trata-se de organizar o diálogo em tabelas visando a organização em categorias analíticas produzidas de acordo com os objetivos daquilo que se quer conhecer.

O segundo procedimento analítico é a análise dos repertórios linguísticos, que serão identificados por meio da estratégia dos Mapas Dialógicos (SPINK, 2000). Os repertórios linguísticos são definidos como os “termos, conceitos, lugares-comuns e figuras de linguagem que demarcam o rol de possibilidades da construção de sentidos” (SPINK, 2004, p. 46).

Para Spink (2004) o ser humano produz sentidos a todo o tempo, e não o faz sozinho, posto que essa construção é eminentemente social, coletiva e interativa. A produção de sentidos é um processo que implica necessariamente vários interlocutores, várias vozes, às quais ao interagirem, nem sempre o fazem encaminhando mensagens diretamente ao interlocutor com a qual se está falando. A análise da interanimação dialógica auxilia os grupos a refletirem sobre as formas que usam direta e indiretamente para conversarem.

⁸ Spink (2004) traduz *speech genres* como *gêneros de fala*, que se formam geralmente em espaços específicos como, por exemplo, as salas de trabalho de profissionais da informática e que fazem parte da comunicação do dia a dia.

Tanto os Mapas Dialógicos, quanto os Repertórios serão detalhados no tópico relativo à análise. Antes, porém, é fundamental a discussão sobre o campo da pesquisa e o procedimento de produção de informações, a Roda de Conversa.

6. O CAMPO – LÓCUS DE PESQUISA, SELEÇÃO DE PARTICIPANTES, TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS PARA PRODUÇÃO DE DADOS E INFORMAÇÕES

6.1 O Campo

Na pesquisa tradicional, o campo é o lugar onde o pesquisador faz seus estudos, um lugar específico, um lugar pré-determinado. Para Peter Spink (2003), o campo é mais que um lugar delimitado, específico, imóvel. Inclui o lugar, as conversas, as reuniões, as leituras efetuadas para ampliar a compreensão sobre o tema, enfim as múltiplas materialidades que se entrelaçam numa rede de sentidos, conectadas entre si.

Para o autor:

o campo é o método e não o lugar; o foco está na compreensão da construção de sentidos no espaço de vida do indivíduo, grupo, instituição ou comunidade [...] Campo é o campo do tema, não é o lugar onde o tema pode ser visto, mas são as redes de causalidade intersubjetiva que se interconectam em vozes, lugares e momentos diferentes, que não são necessariamente conhecidos uns dos outros [...] Não há dados, mas há, ao contrário, pedaços ou fragmentos de conversas: conversas no presente, conversas no passado; conversas presentes nas materialidades; conversas que já viraram eventos, artefatos e instituições; conversas ainda em formação; e, mais importante ainda, conversas sobre conversas (PETER SPINK, 2003, p. 35-37).

Sobre esse prisma, a produção de informações da pesquisa iniciou-se desde o momento em que, movida pelo interesse por aprofundar a compreensão sobre os cenários de práticas das UBS dos cursos da área de saúde da UFAL, a pesquisadora começou a fazer novas inserções no campo-tema, através da participação em reuniões de planejamento, acompanhamento e avaliação do PET-Saúde / Saúde da Família da UFAL-Campus Maceió, efetuadas com os estudantes dos diversos cursos da área de saúde inscritos no Programa. Esse contato com os estudantes acentuou mais ainda as curiosidades acerca das nuances das interações entre a universidade e as UBS envolvidas no PET-Saúde em questão, face aos comentários dos estudantes sobre suas inquietações com as situações que estavam vivenciando no Programa. Aliada às inquietações, também existiam a apreensão da coordenação geral do PET-Saúde / Saúde da Família II do Campus Maceió, quanto ao número UBS's envolvidas (23), o número de estudantes iniciando o programa (300, sendo 120 bolsistas e 180 não bolsistas), preceptores (60) e tutores (10), participando de um Programa que estimula o trabalho coletivo e interdisciplinar, com um curto prazo para ser concluído.

Paralelamente a essas atividades, desde o PET-Saúde I, em 2009, foi sendo desenvolvido extenso levantamento bibliográfico sobre formação e trabalho em saúde nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), nas fontes governamentais e nos parceiros como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

As parcerias com as UBS dos VI e VII Distritos de Maceió ocorreram desde 2005/2006, em por meio de visitas, estágios, programas universitários, estudos conjuntos, reflexões e diálogos sobre a formação em saúde. Esse modo de estar no campo se clarifica quando se compreende a concepção de *microlugar* de Peter Spink (2008):

Os micro lugares e seus diferentes horizontes são produtos e produtores de vários processos sociais e identitários: nós, eles, os temas a serem debatidos, com quem conversamos, como e onde vivemos. Denso, o cotidiano se compõe de milhares de micro-lugares; não é um contexto eventual ou um ambiente visto como pano de fundo. Os micro lugares, tal como os lugares, somos nós; somos nós que os construímos e continuamos fazendo numa tarefa coletiva permanente e sem fim (PETER SPINK, 2008, p. 71).

6.2 A Roda de Conversa - dispositivo para produção de conversas e sentidos

As Rodas de Conversa aproximam-se da perspectiva da Etnometodologia, que se interessa pelo cotidiano sem querer obter dele respostas totalizantes, abrangentes, mas sim compreender como as pessoas desenham e instituem suas interações cotidianas. Para Guesser (2003), com a análise da conversação, o pesquisador pode efetuar reflexões mais detalhadas das falas, identificar categorias e pontos de vista dos participantes, desenvolvendo assim, perspectivas mais críticas que levem em consideração não apenas o referencial dos sujeitos, mas também, sobre seu próprio posicionamento social e cultural.

As Rodas de Conversas possuem uma dupla raiz: a partir dos estudos de Paulo Freire sobre os Círculos de Cultura (FREIRE, 1996) e a partir de Gastão Wagner Campos, nos estudos sobre o Método da Roda, que auxilia as questões vinculadas à gestão em saúde (CAMPOS, 2007a; 2007b). Tais raízes relevam a constatação de que há vias entrecruzadas pelos seguintes aspectos para a Roda de Conversa: as crenças teóricas e as práticas dos educadores/pesquisadores que usam a técnica; aqueles que estudam a humanização do trabalho; e aqueles que vivenciam a educação permanente.

Considera-se a educação como uma prática social transformadora das pessoas e do mundo, que só pode acontecer se os diferentes mundos de pessoas diferentes se encontram e entram em interação, interligando conhecimentos que possibilitam o processo educacional (COSTA, 2001). Diz Paulo Freire (1996):

nesta forma de compreender e de viver o processo formador, eu, objeto agora, terei a possibilidade, amanhã, de me tornar o falso sujeito da “formação” do futuro objeto de meu ato formador. É preciso que, pelo contrário, desde os começos do processo, vá ficando cada vez mais claro que, embora diferentes entre si, quem forma se forma e re-forma ao for-mar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado (p. 12).

Como dispositivo dialógico, a Roda de Conversa também é educação permanente, pelo seu interesse na reconstrução de saberes e práticas, na proposta de pôr em ação princípios como o da integralidade através da interdisciplinaridade e democratização das relações, mesmo sabendo que não são questões que se resolvam em um curto espaço de tempo e nem apenas no campo das nossas racionalidades até então construídas. É lugar onde circulam afetos, vínculos e temas a serem discutidos pelas equipes de saúde (CAMPOS, 2007a; 2007b).

Como dispositivo na gestão de coletivos a descrição de Campos (2007b), sobre a aplicação da Roda de Conversa como ferramenta de diálogo, parece mais próxima do tipo de pesquisa aqui desenvolvida, que outras ferramentas como a entrevista de grupo ou grupo focal. Na descrição da aplicação da Roda de Conversa, observa-se que o método apresenta uma forma de operacionalização em que:

Há simultaneidade entre a geração, coleta e análise das informações [...] em vez da tradição de que primeiro se recolhem informações, depois as analisam para conhecer e depois ainda se tomam decisões, para o método, praticam-se sínteses sucessivas que aglutinam em cada ato, todas essas etapas [...] Na realidade, toda e qualquer equipe conta com uma série de informações originárias de sua experiência, ainda que toscas e com sistematização precária. Em geral, a dificuldade de um Coletivo analisar não decorre da ausência de informações ou da dificuldade de se acessar dados; resulta sim, de entaves políticos, organizacionais e subjetivos (CAMPOS, 2007b, p. 192-193).

Por fazer parte de um método – método da roda – de cogestão de coletivos desenvolvido por Campos (2007b), foi debatido entre orientanda/pesquisadora e orientadores se não era pretensão (ou até mesmo ignorância) em realizar esta opção, ou se a mesma não seria compreendida como querendo efetuar a gestão das UBS. Após várias discussões, foi lembrado que, fazendo ou não o uso correto do termo/conceito, as reuniões do PET-Saúde/Saúde da Família são nominadas como rodas de conversa, em

que profissionais/preceptores, tutores, estudantes e docentes trabalham e aprendem juntos, planejando, discutindo e avaliando suas atividades. Para Bernardes e Santos; Silva (2012):

As pesquisas do Grupo de Pesquisa em Psicologia Discursiva são realizadas com profissionais, usuários e estudantes da rede municipal de saúde de Maceió, Estado de Alagoas. A participação do Grupo nos programas de formação profissional com os trabalhadores, usuários e estudantes desta rede permitem movimentos diversos, constituindo redes dialógicas para compartilhar as tomadas de decisões frente às pesquisas. Trata-se de movimento estratégico que permite estar próximo e junto aos sujeitos de pesquisa. Ao invés do pesquisador-observador, o pesquisador-interventor; ao invés do pesquisador ventríloquo (que representa algo ou alguém ao final de sua pesquisa), o pesquisador dialógico. Do pesquisador burocrático ao «pesquisa-dor», aquele que percorre/constrói o caminho conjuntamente com o outro. A dialogia mantém aberta a conversação, o endereçamento de enunciados e a polifonia de vozes (p. 19-20).

Com as Rodas de Conversa podem ser colocadas em diálogo as próprias relações de poder entre as instituições e posicionamentos de pessoas, possibilitando refletir sobre as aproximações e os distanciamentos entre o pesquisador e pesquisados, facilitando a conversa sobre a atividade de ensino no serviço.

Portanto, pretendeu-se que as Rodas de Conversas possibilitassem o avanço de diálogos por vezes difíceis de acontecer entre academia e serviços de saúde, por estar baseado em pressupostos de que é o docente da academia que sabe o que “fazer”, e que o preceptor deve “seguir” suas orientações reproduzindo o que foi revelado em pesquisas de que é o docente que planeja as ações dos estudantes para agir em cenários do qual não tem domínio e, por vezes, sequer conhece.

6.3 A escolha das Unidades de Saúde de Maceió

Dentre as 23 Unidades de Saúde de Maceió que fazem parte do PET-Saúde / Saúde da Família da UFAL - Campus Maceió - foram selecionadas para o desenvolvimento da pesquisa as unidades que cumprem os seguintes critérios: estarem localizadas nos VI e VII Distritos Sanitários do município e abrigarem uma diversificação de estudantes por cursos da área de saúde da universidade (4 a 5 cursos), em cada UBS.

Os Distritos Sanitários VI e VII, são as áreas que constituem o campus vicinal da UFAL. Portanto, nas UBS dessas regiões estão distribuídos os estudantes do PET-Saúde/Saúde da Família. Além disso, a escolha das unidades que recebem

estudantes de mais de quatro cursos da saúde diz respeito ao fato de o PET-Saúde ser um programa criado para incentivar a interdisciplinaridade do trabalho em saúde.

Segundo relatório anual do PET-Saúde / Saúde da Família da UFAL Campus Maceió, são quatro as Unidades Básicas de Saúde que atendem aos requisitos anteriormente citados: UBS Robson Cavalcante (VI Distrito), UBS Denisson Menezes, UBS Village Campestre I e UBS Graciliano Ramos (as três do VII Distrito). O Quadro 1 retrata as UBS envolvidas, cursos e equipes participantes.

Quadro 1: UBS, Cursos e Pessoal envolvidos no PET-Saúde / Saúde da Família – UFAL 2011⁹

UBS	CURSOS	TUTORES	PRECEPTORES	ESTUDANTES
Robson Cavalcante	Enfermagem	Odontologia - 1	Enfermagem- 3	Enfermagem: 13
	Medicina	Psicologia - 1	Medicina- 2	Medicina: 10
	Odontologia	Medicina - 1	Odontologia-1	Psicologia: 02
	Psicologia	Medicina - 1	Psicologia- 1	Odontologia: 02
		Enfermagem -1		
Denisson Menezes	Enfermagem	Psicologia - 1	Enfermagem- 3	Enfermagem: 13
	Medicina	Serviço Social-1	Medicina- 1	Serviço Social: 03
	Odontologia	Medicina-1	Odontologia-1	Medicina: 06
	Psicologia	Enfermagem – 1	Psicologia-1	Odontologia: 05
	Serviço Social	Odontologia-1	Serviço Social-1	Psicologia: 02
Village Campestre I	Enfermagem	Odontologia-1	Enfermagem- 1	Enfermagem: 03
	Medicina	Psicologia-1	Medicina-1	Odontologia: 08
	Odontologia	Medicina-1	Odontologia-1	Psicologia: 03
	Psicologia	Enfermagem- 1	Psicologia-1	Serviço Social: 06
	Serviço Social	Serviço Social-1	Serviço Social-1	
Graciliano Ramos	Enfermagem	Farmácia-1	Enfermagem- 1	Enfermagem: 06
	Farmácia	Psicologia-1	Farmácia-1	Farmácia: 02
	Psicologia	Serviço Social-1	Psicologia-1	Psicologia: 03
	Serviço Social	Enfermagem-1	Serviço Social-1	Serviço Social: 05

A área vicinal da UFAL - Campus Maceió - é “uma área que tem como vizinhança o sistema prisional do Estado e comunidades que pedem socorro diante das mazelas sociais” (GAZETA WEB, 2011). O entorno do Campus Maceió, que inclui o Hospital Universitário, auxiliado pela vizinhança do presídio, ajudou a atrair a formação

⁹ As descrições das funções de tutores, preceptores e estudantes já foram realizadas no item 1.2 desta tese, quando descrito a educação na UFAL e o PET-Saúde / Saúde da Família.

de conjuntos habitacionais, cuja população sempre utilizou a área da universidade como um “atalho”, um caminho seguro e com iluminação suficiente para sair e voltar para casa. Moradores de conjuntos habitacionais como o Denisson Menezes, Santa Helena, Lucila Toledo e Gama Lins são os que mais fazem jus a essa prática.

À medida que os cursos da Universidade foram elaborando seus projetos de pesquisa e extensão, alguns pesquisadores dirigiram sua atenção para investigar e contribuir com a transformação dessa realidade. Na área da saúde, os cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição, por exemplo, desenvolvem algumas de suas práticas de ensino, pesquisa e extensão na área vicinal da UFAL, que abrange, principalmente, os VI e VII Distritos Sanitários de Maceió.

Por conta disso, é que o PET-Saúde / Saúde da Família da UFAL escolheu, como cenário de práticas as unidades dos VI e VII Distritos. Dessas Unidades, chamou a atenção aquelas que eram abordadas como as mais “difíceis”, por possuírem grupos mistos de atuação, ou seja, atuarem de forma interdisciplinar. Daí, “difícil” era, na realidade, um dos principais desafios de preparação de profissionais para o SUS: aprender a trabalhar em equipe.

A partir desse foco de interesse, definiu-se então, como característica central para a escolha das UBS e participantes da pesquisa, aquelas que possuíssem grupos mistos de estudantes, preceptores e tutores, que estivessem exercitando o processo da interdisciplinaridade. Porém quando da avaliação do Programa, a interdisciplinaridade foi considerada a questão instigante e mobilizadora da permanência e interesse das pessoas em dar continuidade ao seu aprendizado.

Abaixo, a descrição sucinta das quatro Unidades Básicas de Saúde envolvidas na pesquisa:

1) A UBS Robson Cavalcante fica situada no Conjunto Freitas Neto no bairro de Benedito Bentes, considerado o maior bairro do município de Maceió. Faz atendimento ambulatorial, de demanda referenciada e realiza serviços auxiliares de diagnose e terapia (SADT). Possui 27 funcionários e suas instalações comportam duas salas para as atividades de clínica básica, duas salas para consultórios não médicos, uma sala para consultório odontológico, seis salas para serviços de enfermagem, uma sala para curativos, uma para nebulização e uma sala para imunização (BRASIL, 2013b). Possui uma equipe de ESF criada no ano de 2006.

A UBS Robson Cavalcante possui sete preceptores do PET-Saúde, sendo três enfermeiros, dois médicos, um odontólogo e um psicólogo e estes acompanham,

atualmente, treze estudantes desses cursos, juntamente com cinco tutores (docentes). Para o início dos trabalhos do PET-Saúde foi realizado planejamento participativo e todas as equipes delinearão três grandes eixos de ação para os trabalhos durante a vigência do Programa. Os Eixos são: Controle Social, Humanização e Mortalidade Infantil. A partir desta definição, cada UBS poderia escolher um ou mais Eixos de trabalho, de acordo com suas demandas e possibilidades. A UBS Robson Cavalcante, inicialmente optou pelo Eixo do Controle Social. Após um ano de funcionamento, com as metas do eixo já atingidas (constituir Conselho Gestor da Unidade, estimular a participação de usuários no Conselho e no cotidiano da Unidade, dentre outras), o grupo modificou sua linha de ação para o Eixo da Humanização. Além disso, desenvolvem pesquisas, por exemplo, “Diagnóstico da violência doméstica contra crianças e adolescentes por profissionais de uma Unidade de Saúde da Família” ou a pesquisa que envolve todo o PET-Saúde sobre “Qualidade de Vida dos usuários das UBS de Maceió” (UFAL, 2011).

2) A UBS Denisson Menezes presta assistência ambulatorial à demanda referenciada e está situada no bairro Cidade Universitária. Possui três equipes de ESF que assistem, aproximadamente, seis mil usuários cadastrados, moradores dos conjuntos Denisson Menezes, Lucila Toledo, Santa Helena e Gama Lins. Possui 45 funcionários e suas instalações abrangem 03 salas para as clínicas básicas, 01 sala para a Odontologia e 01 sala para a Enfermagem (BRASIL, 2013b). A população atendida pela UBS é uma das mais carentes da área vicinal da UFAL, onde a maioria das famílias tem renda inferior a um salário mínimo (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2011).

O conjunto Denisson Menezes onde a UBS está instalada nasceu a partir de uma “cidade de lona” que, pelos níveis de precariedade apresentados pela população que se instalou ao lado do Hospital Universitário, recebeu uma atenção contínua dos Programas de Extensão da UFAL, no que tange à saúde em geral, urbanização, direitos civis, organização comunitária, educação sanitária e ambiental, geração de emprego e renda, dentre outros.

As instalações da UBS são inadequadas para o quantitativo da demanda atendida e isso tem incomodado o corpo funcional, apesar de não impedi-lo de atingir suas metas. Possui 03 equipes da ESF e, através do PET-Saúde, a Unidade recebe 29 estudantes dos cursos de Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social e Odontologia, orientados por sete preceptores e cinco tutores. Quando da avaliação do

Programa (UFAL, 2011), os participantes consideraram que a experiência com o grupo misto de estudantes tem sido proveitosa e rica, não apenas para profissionais e alunos, mas também para os usuários.

3) A UBS Village Campestre I tem suas instalações no Conjunto Habitacional que adota o mesmo nome e se situa no bairro Cidade Universitária. O Conjunto foi inaugurado há aproximadamente 20 anos e, ainda hoje, possui infraestrutura precária e carente de investimentos no que diz respeito à pavimentação de ruas, serviços básicos de água e esgotos, segurança pública, educação e lazer.

Esta UBS possui 21 funcionários, presta atendimento ambulatorial e à demanda espontânea e suas instalações abrangem salas para as clínicas básicas (01), bem como 01 sala para cada um dos seguintes serviços: odontologia, enfermagem, outros consultórios não médicos, curativos, imunização e nebulização (BRASIL, 2013b). Atualmente, possui uma equipe de PSF, e 14 estudantes, 05 preceptores e 04 tutores são vinculados ao PET-Saúde. Como Eixo de ação prioritário, foi eleito o Controle Social.

4) A UBS Graciliano Ramos possui o mesmo nome do Conjunto Habitacional onde está situada, homenageando o grande escritor romancista alagoano. Este conjunto habitacional também faz parte do bairro Cidade Universitária e sofre dos mesmos males de precarização da infraestrutura apresentados nos conjuntos habitacionais anteriores que possuem UBS. A UBS Graciliano Ramos possui 68 funcionários, presta atendimento ambulatorial e à demanda espontânea e conta com quatro equipes de ESF, uma delas criada em 1998 e as demais no ano de 2000. Em março de 2013 foi criado o primeiro Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Maceió (BRASIL, 2013b).

Vale ressaltar que as quatro Unidades de Saúde, por ocasião da elaboração do Relatório Anual do PET-Saúde (UFAL, 2011), expuseram como nós críticos de seus trabalhos: a precarização das condições físicas de trabalho, incluindo falta de equipamentos, materiais e espaço para trabalho de grupos, bem como da falta de apoio da Secretaria Municipal de Saúde para a resolutividade de suas dificuldades. Compartilharam como facilidades e sustentabilidade do Programa, as experiências de construção da interdisciplinaridade do trabalho em saúde.

6.4 Participantes da Pesquisa

Dos vinte e três preceptores do PET-Saúde / Saúde da Família da UFAL - Campus Maceió, convidados a fazer parte da pesquisa, dezenove atenderam ao convite. As duas principais razões explicitadas para a não aceitação em participar foram o fato de terem se desligado da função de preceptor e não pertencerem mais às UBS pesquisadas. O Quadro 2 abaixo, apresenta o número de preceptores que fizeram parte das rodas de conversa.

Quadro 2: Número de preceptores participantes da pesquisa por UBS:

UBS	Área dos Preceptores	Número de Preceptores
ROBSON CAVALCANTE	Enfermagem	01
	Medicina	01
	Psicologia	01
DENISSON MENEZES	Enfermagem	03
	Medicina	02
	Odontologia	01
	Serviço Social	01
VILLAGE CAMPESTRE I	Enfermagem	01
	Odontologia	01
	Psicologia	01
GRACILIANO RAMOS	Serviço Social	01
	Enfermagem	01
	Farmácia	01
	Medicina	01
	Psicologia	01
	Serviço Social	01
TOTAL		19

Como se pode observar, dos sete cursos da área da saúde da UFAL inseridos no PET-Saúde / Saúde da Família, não participou desta pesquisa o curso de Nutrição, por não fazer parte das UBS acima relacionadas. Isso se deve ao fato de não existirem profissionais de saúde em Nutrição nos VI e VII Distritos Sanitários de Maceió.

Estes preceptores foram selecionados de formas diversas, visto que não há um processo seletivo unificado. Em função das histórias dos cursos, suas formas bastante diferenciadas de inserção em seus cenários de práticas, as seleções foram realizadas pelas próprias áreas. Grosso modo, independente das áreas, há um padrão na seleção: os preceptores candidatam-se voluntariamente a um processo (que varia de área para área). Em alguns casos há uma seleção por meio de edital, em outros casos,

reuniões com os profissionais da área da Secretaria de Saúde do município e nesta reunião retiram-se os nomes dos participantes. O padrão geográfico é concentrar, quando possível, a seleção entre os profissionais do VI e VII Distritos Sanitários de Maceió. Como já apresentado anteriormente, para algumas áreas nem sempre foi possível seguir o padrão geográfico em função da inexistência de profissionais nestes distritos ou da não adesão de alguns ao Programa.¹⁰

Os preceptores participaram de todo o processo de instalação e desenvolvimento do PET-Saúde / Saúde da Família, planejamento e execução das atividades propostas. O Planejamento Geral para o ano de 2011 definiu quatro eixos de ação: Controle Social, Humanização, Mortalidade Infantil e Pesquisa (um a mais que o planejamento do ano anterior). O eixo da Pesquisa é comum a todas as Unidades de Saúde e, durante o ano de 2011, existiram duas pesquisas gerais em andamento: “Qualidade de Vida do morador de Maceió”; “Mortalidade Infantil em Maceió”. Quanto aos demais eixos, a equipe de cada Unidade define qual deles trabalhar em que momento. Por exemplo, uma Unidade pode definir suas ações em torno do Controle Social e, assim, por exemplo, constituir, fortalecer ou ampliar o Conselho Gestor da Unidade. Vale destacar que todos os preceptores e estudantes, conjuntamente com a equipe da UBS orientaram suas ações para a execução destas atividades, independente da formação profissional que possuem. O eixo da humanização é dos mais discutidos e problematizados entre as Unidades.

Em 2011, foi solicitada a autorização da SMS Maceió para a realização da pesquisa (ANEXO A), e, logo após a qualificação do projeto pela ENSP/Fiocruz, este foi submetido ao Comitê de Ética da Escola, através da Plataforma Brasil, tendo sido aprovado em 16/08/2012, sob o número CAAE: 04557312.3.0000.5240 (ANEXO B).

Os contatos efetuados com os preceptores das quatro UBS iniciaram-se entre o final de julho e início de agosto de 2012. Nesse período, o PET-Saúde II / Saúde da Família havia encerrado suas atividades e tinha sido publicado o edital do PET-Saúde III, denominado PROPET, para o período de 2012. A coordenação do PET-Saúde / Saúde da Família I e II da UFAL - Campus Maceió concedeu a listagem dos

¹⁰ Exemplificando, o número de profissionais de Nutrição, Psicologia e Serviço Social, encontrados nos 6º e 7º Distritos não foi suficiente para o preenchimento do número de vagas existente para a preceptoria do PET-Saúde / Saúde da Família – UFAL Campus Maceió. Vale lembrar que o município de Maceió possui, atualmente, cobertura de pouco mais de 26% na Estratégia de Saúde da Família. A condição *sine qua non* para a participação do PET-Saúde nas Unidades Básicas de Saúde é da mesma possuir equipes de Saúde da Família.

preceptores das Unidades a serem pesquisadas. Informou que esta se encontrava desatualizada por conta da movimentação de alguns preceptores que haviam saído das Unidades em que estavam, por transferências, a pedido ou outras razões. Os primeiros contatos telefônicos com os preceptores foram efetuados com aqueles que a pesquisadora possuía conhecimento anterior e, como já era esperado, em alguns momentos foi necessário diversificar a forma de contato com o grupo, não somente contatando-os por telefone e por emails, mas também através das reuniões do Programa, nas UBS, visando negociar datas e horários comuns para a ocorrência das Rodas de Conversa. Este momento trouxe certa apreensão, por evidenciar a dependência que a pesquisa possui da boa vontade das pessoas se disponibilizarem para participar de uma atividade cuja finalidade pode não coincidir com as suas, embora já tivessem sido feitas aproximações anteriores para garantir que isso não acontecesse.

Dos 23 preceptores previstos para a pesquisa, 19 participaram das Rodas de Conversa que aconteceram entre outubro e dezembro de 2012. O que preceitua a resolução nº 466/12 sobre pesquisas com seres humanos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE assinado pelos participantes foi cumprido na íntegra pelas/os participantes da pesquisa e se encontram disponíveis no Apêndice A.

6.5 A realização das Rodas de Conversas: contatos e cuidados

Os contatos estabelecidos com os preceptores para convidá-los para as rodas de conversa assemelharam-se entre si, com relação a atitudes a serem seguidas e informações a serem dadas pela pesquisadora, antes e durante a realização da pesquisa. No campo das atitudes, procurou-se observar três condutas centrais: a primeira, de que as rodas de conversa fossem conduzidas com leveza, ao estimular opiniões e recordações de situações sobre a integração ensino e serviço ocorridas durante a realização do trabalho de preceptorial junto aos alunos, tutores e demais preceptores do PET-Saúde / Saúde da Família. A segunda, de que a roda de conversa não ultrapassasse a duração de duas horas e trinta minutos, por ser um tempo suficiente para explorar o roteiro preparado para esse momento (APÊNDICE B). Por experiências anteriores com outros grupos, exceder esse tempo tornaria a atividade cansativa e improdutiva, principalmente para os grupos-tarefa para os quais a roda de conversa é uma atividade a mais inserida no seu dia de trabalho. A pesquisadora estabeleceu como possibilidade,

que, caso a roda necessitasse de mais tempo para se discutir o assunto proposto seria preferível realizar uma segunda roda. A terceira, de que o convite iria ser claramente caracterizado como uma contribuição de cada preceptor para a análise da integração ensino e serviço, sendo indispensável que ele não considerasse o convite como uma obrigação imposta pela universidade. Esse cuidado se deveu a situações anteriores vivenciadas ou relatadas à pesquisadora, sobre aproximações efetuadas por docentes dos cursos da área de saúde da UFAL com os serviços de saúde, como se estes estivessem sob o jugo da academia.

No campo das informações, quatro foram elencadas como importantes: em primeiro lugar, a de que todos os preceptores seriam convidados preferencialmente pela própria pesquisadora, por telefone ou pessoalmente; em segundo lugar, que iriam ter acesso a um mesmo grupo de informações escritas, através de breve email informativo contendo o resumo da pesquisa de modo que elas decidissem ir à roda de conversa sabendo algo mais acerca do tema central que iriam discutir; terceiro, possibilitar que o preceptor tivesse acesso ao TCLE antes da data de realização da roda de conversa, para que pudesse ter tempo suficiente para debruçar-se sobre seus direitos e deveres ao aquiescer em participar da pesquisa; e, em quarto e por fim, que o roteiro preparado antecipadamente para a roda de conversa iria ser, efetivamente, apenas um conjunto de lembretes que garantissem que os temas principais fossem abordados, caso não o fossem espontaneamente pelos preceptores.

Os grupos de preceptores de três das UBS escolheram o horário entre as 9-10 horas da manhã às 11-12 horas para a realização das rodas de conversa, à exceção de uma delas, que preferiu o horário das 14 às 16 horas. A escolha da maioria para o horário da manhã motivou a pesquisadora a organizar por sua própria conta, um lanche que pudesse ser inserido como algo que pudesse ser entendido como cuidado com o bem estar do trabalhador de saúde, pelo fato de começarem o expediente de trabalho muito cedo e a participação na roda de conversa exigir um acréscimo de horas despendidas. Além disso, a pesquisadora acredita que “a comensalidade [que] é a prática de comer junto, partilhando mesmo que desigualmente a comida, sua origem é tão antiga quanto a espécie humana” (CARNEIRO, 2005, p. 71-72).

As rodas de conversa transcorreram em clima de cooperação, cordialidade e de satisfação entre os preceptores das UBS pesquisadas, evidenciando, na maior parte do tempo, aceitação significativa do Programa, reconhecendo-o como continuidade importante do Pró-Saúde. As críticas se voltaram mais para a participação da

universidade, geralmente entremeadas de outras vozes apaziguadoras que procuravam, também, apresentar elementos positivos experienciados. No início de cada roda, a pesquisadora agradeceu mais uma vez a disponibilidade dos participantes em aceitar o convite para a pesquisa e lembrou que a gravação da conversa iria ser de uso exclusivo para a mesma, e que os participantes não seriam identificados na divulgação dos resultados. . A pesquisadora também informou ao grupo que iria anotar a sequência das falas, visando facilitar a transcrição da roda de conversa, assegurando-se de possíveis dúvidas sobre a correspondência das vozes.

As rodas de conversa totalizaram oito horas de falas que foram transcritas literalmente pela pesquisadora. As transcrições das conversas das rodas foram efetuadas de forma literal e, após sua conclusão, havia cento e quarenta e quatro páginas para análise.

7. ANÁLISE DE RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 A Construção dos Mapas Dialógicos

O referencial teórico-metodológico utilizado para a análise das informações foi o das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos (SPINK, 2000). As transcrições das rodas e as repetidas leituras que se fizeram necessárias para a sua realização, possibilitaram emergir o que se pode chamar da dança das palavras, das frases, dos diálogos, para se transformar na partitura, representada pelo mapa dialógico. O mapa dialógico demarca a dança e o movimento concomitante que as falas das pessoas apresentam ao tecer suas opiniões, comentários, ao recordar suas vivências significativas, ao se posicionarem a favor ou contra alguma situação. Portanto, o Mapa Dialógico constitui-se em estratégia de visualização dos diálogos e de sistematização com duplo objetivo: subsidiar o processo de interpretação e os desdobramentos que ocorrem no processo interpretativo (SPINK, 2000). Foi prazeroso e instigante elaborar o mapa dialógico de cada roda de conversa e constatar como os diálogos assumem lugares e diferentes sentidos.

Os mapas dialógicos não possuem a pretensão de exclusividade das falas em torno de uma única categoria produzida. Portanto, uma mesma fala pode ter condições de pertencimento em mais de uma categoria e isso não se configura como um problema. Os mapas são dinâmicos e modificam à medida que sua produção ocorre e aos avanços da análise. Assim, parte das falas pertence a mais de uma das categorias criadas, como se o discurso fosse indivisível. As categorias são movimentos necessários permitindo posicionamentos diversos do pesquisador sobre as falas que permitem ouvir o que as vozes falam em seus detalhes, pois detalhar é proporcionar realces sobre elementos que poderiam passar despercebidos.

Um dos Mapas Dialógicos, o da UBS 1, como ilustração de sua produção, encontra-se disponível no APÊNDICE C e não identifica nem a UBS, nem os participantes da pesquisa. Para facilitar a diferenciação e citação das UBS no decorrer da análise, as definimos de forma bem simples, ou seja: UBS 1, UBS 2, UBS 3 e UBS 4. Durante a construção dos mapas, foi utilizado costumeiramente, o modo *visualização de impressão* do Word, no nível de 30% e movimentado o cursor para observar o movimento das falas categorizadas e delimitadas por cada coluna, visando analisar onde

a conversa se prolongou ou foi passageira. Esse exercício possibilitou que, algumas vezes, as falas migrassem de uma categoria ou subcategoria para outra, à medida que a familiarização com a leitura ia propiciando uma maior apropriação das falas. Para Spink e Menegon (2000) as categorias como práticas discursivas

[...] estão tão presentes nas falas do cotidiano que não nos damos conta de sua existência [...] são estratégias linguísticas delineadas para conversar, explicar, organizar e dar sentido ao mundo, cujas especificidades estão vinculadas ao contexto que as produzem (p. 79).

Spink e Menegon (2000) citam Derek Edwards (1991) no intuito de esclarecerem a diferença entre a concepção de categorização da abordagem discursiva e a da abordagem cognitiva, em que a primeira considera a conversa e os textos como “formas sociais de ação e não como representações de cognições pré-formadas, mesmo quando reconhecido o papel da cultura” (p. 80). Para a segunda abordagem, as categorias são consideradas como evidências de algo *a priori*, “subordinadas aos processos e estruturas de conhecimento” (Ibid., p. 80).

Nessa pesquisa, foram estabelecidas três categorias de repertórios, criadas com base na concepção da abordagem discursiva, ou seja, surgidas e situadas no contexto da pesquisa e da experiência vivenciada pelos preceptores com o PET-Saúde I e II. As categorias emergiram à medida que foram sendo efetuadas as transcrições literais das rodas de conversa, denotando o movimento dinâmico do processo dialógico. Das três categorias elencadas – DCN, PNH, PET-Saúde - a terceira necessitou ser dividida em cinco subcategorias: Processo, Preceptor e Estudante, Preceptor e Tutor, Preceptor sobre Si Próprio e Serviço e Academia (relações). A seguir, a breve descrição elaborada para cada uma delas.

1. DCN – São as falas preconizadas pelas DCN’s para a área de saúde, principalmente nos aspectos que dizem respeito às diretrizes gerais para a educação dos profissionais de saúde no século XXI e as orientações veiculadas na convocação efetuada pelo MEC/SESu, por meio do Edital nº04/97, ressaltando aqueles elementos que, em função dos objetivos do PET-Saúde poderiam ser exercitadas pelos estudantes. São eles: *Habilidades e Competências* do egresso, a saber: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente; *Princípios* que devem reger os PPC’s dos cursos da área da saúde; e, por fim, sobre os *Conteúdos Comuns* tais como: técnicas de comunicação e relacionamento pessoal, gerenciamento das ações de saúde, processo saúde-doença, das condições de

vida e do perfil epidemiológico da população, desenvolvimento de habilidades e mudança de atitudes que possibilitem o exercício profissional baseado nos princípios da ética e da bioética.

2. PNH – são as falas sobre o que preconiza a Política Nacional de Humanização e o que se entende como Humanização, tendo como base o documento HumanizaSUS (BRASIL, 2004b; 2008a), com destaque para: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

3. PET-Saúde – São as falas relativas ao Programa a respeito dos seguintes aspectos: a) *Processo* - falas sobre a operacionalização das ações do PET e as maneiras como as atividades foram organizadas, facilitando ou não o cumprimento e desenvolvimento do projeto e das tarefas programadas; b) *Preceptor e Estudante* - falas sobre a relação entre o preceptor e os estudantes, que trazem a ideia dos benefícios, dificuldades, descobertas vislumbradas por um e/ou outro nos convívios e experiências durante a formação em saúde, mesmo em situações que não se refiram diretamente ao PET-Saúde; c) *Preceptor e Tutor* - falas sobre a relação entre preceptor e tutor que apresentam as ideias dos benefícios, dificuldades e descobertas vislumbradas por um e/ou outro no convívio e experiências da formação em saúde; d) *Preceptor Sobre Si Próprio* - falas sobre a história profissional do preceptor, destacando as situações que explicitam as razões de ser ou ter sido preceptor do PET-Saúde; e) *Serviço e Academia* - falas gerais ou específicas sobre a academia, experiências, capacitações e outros trabalhos efetuados, contribuições ou omissões da academia ou do serviço na questão da integração ensino e serviço, críticas, elogios, sugestões sobre os modos de fazer das instituições acadêmicas e dos serviços.

Durante as rodas de conversa, constataram-se as múltiplas possibilidades que as pessoas possuem de vivenciar e falar sobre suas experiências, a partir de elementos estimuladores aparentemente comuns a todas elas. Essa variabilidade também nos leva a refletir que, no processo formativo dos cursos de graduação da área da saúde,

quase sempre não levamos em consideração essa multiplicidade de modos de ver, lidar e produzir a realidade quando estamos em contato com os estudantes, para os quais temos um programa central – o Projeto Político Pedagógico do Curso – por meio de metodologias ainda transmissionais e pouco interativas. Para superar esse impasse, as recentes metodologias pedagógicas tais como a problematização e a aprendizagem baseada em problemas estimulam a oferta de múltiplos caminhos para se lidar com as situações de ensino, mostrando que mesmo os protocolos recomendados para a ação, necessitam de ajustes a depender das variáveis apresentadas pelas situações e as pessoas nela inseridas:

Problematizar, na nossa compreensão, significa formular o problema (uma questão, uma afirmação ou uma negação) a partir de fatos observados, por percebê-los como realmente problemáticos, Inquietantes, Instigantes ou Inadequados. A problematização é relativa ao grupo, ao modo como o grupo olha a realidade, a partir dos conceitos e valores que possui, confrontados com o que observam, resultando num entendimento específico dessa situação, naquele momento (BERBEL, 1995, p. 14).

Por meio dos mapas dialógicos identifica-se significativa variabilidade quanto à apreensão e vivência de uma situação aparentemente igual para todos: o PET-Saúde/Saúde da Família. Para as quatro UBS, ele produziu concepções e efeitos diferentes, principalmente no concernente às dificuldades de operacionalizá-lo. A seguir, apresentam-se breves sínteses do que constam nos mapas dialógicos das UBS.

No Mapa Dialógico da UBS 1 (APÊNDICE C), em geral, o PET-Saúde foi considerado positivamente. O grupo de preceptores considerou o Programa como uma continuidade bem sucedida do Pró-Saúde, que não privilegiava a interdisciplinaridade como o PET-Saúde o fez. As falas de alguns dos preceptores indicaram que o estímulo à produção científica suscitada pelo Programa foi um dos grandes fatores de impacto positivo entre eles, embora tenham considerado que poderiam ter sido mais bem preparados pela Universidade, para dar conta dessa tarefa. Quanto a esse posicionamento, o grupo se dividiu, uns achando que por não terem sido preparados devidamente para lidar e conduzir pesquisas, elaboração de artigos científicos, apresentações em eventos científicos, sobrecarregou-os individualmente. Outros viram a sobrecarga como decorrência da não redução das metas estabelecidas pela SMS de Maceió. Enquanto os preceptores abordavam essa questão na roda de conversa, foi se evidenciando que, embora falassem de dificuldades, não havia atitudes de rejeição ou irritação com o que havia sido experienciado, mesmo não tendo logrado êxito quanto a concluir o que foi planejado. Estavam sim, naquele momento, compartilhando suas

(con)vivências a partir do novo desafio que havia sido posto: o de realizar o trabalho esperado deles e, ao mesmo tempo, produzir ciência a partir dele, tornando-se, também, aprendizes e pesquisadores de seu próprio processo de trabalho. Apesar dos impactos vivenciados em sua rotina diária, os preceptores da UBS 1 veem os estudantes como elementos de incentivo para estudar, escrever, pesquisar. Um deles mencionou que a ação profissional é solitária e a presença dos estudantes propiciou interação e discussões sobre o trabalho. As principais queixas com relação à Universidade foi a de que ela prometeu abrir espaços diferenciados de qualificação do grupo de preceptores, principalmente através do Mestrado Profissionalizante e, na fala deles, não cumpriu a promessa. Outra queixa foi com relação à dificuldade de programar tarefas comuns aos grupos de estudantes, fossem de grupos específicos ou mistos, em função da diversidade de horários das rotinas destes. O grupo de preceptores pareceu articular-se com facilidade e, como trabalham juntos há muitos anos, desenvolveram atitudes de cooperação e leveza em suas interações. Dentre os membros do grupo estava um dos tutores do curso de Medicina, que exerceu duplo papel no PET-Saúde – tutor e preceptor – por também ser professor do curso na UFAL.

No Mapa Dialógico da UBS 2, a experiência dos três preceptores mostrou que vivenciaram com o PET-Saúde momentos bem diferentes dos descritos nas demais UBS pesquisadas. Sobre lidar com estudantes, as falas ressaltaram, repetidas vezes, comentários positivos sobre suas presenças na Unidade e sobre a importância de ajudá-los a conhecerem o trabalho prático em saúde pública. Também não se duvidou da importância do PET-Saúde, mas sim da intermediação da Universidade em sua execução. Principalmente o PET-Saúde II foi o mais comentado, face aos inúmeros problemas causados pelos estudantes do curso de Medicina que foram selecionados para o Programa e que, por alguma razão, que não ficou clara, não compareciam às UBS para as quais foram destinados, inclusive continuando a receber mensalmente suas bolsas. E a UBS 2 foi uma das que vivenciou esse problema. Como o PET-Saúde II produziu a ideia dos *grupos mistos* de estudantes, com o intuito de estimular a interdisciplinaridade na área da saúde, a conduta dos estudantes de Medicina acendeu as luzes para o curso, acarretando perplexidade e descontentamento entre os preceptores da própria área. A preceptora da Medicina pertencente à UBS 2 lamentou enfaticamente a conduta dos estudantes, atribuindo à Universidade a responsabilidade por não ter resolvido a situação em tempo hábil (os estudantes foram desligados do Programa após um ano de vínculo ao mesmo). Externou-se nas falas dela e das demais, a visão de que a

Universidade usa as Unidades de Saúde para fins de estágio, pesquisa, dentre outros e, ao conseguir seu intento, ausenta-se da parceria porque não acompanha os estudantes, deixando-os ao encargo da UBS e seus preceptores. Nessa UBS, a parceria com a Universidade ficou desgastada a partir de repetidas situações que significaram, para os preceptores, descompromisso, morosidade ou desinteresse para efetivar algumas ações do Programa, a exemplo da situação dos estudantes de Medicina, das longas e frequentes reuniões com diferentes objetivos, que não se fechavam as conclusões e não se clarificava os encaminhamentos. Foi destacado ainda, o pouco respaldo dados aos preceptores nas atividades que exigiam maior preparação destes, bem como o respectivo acompanhamento de tutores, a exemplo da realização dos grupos mistos. Também foi ressaltada a dificuldade provocada pela variação de horários dos estudantes como elemento dificultador de planejamento de ações conjuntas dos cursos. Das quatro UBS pesquisadas, esta foi a que apresentou uma situação em que, por alguma razão, o conjunto das dificuldades vivenciadas produziu tensões e desgastes na parceria ensino-serviço maiores do que as demais, e ao que parece, não somente com a universidade, mas dentro da própria UBS. Foi dito textualmente que não existe integração entre ensino e serviço e que estamos longe de alcançá-la. Das preceptoras presentes, apenas uma permaneceu no PET-Saúde 2012, chamado de PROPET.

No Mapa Dialógico da UBS 3, o contexto incentivado pelo PET-Saúde/Saúde da Família e vivido pelos preceptores foi bem diferente do relato feito sobre a UBS 2. Ficaram como lembranças e marcas do Programa, situações de ganhos positivos a partir da presença dos estudantes, que revitalizou o grupo como um todo, grupo esse que, no decorrer das falas, demonstrou possuir *a priori*, um relacionamento profissional caracterizado pela união, solidariedade e amor ao que fazem. Nesta UBS parece que o PET-Saúde/Saúde da Família, ao oferecer as diretrizes e ações educativas próprias do Programa, potencializou nesses preceptores, o empenho, o ânimo e o desenvolvimento do trabalho conjunto. O Controle Social, o cuidado em desenvolver práticas humanizadas com usuários e profissionais, bem como experienciar os grupos mistos foram as atividades mais bem exploradas na UBS. As pesquisas incentivadas pelo Programa não avançaram. A fala sobre a aproximação entre a universidade e os serviços de saúde orienta-se para maior contribuição e superação das dificuldades atualmente existentes. Os preceptores se colocaram como grandes beneficiados pela oportunidade de voltar a estudar, se reciclarem e estarem sendo mobilizados para fazerem coisas novas junto com os estudantes. O estudante foi visto como o elemento

que trouxe desafios diversos e provocou emoções diversas - admiração, satisfação, inquietação, tensão, alegria, solidariedade - pelo fato de ter trazido o novo e o diferente para dentro da UBS, incentivando o grupo a buscar novas possibilidades de conhecer e superar os obstáculos que sempre surgem nos modos de fazer o trabalho. As críticas em relação à universidade referiram-se ao problema da diversificação dos horários dos estudantes, e a tornar o PET-Saúde um programa acessível para todos os alunos e não apenas para alguns.

No Mapa Dialógico da UBS 4, a roda de conversa com os preceptores foi marcada por descobertas de singularidades e excepcionalidades das vivências possíveis entre ensino e serviço. À semelhança dos grupos de preceptores das UBS 1 e 3, os preceptores da UBS 4 demonstraram um significativo apreço pela parceria com a universidade, reconhecendo inclusive, que nos idos dos anos 1990, foi firmado compromisso com o governo municipal de receberem estudantes dos cursos da área da saúde da UFAL nas UBS dos VI e VII Distritos Sanitários de Maceió. As falas dos preceptores foram extensamente usadas para relatar a luta empreendida por eles desde o Pró-Saúde, para superar as inúmeras dificuldades vivenciadas com a falta de condições de trabalho da UBS e a burocracia municipal para equipar e abastecer a Unidade com os recursos recebidos do Programa. À época do PET-Saúde/Saúde da Família I e II, o grupo ainda enfrentava dificuldades com a gestão administrativa da UBS, por se posicionarem a favor de encaminhamentos técnico-administrativos condizentes com a Estratégia de Saúde da Família. Nesse cenário, o grupo optou em trabalhar com o PET-Saúde, o Eixo do Controle Social e, ao que mencionaram em suas falas, foram bem sucedidos. Durante a roda de conversa, evidenciou-se o orgulho dos preceptores por terem lutado por aquilo que acreditaram a despeito das perseguições que sofreram e que ocasionaram, além de constrangimentos diversos no dia a dia do trabalho, o afastamento de uma das preceptoras para outro espaço da Prefeitura, porque havia se tornado inviável permanecer na Unidade. A UBS 4 foi também uma das Unidades de Saúde que se defrontou com fortes reações do corpo técnico-administrativo ao fato da bolsa do PET-Saúde/Saúde da Família ser apenas para os preceptores. Foi necessário criar momentos de diálogos entre toda a equipe e a coordenação do Programa na universidade, para que os profissionais compreendessem os limites financeiros da proposta do Ministério da Saúde e, mesmo sem terem conseguido êxito absoluto nesse diálogo, contornaram a situação, criando condições para o Programa ter continuidade.

7.2 Elaboração e Análise dos Repertórios Linguísticos

Conforme já especificado anteriormente, a construção dos repertórios linguísticos baseou-se fundamentalmente nos referenciais da análise das práticas discursivas e produção de sentidos de Spink (2000; 2004). Spink (2004, p. 46) define repertórios como “os termos, conceitos, lugares-comuns e figuras de linguagem que demarcam o rol de possibilidades da construção de sentidos”.

Para Wetherell e Potter (1996):

Os repertórios podem ser considerados como os elementos essenciais que os participantes usam para construir versões das ações, processos cognitivos e outros fenômenos. Qualquer repertório interpretativo específico consiste de um leque restrito de termos usados de forma estilística e gramatical específica. Normalmente, estas condições são obtidas a partir de uma ou mais metáfora-chave, e a presença de um repertório é muitas vezes marcada por certos dados de fala ou de linguagem figurada (p. 3).

Portanto, os repertórios linguísticos são as expressões, palavras, vocábulos, frases, figuras de linguagem que os falantes usam para as conversas, produzindo sentidos a partir dos mesmos. Para Wetherell e Potter (1996) são a unidade básica de análise do discurso. Nessa pesquisa, os repertórios linguísticos foram feitos e refeitos inúmeras vezes, em função da quantidade de informações produzidas através das falas dos preceptores do PET-Saúde/Saúde da Família, nos levando a vivenciar a complexidade de uso do referencial das práticas discursivas, que em sua constituição focaliza os discursos e falas em suas dinâmicas e movimentos (dialogia), e nos repertórios linguísticos (conteúdos) que, juntos, produzem a comunicação em um contexto específico (SPINK, 2004). Spink (Ibid.) e Menegon (2000), apoiadas nos estudos de Bakhtin, fazem um destaque sobre o uso dos elementos das práticas discursivas por em ação o processo de interanimação dialógica, ressaltando que:

a palavra tem pelo menos três dimensões: a palavra neutra da linguagem (dicionarizada); a palavra do outro que é cheia de ecos dos enunciados dos outros e a minha palavra, usada num plano de fala específico (ou seja, como eu a utilizo). É esse jogo entre as três dimensões de fala que Bakhtin vai chamar de *interanimação dialógica* (SPINK, 2004, p. 42).

Foram estabelecidos três passos principais para a construção dos repertórios: o primeiro passo consistiu em analisar cada uma das colunas que compuseram as categorias e subcategorias, para identificar palavras, frases, expressões marcantes, agrupando-as logo em seguida; o segundo passo consistiu na nomeação desses conjuntos de sentidos, e por fim, no terceiro passo, se efetuou destaques sobre o que

chamou a atenção em cada conjunto de sentidos e em que estes respondiam aos objetivos da pesquisa. De forma esclarecedora, Wetherell e Potter (1996) diz que “este processo não consiste em seguir regras e receitas, mas sim guiar-se pela intuição e esquemas interpretativos preliminares que talvez tenham que ser abandonados e revisados várias vezes” (p. 6).

Além disso, há movimento e dinamismo nos enunciados, ou seja, existem falas semelhantes, que aparecem em diferentes contextos, demonstrando que, por vezes, estas não podem ser limitadas por uma única categoria ou subcategoria dos Mapas Dialógicos.

Os repertórios linguísticos produzidos a partir dos Mapas Dialógicos constam, na íntegra, do APÊNDICE D. A análise dos repertórios, a seguir, foi dividida em duas etapas: a primeira contém a apresentação, de forma geral, dos conjuntos de sentidos formados para cada categoria e subcategoria definidas nos Mapas Dialógicos, lembrando que as categorias são DCN, PNH e PET-Saúde; esta última se subdivide em cinco subcategorias: preceptor e estudante, preceptor e tutor, preceptor sobre si próprio, processo e serviço/academia.

Na segunda etapa, foram priorizados os conjuntos de sentidos mais articulados aos objetivos da pesquisa, que em síntese, se voltaram a compreender as relações ensino-serviço a partir das falas dos preceptores do PET-Saúde/Saúde da Família, identificando os aspectos que se aproximam ou se distanciam dos parâmetros das DCN, PNH e do próprio Programa, bem como analisar as contribuições do Programa para a integração entre ensino e serviço. Com base nessa imagem-objetivo, foram selecionados os seguintes conjuntos de sentidos: a) Formação em Saúde; b) Pós-Graduação/Produção Científica, com destaque para a análise sobre Pesquisa; c) Interdisciplinaridade; d) Fomento da Autonomia e do Protagonismo dos Sujeitos; e) Valorização dos Sujeitos implicados no processo de produção de saúde; f) Preceptoría como trabalho de Ensino em Saúde; g) e, por fim, Relações entre Academia e Serviço.

7.2.1 Repertório Linguístico sobre as DCN

Compõem esse repertório os seguintes conjuntos de sentidos: Perfil dos Egressos, Práticas/Experiências, Formação em Saúde, Pós-Graduação/Produção Científica, Interdisciplinaridade e Relações Serviço/Academia.

Sobre o conjunto de sentidos denominado *Perfil dos Egressos*, foram identificados repertórios que se alternaram para apresentar como são vistos os cursos da

área de saúde e a influência que exercem na maneira como os estudantes são vistos, tais como: “estudantes de Odontologia que saem da faculdade preparados para consultório particular e não para o serviço público”; “(Enfermagem), sempre foi voltada para a saúde pública”; “(Medicina), cada um deve estar em seu quadrado e acham que têm uma formação totalmente diferenciada”. O repertório trouxe também o fato de que “os estudantes agradecem aos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde não somente porque ingressaram em pós-graduações, mas, também por terem obtido trabalho em empresas cobiçadas, tais como Unimed e SESC”.

Os realces efetuados nos perfis formativos dos estudantes, que passaram pelo PET-Saúde, reproduzem a lógica de cada uma das áreas de graduação em saúde citadas, em que são mantidas as relações de poder ampliadas para o programa como um todo, apresentando falas apenas para os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia. Também nos chamou a atenção o fato de terem sido citadas apenas duas organizações do setor privado como referências de oportunidades de trabalho, que nos fala da limitação de ofertas de mercado de trabalho para os profissionais de saúde.

O conjunto de sentidos sobre as *Práticas/Experiências* ressaltaram que os estudantes obtiveram “conhecimento da realidade do SUS, do funcionamento de uma Unidade de Saúde”, participaram de projeto de extensão denominado “Saúde na Mão, Capoeira no Pé” em parceria com a escola, fizeram “contato com a comunidade, lideranças, associações de moradores, a própria sala de espera, participação em grupos de gestantes, idosos, diabéticos, hipertensos e em atividades de promoção à saúde, a exemplo da oficina de Geração, Trabalho e Renda, nos grupos mistos e específicos de Enfermagem, Serviço Social, Odonto e Psicologia”; “Articulação de Arte, Cultura e Saúde foi um diferencial”; “Enfermagem: Treinamento sobre o SAECIPE, procedimentos inovadores no atendimento a paciente”. As ações voltadas para o avanço do Controle Social foram consideradas como “algo novo na história da Unidade” e a presença dos estudantes ajudou que a UBS se valesse de estratégias com um escopo maior de ação. Estudantes também tiveram a oportunidade de “acompanhar de reuniões do Conselho Municipal de Saúde”. Para os preceptores, a prática tem sido importante “antes mesmo de se ver a teoria, para quando chegar nesta, o estudante fluir melhor”; “Os estudantes de Medicina foram os que mais tiveram dificuldades de se inserir no grupo misto e exercitar o cuidado integral”.

Evidenciou-se que as práticas desenvolvidas através do Programa foram (e são) orientadas para a Atenção Primária à Saúde, ações promocionais à saúde e práticas

importantes, vinculadas a procedimentos técnicos. Durante as rodas de conversa, as falas sobre as práticas e experiências ofertadas para os estudantes foram citadas pelos preceptores com o entusiasmo e a desenvoltura de quem é detentor dos saberes investidos da atividade de trabalho, que são os saberes sob seu domínio, adquiridos através de suas experiências com a realização das tarefas do dia a dia, como define a Ergologia (SCHWARTZ, 2000; 2004; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007), indicando também comprometimento com o trabalho em saúde pública.

No entanto, Schwartz (2010) pondera sobre a questão de a experiência ser formadora ou não, quando diz:

Interrogar-se sobre a função formadora da experiência remete, ao menos previamente, a um duplo problema: o que é a *experiência*? De que falamos? Formar quem? Qual é a pessoa que vislumbramos, quando dizemos que a experiência forma? Formar a pessoa que *faz* experiência ou formar aqueles que não têm essa experiência? E formar para fazer o que? [...] Por exemplo, a experiência forma as pessoas nas situações de trabalho e as conduz, digamos, a ser mais *eficazes*? É um primeiro sentido. A experiência é formadora (desde que tenhamos condição de poder refletir sobre ela) pela contribuição que traria à formação profissional e a formação contínua? É um segundo sentido. Para que a questão do papel formador da experiência tenha um sentido, é preciso que levantemos uma oposição e uma continuidade, uma possibilidade de articulação entre, de um lado o que poderia ser saberes, conhecimentos, no polo, digamos, mais formal, acadêmico, que podem se transmitir pelos conceitos, e em seguida algo que tenha igualmente a dimensão de um saber, do lado da experiência, mas que não teria o mesmo estatuto. Preciso, portanto, poder chegar a definições que preservariam esses dois polos dos conceitos de experiência, de formação, de competência (p. 36).

As reflexões de Schwartz nos fazem refletir sobre como teria sido importante que o PET-Saúde conhecesse e tivesse como acionar o Dispositivo Dinâmico a Três Polos (DD3P) para planejar, executar e avaliar as práticas ofertadas aos estudantes nas UBS, proporcionando aos tutores e preceptores discutirem em conjunto essas ações, mediante o diálogo entre os saberes constituídos (acadêmicos, formais) dos tutores, e os saberes investidos (adquiridos na prática do trabalho) dos preceptores, mediados pelo interesse em produzir uma formação e um trabalho em saúde pautados pelos valores importantes para a concretização do SUS, tais como a humanização e a integralidade do cuidado.

Pelas falas dos preceptores, o contato destes com os tutores se deu, nitidamente, através de reuniões para assimilar o desenho do Programa, planejar atividades, apresentar o que foi cumprido ou não dos cronogramas agendados, acompanhar frequências de estudantes, entregar relatórios, dentre outras, conforme aparece nos repertórios sobre as relações entre preceptores, tutores e estudantes. A

expressão comum que surgiu em quase todos os repertórios sobre “Reuniões em excesso”, aparenta ser um indicativo de que as reuniões aconteceram mais para dar conta de problemas e obstáculos referentes ao gerenciamento e operacionalização em geral do Programa, do que para discutir as práticas e experiências realizadas. O Relatório final do PET-Saúde/Saúde da Família (UFAL, 2012a), de certo modo, confirma esse uso do tempo destinado ao Programa, para resolver problemas administrativos, financeiros e de infraestrutura.

[...] a implementação do Pró-Saúde II demanda articulação administrativa das instâncias da universidade que estão envolvidas com: as questões pedagógicas implicadas nos cursos de graduação e na extensão neles pressuposta; a gestão de recursos (financeiro, estrutura-física, pessoal etc). Significa dizer que as decisões viabilizadoras da implementação não estão restritas ao trabalho direto dos docentes responsáveis pela execução da proposta/programa [...] ao retomar objetivos, estratégias e resultados esperados (projeto Pró-Saúde II submetido ao Ministério da Saúde) e suas articulações com o PET-Saúde II, avaliou-se que pouco se avançou. Desde sua aprovação em 2007 e a partir das dificuldades que se sucederam nos anos seguintes (período destinado a sua implementação), os docentes efetuaram várias reprogramações sobre atividades e cronogramas na tentativa de contornar os entraves vividos (p. 5-6).

Os demais conjuntos de sentidos que fazem parte do repertório das DCN, a saber, Formação em Saúde, Pesquisa, Relações Serviço/Academia e Interdisciplinaridade serão analisados com os conjuntos de sentidos sob a mesma denominação e surgidos nos demais repertórios do PET-Saúde.

7.2.2 Repertório Linguístico sobre a PNH

Esse repertório foi composto de dois grandes conjuntos de sentidos: o de Fomento da Autonomia e do Protagonismo dos Sujeitos e Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, que fazem parte das concepções constantes no marco teórico da PNH (BRASIL, 2008a).

A PNH é uma inflexão do SUS para dar conta de problemas e dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores quanto à valorização de seu trabalho e de si próprio, bem como dos usuários do Sistema que necessitam ser acolhidos, informados e atendidos quanto às suas necessidades, na perspectiva da integralidade em saúde. É uma política complexa, que assume para si o cuidado integral à saúde e a tríplice inclusão: de usuários, gestores e trabalhadores da saúde.

Para humanizar práticas de gestão e de cuidado, bem como as práticas pedagógicas, a PNH propõe que se incluam os diferentes sujeitos que participam desde suas singularidades no planejamento, implementação e avaliação dos processos de produção de saúde e de formação do trabalhador de saúde [...] A inclusão tem o propósito de produzir novos sujeitos capazes de ampliar suas redes de comunicação, alterando as fronteiras dos saberes e dos territórios de poder; e de conectar suas práticas de produção de saúde ao campo da gestão, pois aquelas derivam das condições institucionais que definem os modos de funcionamento da organização, tarefa da gestão (PASCHE; PASSOS, 2010, p. 7-8).

Como se pode verificar, o PET-Saúde/Saúde da Família através de seus dispositivos de desenvolver pesquisas voltadas para as necessidades de saúde da população, aproximar e integrar os campos da formação e do trabalho em saúde e incentivar a interdisciplinaridade através dos grupos mistos, age assentado nos fundamentos da PNH, referendando a inclusão, o acolhimento, o diálogo, o trabalho em conjunto, as concepções da clínica ampliada.

No segundo momento da análise dos repertórios (conforme explicitado anteriormente), os dois conjuntos de sentidos pertencentes a este repertório serão analisados mais detalhadamente no item denominado Análise dos Repertórios por Meio dos Conjuntos de Sentidos.

7.2.3 Repertórios Linguísticos sobre o PET-Saúde

7.2.3.1 Subcategorias: Preceptor e Estudante / Preceptor e Tutor / Preceptor sobre Si Próprio

Essas subcategorias apresentaram os seguintes conjuntos de sentidos: Estudante, Tutor, Ser Preceptor, Formação em Saúde e Preceptoria como Trabalho de Ensino em Saúde.

O conjunto de sentidos sobre o *Estudante* mostrou que os estudantes representaram incentivo para ler, estudar, escrever, pesquisar, atualizar-se, representando também aprendizado pela renovação, criatividade, talento, vitalidade dos alunos: “É uma coisa que mexe com a gente, com o ego da gente. É o sangue novo que entra e a gente fica até muito comovido”; “A profissão da gente é meio solitária. Com os alunos a gente interage, discute”; “Não ficar só naquela mesmice, trabalhando, esquecendo de procurar novos horizontes”. As falas sobre as ocorrências com os alunos de Medicina denotaram ora preocupação, ora indignação (principalmente dos próprios preceptores de Medicina), acerca das ausências dos estudantes nos grupos mistos, por

vezes nunca terem comparecido às UBS, recebimento de bolsa sem trabalhar, pouco envolvimento com os usuários e profissionais, efetuando atendimento por obrigação: “Cheios de direito, chegam achando que o espaço é dele e não do outro”; “não apresentam interesse de fazer pesquisa com a comunidade, vêm forçado porque é um posto que trabalha os dois horários”; “é uma briga”; “não gostam da atenção básica, porque não aprendem na universidade”; “Entraram direto na Residência e passaram em concurso”; “traziam questões sobre a relação teoria-prática nas reuniões do Serviço Social e da Psicologia, no estágio e nas matérias específicas do estágio”.

O conjunto de sentidos sobre o *Tutor* apresentou as dificuldades do começo do Programa: “tudo muito solto no começo”; “construção”; “várias reuniões antes de receber alunos para decidir como selecionar alunos, períodos, treinamento”. Também ressaltou a presença e ausência das ações de acompanhamento e controle do tutor: preocupação em documentar, escrever, interesse em saber como o trabalho está se desenvolvendo, o que os alunos estão fazendo, solicitação de frequência de alunos, das atividades diárias desenvolvidas no trabalho, muita cobrança de relatório, reuniões quinzenais para saber como estava a prática, dificuldades, produção de manual sobre como ser preceptor: “não tem cronograma de trabalho da preceptoria”; “cada um faz a seu bel prazer e faz do seu jeito”; “nunca se juntou pra se fazer. Faz tempo que se pede isso”. Sobre a existência ou não de interação profissional com o tutor: “o tutor chegou junto”; “desgastou-se muito, viveu esses Programas”; “nunca apareceu”; “foi várias vezes, mas no grupo misto”; “cadê o tutor?”; “não acompanhou”; “falta de comparecimento por falta de tempo”; “não foi na UBS, mesmo sendo convidada”; “a contribuição hoje, para o serviço, é quase nenhuma”. Sobre as Reuniões: “improdutivas”; “cansativas”; “excessivas”.

O conjunto de sentidos sobre o tutor mostrou as contradições de uma função que, segundo o repertório acima, se fez presente para alguns e ausente para outros, sendo a referência da ausência para os tutores que não pertenciam à área profissional de quem estava falando, à exceção da Medicina, para a qual houve unanimidade sobre a não participação no Programa. As três primeiras falas a seguir podem ser visualizadas no APÊNDICE C (Mapa Dialógico UBS 1, p.40).

(fala da Enfermagem): Nessa fala do M1, eu ia comentar uma coisa mas como ele já tinha falado... que realmente ele não deu conta quando era tutor, de ir a duas unidades... Porque lá na nossa Unidade, a gente conhecia dois tutores: da medicina, que era o M1 e o de enfermagem. Porque o do Serviço Social a gente conhece em reunião. Ela nunca apareceu.

(fala do Serviço Social): *Ela foi várias vezes lá em baixo.*

(fala da Enfermagem) *Mas em grupo misto [...] O de Odonto também. Ela pode ter ido especificamente à Unidade, mas só... [...] Interessante que O1 perguntasse ‘cadê o seu tutor?’, o de psicologia ‘cadê o seu tutor?’.*

Eu senti falta de mais preceptores na Unidade. Por exemplo, só falando dos tutores, eu senti mais falta. A gente não deixou de caminhar, mas poderia ter sido mais rico. (Mapa Dialógico UBS 4, p.24-25).

O conjunto de sentidos sobre *Ser Preceptor* mostrou os significados, na maioria das vezes, positivos da participação na função: “identifiquei-me”; “experiência interessante”; “gradativa”; “desafiadora”; “motivadora”; “maravilhosa”; “crescemos muito”; “ganho coletivo”; “não vi como difícil”; “foi escolha”; “outro olhar para minha experiência”; “quero estar sempre dentro dos projetos, junto da universidade”. Apresentou, também, a decepção em forma de irritação com os alunos de Medicina: “não posso forçar ninguém”; “pra que tá com um aluno que tá se sentindo obrigado?”; “não tenho mais estímulo nenhum pra tá com o aluno nessa Unidade”. Falas sobre o gosto pelo que fazem dentro da ESF: “proporcionar aos alunos o que não teve: a visão da ESF”; “outra maneira de ver a saúde, mostrar o paciente como um todo, integral”. Gosto pelo trabalho com alunos, “interesse pelo Controle Social desde o estágio curricular em escola, juntando professores”.

Os conjuntos de sentidos sobre “Formação em Saúde” e “Preceptoria como Trabalho de Ensino em Saúde” serão analisados mais detalhadamente adiante.

7.2.3.2 Subcategoria: Processo

O conjunto de sentidos sobre a subcategoria do PET-Saúde - *Processo* – abrangeu as falas sobre o PET I, PET II e o PROPET 2012¹¹, a Formação em Saúde, a Preceptoria como trabalho de Ensino em Saúde, Pesquisas e a Relação entre Serviço e Academia.

Sobre o *PET I*, o destaque do repertório foi para o sentido “Grupos maiores por curso”, como se no primeiro ano do Programa, essa condição tivesse superado as expectativas dos preceptores. Sobre o *PET II*, ressaltam-se os repertórios sobre os grupos mistos: “alunos se misturavam com outros cursos”; “não aconteceu”; “difícil de conciliar”; a característica de ser um “trabalho multiprofissional e não interdisciplinar”;

¹¹ PET I (2009), PET II (2010 e 2011) e PROPET (2012) são os Programas vinculados ao PET-Saúde e Pró-Saúde. PROPET é a sigla que designa os programas Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) e PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde).

“cursos trabalhando separadamente, em grupos mistos ‘individuais’, e sobre os grupos específicos, em que os preceptores trabalhavam com alunos dos próprios cursos”.

Sobre o PROPET (2012), foi visto como “correção de rumos”: haverá “desligamento por faltas”; “a gente está com aluno da enfermagem, medicina, nutrição, serviço social, farmácia, essa multidisciplinaridade”. Foi considerado como novidade: “preceptor de alunos de outros cursos”; “uma coisa só”; “o eixo de Promoção em Saúde”; “a preceptora da Medicina não se sentiu à vontade e nem segura para trabalhar com alunos de outro curso”. Falas sobre os três subprojetos do Programa: Controle Social, Vigilância em Saúde e Drogas: “cada UBS escolhe o que quer trabalhar segundo as necessidades da comunidade”; Vigilância em Saúde: doenças crônicas, transmissíveis e não transmissíveis; Controle Social: Conselho Gestor - fortalecer a integração.

Os demais conjuntos de sentidos surgidos nessa subcategoria - Formação em Saúde, Preceptoria como trabalho de Ensino em Saúde, Pesquisas e a Relação entre Serviço e Academia - serão analisados no próximo item.

7.2.3.3 Subcategoria: Serviço e Academia

Os conjuntos de sentidos que fazem parte dessa subcategoria são: Pró-Saúde, PET-Saúde, PROPET, Pós-graduação/Produção Científica, Preceptoria como Trabalho de Ensino em Saúde e Formação em Saúde. Conforme já informado, serão analisados a seguir, apenas os três primeiros conjuntos de sentidos citados acima, pelo fato de os demais fazerem parte da análise mais detalhada a ser apresentada no próximo item.

O conjunto de sentidos sobre o *Pró-Saúde* apresentou duas vertentes de falas: uma, que abordou a resistência inicial ao Programa, tanto por parte do serviço, quanto por parte da academia, e a outra que destaca os aspectos positivos do Programa. A primeira, os repertórios mencionam que: “no início, obrigatoriedade em ser preceptora: ou aceitava ou pedia transferência da UBS”; “preparação como se fosse uma lavagem de candidato político e treinamentos burocráticos”; “ninguém era professor, nem tinha recebido aluno”; “foi uma imposição e nos sentimos desvalorizadas como profissional após 10 anos na UBS”; “professores não aceitaram a proposta, não quiseram ir pro campo, como tutor”; “precisava fazer um monte de adequação”; “profissionais, apesar de serem da ESF, só mudaram de lugar”; “saíram do consultório do hospital, pro consultório na Unidade”; “veio mesmo pra desafiar porque teve muitos problemas”; “questionamentos pra receber os alunos”. Na segunda vertente, os

repertórios se referem a: “foi tudo que tem de bom”; “a Universidade deu a contrapartida; “na época, todo mundo achou o Pró-Saúde a solução de todos os problemas que a Secretaria não dava conta”; “veio com outra perspectiva, de recursos, tinha mais dinheiro”; “veio com um monte de coisa boa pra Unidade”; “a gente se beneficiou demais”. Alguns sentidos não fazem parte dessas duas vertentes apresentadas, porque apenas expressam constatações interessantes. São eles: “não visava a interdisciplinaridade”; “teve que arrumar as Unidades que não tinham espaço físico, tensiômetro”.

Os conjuntos de sentidos sobre o PET-SAÚDE trouxeram as perturbações ocorridas nos grupos das UBS sobre o fato de as bolsas do Programa terem sido previstas apenas para os preceptores: “antes da introdução do PET- Saúde, ninguém recebia bolsa”; “recebia-se o aluno sem receber incentivo financeiro”; “nós já ficamos antes com as enfermeiras que estavam se formando, independente do valor do PET”; “crítica dos outros cursos porque usamos as bolsas do PET-Saúde também para a preceptoria do Pró-Saúde”; “os que não recebiam, não estavam motivados para estarem em debates, discussões e a universidade: tinha que ter chegado mais, ainda mais”; “distanciamento da Universidade”; “é como se ela precisasse aprimorar essa aproximação”; “mas percebo que existe esse sentimento de que há necessidade”; “quase me comeram viva porque eu não disse quanto era a bolsa, foi assustador naquela época”; “não houve integração como deveria”; “Unidades tiraram o PET por conta de boicote”; “o PET foi uma luta”; “teve boicote e represália”; “distanciamento prejudicial, principalmente de usuários e trabalhadores”.

Outros sentidos se referiram a questões que podem ser foco de melhorias do Programa no futuro: “em 2009, não teve nenhuma apresentação oficial”; “se é um projeto de formação, ele tem que ser amplo, pra todos, encarou-se o PET como se fosse um PIBIC”; “mobilização da UBS: ficou ao encargo nosso”; “Nossas vozes já estavam, cansadas, saturadas nos ouvidos deles (demais profissionais das UBS)”; “a gente não conseguia levar os usuários pras discussões, pros seminários, pros debates que aconteciam na universidade”.

Outros sentidos expressaram a imagem positiva do Programa: “fraçãozinha do Pró-Saúde”; “veio pra aproximar os profissionais”.

O conjunto de sentidos sobre o PROPET/2012 apresentou as impressões sobre o que vai ocorrer no futuro com o Programa que estava iniciando: “tentativa do MS de institucionalizar o PET como mecanismo de ensino”; “se for coisa curricular a

Universidade deve dar meios”; “solução que a Universidade encontrou pra agradar gregos e troianos”; “a universidade tá num caminho maravilhoso: formar cidadãos para interagir no local onde tem mais necessidades de saúde”; “o trabalho integrado que a gente vinha fazendo, toda sexta, reunião do grupo misto, aquela coisa, não tem mais. Se chegar aluno a gente recebe. Não deixa de atender, não”.

8. ANÁLISE DOS REPERTÓRIOS POR MEIO DOS CONJUNTOS DE SENTIDOS

Essa segunda etapa da análise dos repertórios linguísticos se caracterizou por efetuar uma busca em todos os repertórios daqueles conjuntos de sentidos que não se submeteram aos limites das categorias, chamando a atenção para a presença intensa nas falas dos preceptores e também porque se aproximam dos objetivos da pesquisa realizada. Esses conjuntos de sentidos são: a) Formação em Saúde; b) Pós-Graduação/Produção Científica, com destaque sobre a Pesquisa; c) Interdisciplinaridade; d) Fomento da Autonomia e do Protagonismo dos Sujeitos; e) Valorização dos Sujeitos implicados no processo de produção de saúde; f) Preceptoria como Trabalho de Ensino em Saúde; g) e, por fim, Relações entre Academia e Serviço.

8.1 Formação em Saúde

O conjunto de sentidos sobre a *Formação em Saúde* transpassou as categorias dos repertórios das DCN e PET-Saúde, este último nas subcategorias sobre Preceptor e Estudante, Preceptor e Tutor, Preceptor sobre si próprio e Serviço e Academia, trazendo inúmeros sentidos sobre os cursos de graduação da área de saúde. (APÊNDICE D).

Falas e expressões referindo-se à formação superior em saúde, de modo geral, disseram: “aprendizado bem melhor do que antes”; “mudou a relação ensino-serviço”; “Isso, sim, foi um marco muito forte”; “A Universidade começou a chegar junto, a introduzir projetos, abrir campos de estágio na capital, a fazer toda essa avaliação”.

Enfermagem: “antes, igual pra todo mundo, a gente só atendia ali na universidade, fechadinha, ouvindo muita transmissão, aquele método de estudar pra passar”; “não era uma relação muito boa porque não ouvia o outro”; “nenhuma preocupação de escrever, sistematizar pra publicar”; “antes do PET, trabalhava no estilo tradicional”.

Apareceram repertórios sobre as características consideradas identificadoras da formação: “sensível à participação da comunidade”; “a história do curso é de tá junto, saber do que o outro tá precisando, isso é muito forte no curso”; “prepara para atuar na assistência, administração e docência”. Outros repertórios mostraram os avanços dos estudantes sob a responsabilidade da preceptoria de Enfermagem: “aluna disse para a professora: aprendi mais com a enfermeira da Unidade do que com a

professora”; “fazem visitas, acompanham a gente, trazem novidades, fazem palestras sobre hanseníase, tuberculose, coisa que só se via quase no final do curso”.

Farmácia: dificuldade quando chegou na Unidade, de explicar ao paciente o que era uma reação alérgica, de falar o que causava mal, não havia contato com o paciente, e principalmente com o serviço público.

Medicina: “antes, alunos mais interessados, de três turmas para cá, total desinteresse”; “Tenho um pé no serviço de saúde e um pé na universidade”.

Odontologia: “antes, era mais a parte curativa, não existia estágio em campo”; “muito fechada”; “não procurava essa questão de Saúde Pública”; “hoje, tem mais estágios na Unidade e um mês no interior”; “ainda bem que os alunos de hoje estão mudando, estão vendo a questão do social, da saúde pública”. As pós-graduações (especializações em Saúde Pública e Vigilância em Saúde) abriram os horizontes e a cabeça, satisfação com a apresentação do próprio trabalho na Mostra de Experiências Exitosas em Saúde.

Psicologia: “pensar a clínica ampliada e acolhimento coletivo”.

Serviço Social: “Serviço Social tem essa vantagem e desvantagem: conhece tudo, mas se não se aprofundar, não dá conta de nada”; “necessidade de trabalhar com a população, com o Controle Social, fazer a população pensar”.

Sobre o conhecimento das DCN’s e os Projetos Pedagógicos de Curso (PPCs), os repertórios indicaram que, em geral, há “desconhecimento dos projetos pedagógicos (matriz curricular, parte mais pedagógica, formal)”; o Serviço Social mencionou que houve “um papo sobre a proposta pedagógica atual, as novas diretrizes”; a Enfermagem acredita que (o preceptor) faz parte da formação do aluno, mas “bem na integração dele com o serviço profissional”; “participei da reformulação do projeto pedagógico do curso de Enfermagem, por conta das exigências do Pró-Saúde”; “eu nunca li o projeto da Enfermagem que vai para o Ministério”. Outros, ao dizerem que desconheciam os PPCs expressaram-se: “acho que a gente tem que fazer parte”; “o que estamos fazendo é ensino em saúde”; “necessidade de planejar e fazer reflexões críticas sobre a ESF, junto com os alunos e com os demais profissionais”. Também expressaram que conhecer os PPCs é responsabilidade dos tutores e não dos preceptores, embora considerem que devem fazer parte dessa discussão: “fico com o Pró-Saúde no 5º ano e nunca me mostraram a grade”; “a gente fica com aluno do 8º período já há um bom tempo e eu que fico perguntando aos alunos como é que está o currículo”; “na Medicina, já faz parte da grade ficar três meses nas Unidades de Saúde, os outros cursos

ainda não têm isso, acho que eles estão vendo isso pra depois implantar”; “acho que com o PET eles estão fazendo uma experiência”; “estou por dentro da formação com a construção dos diários de campo dos alunos”.

Esses repertórios apresentam contradições e incompletudes sobre a formação em saúde, que estarão sempre presentes na sociedade, em parte pela sua amplitude e complexidade, em parte pelas preocupações que abrangem esses dois campos estruturantes - educação e trabalho - pelo fato de terem sido poucas as oportunidades de agirem em conjunto, de forma sistemática, principalmente no que se refere ao avanço dos diálogos necessários aos campos. Os repertórios sobre a formação em saúde, quando entrecruzados com os objetivos do PET-Saúde, constantes da Portaria, nº 421/2010, que define no art.4º, incisos II, III e IV, indicam que estamos distantes de alcançar esses objetivos.

II - estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação; III - desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar; IV - contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde (BRASIL, 2010).

Entre o que está exposto no extrato acima da Portaria Interministerial do PET-Saúde (BRASIL, 2010) como objetivos do Programa e o que foi falado pelos preceptores, os três anos de PET-Saúde na UFAL demonstraram que foi uma conquista de preceptores, tutores e estudantes, “estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior” e “contribuir para a implementação das DCN’s dos cursos de graduação da área da saúde”. Porém, não se conseguiu estimular as formações em saúde “orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação”, como descreve o inciso II (Ibid.), nem desenvolver os grupos interdisciplinares, conforme sugere o inciso III (Ibid.). As pesquisas que envolviam os diversos cursos não foram concluídas e os preceptores também não chegaram a conhecer as DCN’s de seus cursos e dos demais, nem tampouco os PPCs. Então, como se pode contar com a contribuição deles para avançar e consolidar a implementação das DCNs, como descreve o inciso IV? (Ibid.).

Esses comentários não pretendem diminuir o valor do que foi e está sendo sedimentado através do PET-Saúde na UFAL, mas não se deve deixar de ter clareza que ainda se tem um longo caminho à frente, para ser trilhado por preceptores, tutores e estudantes e suas respectivas instituições – Universidade/cursos e Secretaria Municipal de Saúde/UBS - empenhadas em ajudar a tornar possível essa caminhada, ouvindo e dialogando sobre necessidades, recursos e potencialidades do processo e sempre que possível, resolvendo os empecilhos indicados.

Carvalho e Ceccim (2006) afirmam que:

Os processos de inserção dos profissionais de saúde no SUS variam a depender da profissão. No entanto, os olhares sobre o SUS não diferem muito. Na visão dos gestores, os profissionais que procuram o SUS como espaço de trabalho não têm formação adequada, acusando de descompromisso a universidade para com o Sistema. Na visão dos docentes, os estudantes não têm acesso às aprendizagens adequadas na rede própria do SUS por seu sucateamento de área física e escassez de recursos assistenciais. Para os docentes, as Unidades Básicas de Saúde são um espaço difícil de trabalhar porque a demanda é variada, não dirigida e dispersa. Na concepção dos estudantes, elas praticam a integralidade, têm dificuldade em agregar equipes multiprofissionais e em estabelecer diálogo entre diferentes profissionais. Para reverter esse quadro, faz-se necessário qualificar as instâncias locais; descobrir e investir por suas potencialidades; valorizar a formação multiprofissional e as capacidades específicas de cada profissão, sem aprisionamentos; investir na aprendizagem a partir de valores partilhados e desenvolver a capacidade de crítica, autoanálise e autogestão, com vistas a construir outros modos de aprender, de aprender a aprender, de aprender no trabalho e de trabalhar na saúde (p. 160-161).

Corroborando com os autores anteriores, Bernardes (2007), afirma que “o uso da perspectiva dialógica na formação em saúde garante espaços de potencialização da relação entre as pessoas. De nós mesmos, mas também do outro, com quem trabalhamos e nos relacionamos” (p. 124-125). Parece ainda faltar diálogo entre preceptores, tutores, estudantes e instâncias envolvidas no PET-Saúde para reescrever a lógica do fazer desenfreado para alcançar metas, sejam do ensino, sejam do serviço. O próprio SUS já possui espaços de diálogo constituídos formalmente através de dispositivos humanizadores e formativos, tais como os Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) e a Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) que se vincula ao Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST).

A ideia da CAP, por exemplo, tem ascendência direta da ideia surgida na França, na metade da década de 1960, baseada na necessidade dos trabalhadores de alternar seu tempo diário entre se vincularem a projetos de formação continuada ou trabalharem nas empresas, questão descrita por Schwartz (2000), como “problema ao

mesmo tempo pedagógico, social e filosófico, que parecia proveniente de uma dificuldade de articulação entre estes dois universos” (p. 38).

Schwartz (2000) aborda que, nessa época, o surgimento do conceito de “comunidade científica ampliada”, desenvolvido por Ivar Odone (médico italiano que trabalhava com sindicatos, operários, estudantes e profissionais diversos desde a segunda metade da década de 1960), possibilitou que se desenvolvesse uma “visão não mutilante do trabalho e trazer respostas ao profundo mal estar sentido em relação ao patrimônio ensinado e o patrimônio vivo das atividades de trabalho” (SCHWARTZ, 2000, p. 39).

Ainda segundo o autor (Ibid.), os trabalhadores nem se reconheciam no ensino universitário, nem a universidade enxergava as contribuições vindas das experiências profissionais dos trabalhadores. Daí, a “comunidade científica ampliada” ocupou-se de “compreender as transformações do trabalho, analisar os saberes, os laços coletivos, os valores, as contradições, as lutas, os sentimentos de insuficiências, um conjunto de elementos que não são considerados objetos de mutações bruscas” (Ibid., p. 39). Explicita ainda que o trabalho conjunto de pesquisadores e trabalhadores não transcorreu facilmente, tendo sido atravessado por inúmeras limitações e dificuldades, porém prosseguiu e gerou, por volta de 1993, outro conceito da ergologia, o dispositivo dinâmico a três polos (DD3P), dispositivo ergológico que:

dinamiza a relação entre o conhecimento científico e a experiência do trabalho, uma vez que os protagonistas do trabalho, os trabalhadores, necessitam dos conhecimentos produzidos pelas diversas disciplinas científicas para valorizar seus saberes situados na atividade e transformar suas condições de trabalho. E os saberes científicos somente conseguem desenvolver-se a partir das “forças de convocação”, isto é, das questões originadas no mundo do trabalho e que, muitas vezes, são desconhecidas pelos pesquisadores. O terceiro polo, aquele da ética, constitui-se na “liga” do dispositivo porque aborda a ética necessária à construção de relações de parcerias, fundamentada em uma filosofia da humanidade que vê o outro como seu semelhante (NEVES, 2010, p.2210).

Para finalizar, ressalta-se que as falas dos preceptores mostraram contradições e incompletudes de um caminho que ainda se inicia, porém estão carregadas de revitalizações produzidas principalmente pelos estudantes. As falas também evocaram uma questão que deve sempre nos acompanhar, ao participar de ações formativas, tanto dentro da academia como nos serviços de saúde, de que não estamos lidando com contextos simples. Ações programáticas e pragmáticas, em curtos ou médios espaços de tempo, não bastarão para modificar a realidade dos campos de educação superior e do trabalho em saúde.

8.2 Pós-Graduação/ Produção Científica (com destaques para a Pesquisa)

O conjunto de sentidos sobre a Pós-Graduação/Produção Científica, à semelhança da Formação em Saúde, também transpassou as categorias do repertório da DCN, PNH e PET-Saúde, surgindo nesta última, nas subcategorias sobre Processo e Serviço / Academia (APÊNDICE D).

Sobre a Pós-Graduação, as falas dos preceptores concentraram-se na exposição de reclamações acerca de promessas feitas pela Universidade: “ficou combinado que íamos receber alunos e ter em troca capacitação, especialização, mestrado, sair na frente, não concorrer com outros porque íamos ter pontuação maior”; “a única vantagem no Mestrado Profissional de Ensino em Saúde é no currículo, por ter recebido alunos e ter feito trabalhos com eles”; “concorremos com todo mundo”; “o Mestrado ia ser bom pra gente, ficamos esperando, não teve retorno da universidade”; “a Enfermagem não tem inscrição, seleção para Mestrado, podia abrir especialidade ou Mestrado somente para o pessoal do PET”. Em contraponto, surgiram falas, dizendo: “nas 1ª e 2ª turmas do Mestrado Profissional, foram aprovados preceptores de Medicina, Enfermagem e Odonto”; “pedidos de mais vagas”; “várias capacitações”; “capacitados para trabalhar com pesquisa”. Foram também apresentadas sugestões: “Tem dispositivos da universidade que poderiam ser utilizados para melhorar as nossas práticas pedagógicas em campo. Isso particularmente, eu sinto falta e engrandeceria nossa prática”; “o NUSP não chega junto, a não ser que a gente queira”. Referindo-se aos alunos comentaram: *Enfermagem*: “maioria aprovada em Residências e Mestrados”; *Serviço Social*: “aluna foi para o Mestrado”.

O repertório acima evidenciou a escassez de ofertas de pós-graduação para profissionais e estudantes da área de saúde no estado de Alagoas, a exemplo de Residências e Mestrados. A UFAL, por exemplo, oferece há vários anos, especializações para a área de saúde e Mestrados acadêmicos específicos em Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Enfermagem. Há o Mestrado Profissional de Ensino em Saúde e a Residência Multidisciplinar em Saúde, com poucas vagas ofertadas. Por conta desta escassez, firmou-se parceira entre a UFAL, a UNCISAL, a UFPB e a UFCG, com a FIOCRUZ para o desenvolvimento de Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública. Este programa é fundamental para qualificação em nível *Stricto Sensu* de profissionais em número suficiente, com excelência e produtividade acadêmica para gerar novos programas na Região.

O conjunto de sentidos *sobre a* Produção Científica se divide em três grupos de atividades: o primeiro deles se refere à elaboração/publicação de artigos: Serviço Social: “publicação de dois artigos”; “trabalho selecionado pelo Ministério da Saúde”; “elaboração de artigo a ser apresentado no Congresso Acadêmico da UFAL sobre o curso e experiência no PET-Saúde”. O segundo grupo de atividades remete à apresentação de trabalhos em eventos diversos: participações em Congressos específicos da Enfermagem, Farmácia, Odontologia, Medicina, na Mostra de Experiências Exitosas, Congresso Acadêmico da UFAL, apresentação de estudos de caso em seminário na Universidade.

Esse conjunto de sentidos também se apresentou acanhado, em contraste com a quantidade de trabalhos constante do Relatório Final PET-Saúde da UFAL/Campus Maceió (UFAL, 2012a, p. 23), que registrou a existência de 118 relatos de experiências apresentados em eventos locais, 27 em eventos regionais e nacionais, e um em evento internacional. Além disso, foram publicados, em periódicos nacionais indexados, sete artigos. Essa disparidade acerca do que foi dito sobre a produção científica pelos preceptores pesquisados e o que consta no citado Relatório pode ser, talvez, explicada através da fala de uma das preceptoras:

Eu acho que a gente fez muita coisa nesse PET II, mas foi pouco foi divulgado coletivamente. Foi divulgado no Congresso Acadêmico, mas quem tava lá ficou apenas com seu curso. As mesmas atividades eram socializadas com alunos de seus cursos específicos, ou naquela Mostra de Saúde da Família que tinha a apresentação de trabalhos e a gente ia participar como avaliadora e acontecia de ter alguns trabalhos diversificados (Mapa Dialógico UBS 4, p. 27-28).

A produção científica foi um dos conjuntos de sentidos que mais chamou a atenção, pois a leitura dos Relatórios do PET-Saúde da UFAL e o acompanhamento de reuniões com estudantes do Programa, provocaram reflexões sobre o que se poderia fazer para melhorar os níveis de comunicação interna do Programa, visando potencializar as práticas, as orientações e as discussões sobre atividades a serem desenvolvidas, através de formas de interação mais próximas entre os atores (estudantes, preceptores e tutores). É o foco em duas instâncias requeridas dos coletivos profissionais que são a comunicação e o trabalho em grupo, preferencialmente, interdisciplinar.

Schwartz e Durrive (2007) mostram as relações entre linguagem e trabalho não são simples, estão carregadas de concepções oriundas da visão taylorista que difundiu a ideia de que o trabalhador não tinha muito a dizer sobre seu próprio trabalho,

pois este já estaria dissecado e simplificado em registros formais, comuns ao trabalho prescrito. Retomando a fala, destacada anteriormente, em que a preceptora lamenta a pouca divulgação coletiva dos trabalhos produzidos dentro do próprio PET-Saúde, pode-se deduzir que o aparente acanhamento da produção científica do Programa, a partir dos comentários e falas gerais dos preceptores das UBS pesquisadas, não se confirma diante do que está apresentado nos relatórios e, também, pela fala da preceptora. Sobre essas formas de interpretação sobre o trabalho, Schwartz e Durrive (2007) refletem:

O modo de olhar para a atividade pode transformar muitas coisas nas situações de trabalho [...] os conceitos não antecipam tudo, é sempre necessário esse olhar sobre a atividade [...] fala-se de equipe e depois se percebe, na realidade, no próprio decorrer da atividade, não que o conceito de equipe seja falso, mas que é preciso retrabalhá-lo muito profundamente na dialética dos registros (p. 139-140).

Por outro caminho, o da educação implicada e libertadora, Gadotti (2009), diz que:

a prática coletiva é a fonte mais viva da teoria [...] trabalhar coletivamente não significa reunir um grupo de artigos e publicá-los como obra coletiva [...] em vez de colocar os temas que seriam de minha preferência, procuro receber os ‘temas geradores’ que nascem das preocupações imediatas e particulares desses grupos e caminhar do particular para uma teoria geral. Não é necessária nenhuma estratégia preliminar para isso. Necessita-se isto sim, de uma predisposição para ouvir, para sentir, para olhar nos olhos (p. 131-135).

São os cuidados recomendados por esses autores, no envolvimento com as práticas de trabalho de si e com as práticas de trabalho de outrem, englobando inevitavelmente as práticas languageiras¹², que deixa dúvidas se eles (os cuidados) foram praticados nesses três anos do Programa; ou se está vivenciando a ilusão de que há um trabalho coletivo, mediado por uma linguagem que não se presta atenção, apenas estarmos agrupados no/pelo PET-Saúde. Agrupados no próprio curso, agrupados aos outros cursos, agrupados aos profissionais de saúde.

O conjunto de sentidos sobre a *Pesquisa* como produção científica foi vasto, porém, vago, enquanto atividade que produz saber, curiosidade, inquietações e desdobramentos do que se pesquisa. As falas sobre ela se restringiram a nomear a

¹² Práticas languageiras, para Charlot (2004, p. 124), são o “uso da linguagem enquanto prática social, cultural, pessoal, em uma dada situação”.

pesquisa em andamento, ou interrompida, ou o nome do projeto e, logo em seguida, eram comentadas as dificuldades de pesquisar. “Pesquisas científicas sobre Qualidade de Vida e Mortalidade Infantil”; “pesquisa específica de cada curso”; “pesquisa sobre hipertensão (Farmácia), em fase de conclusão”; “pesquisa com família possuidora de histórico de desnutrição (Enfermagem)”; “projeto de pesquisa sobre Humanização, que não foi à frente porque o comitê de ética tava parado - não sei por que”. Sobre as dificuldades: “algumas não têm como ser concluídas”; “passam de um PET para outro”; “ausência de respostas sobre as pesquisas”; “nos mobilizamos naquela pesquisa, até hoje não teve resposta da universidade”; “sobrou pro PET II, o PET I pensou, mas não teve pernas suficientes pra fazer”; “pesquisa do grupo misto sobre Qualidade de Vida não concluída”. Uma das UBS referiu-se a “pesquisa sobre Mortalidade Infantil como proveitosa e concluída”. Outro repertório utilizado foi o de “orientar aluno em pesquisa científica sem ter preparo, com a cara e a coragem”.

Este repertório indica que as pesquisas desenvolvidas aparentaram ser uma atividade que necessitaria de maior grau de articulação entre a academia e o serviço. A atividade de pesquisar não faz parte até os dias atuais, do contexto dos serviços de saúde em geral e, talvez por isso, represente um dos dispositivos mais complexos da relação entre educação e trabalho. A seguir, um preceptor se pronunciou sobre a pesquisa dizendo que:

O aluno do PET foge um pouco da rotina. Aliás, eu ousaria dizer que ele foge totalmente da rotina [...] Isso exige que a gente tenha um esforço extra para lidar com a questão de horário, já que a gente tem nossos compromissos internos com a Unidade. E quando digo compromisso interno é compromisso com a produtividade. É por isso que eu digo: O aluno do Pró-Saúde e do internato é inserido na nossa produção, até porque ele está ali para aprender mais o lado técnico da profissão. O aluno do PET Saúde, a meu ver, como ele vai lá com o objetivo de fazer uma pesquisa, apesar de ser uma demanda da Unidade, o tempo tem que ser outro, a atenção tem que ser outra porque ela é totalmente extra ao nosso trabalho diário. Porque o nosso trabalho diário, infelizmente, não é voltado para pesquisa; apesar de a gente gerar dados fantásticos para a pesquisa, o trabalho não é voltado para isso (APÊNDICE C, Mapa Dialógico UBS 1, p. 24-25).

As falas sobre a pesquisa chamaram a atenção, na medida em que refletiram acerca do que acontece quando a tarefa não emerge como necessidade de um grupo específico e, quando esta, historicamente, não faz parte do contexto do qual se quer inseri-la. Gadotti (2009) explicita a importância de se ter outras maneiras de lidar com coletivos que se reúnem para trabalhar/pesquisar aspectos de interesse comum.

O destaque sobre as pesquisas não significa discordar do movimento do PET-Saúde, mas sim, refletir sobre práticas que representem novidades e se chocam com práticas ainda tayloristas do trabalho em saúde. Tais inserções necessitam mais tempo para surtir efeitos positivos e significativos para os locais onde ocorrem. Sabemos, também, que requerem constantes negociações e diálogos. Pesquisar não é uma tarefa pertencente ao mundo do trabalho por se considerar que representa perda de tempo, de ritmo e de alcance de metas, resultante de um século de crenças e uso da visão taylorista no trabalho, visão esta que tem como um de seus princípios centrais, o de que o trabalhador não precisa pensar sobre seu trabalho, apenas executá-lo.

O PET-Saúde, ao incentivar pesquisas sobre temáticas importantes para a saúde pública, tais como a Mortalidade Infantil e Qualidade de Vida, desenvolvidas com a tríplice participação de preceptores, tutores e estudantes, objetivou estimular os profissionais de saúde a se interessarem em obter respostas para os problemas de seu cotidiano, tornando-se parceiros da academia na geração de dados e informações.

A pouca efetividade apresentada em relação à proposta de desenvolvimento de pesquisas, quanto ao planejamento integrado e cumprimento de agendas dos cursos envolvidos, evidenciou-se nas falas que trouxeram dificuldades de operacionalização e finalização da tarefa que parece ter a ver com as dificuldades da academia e também do serviço, de não saberem trabalhar em conjunto, ao tentarem modificar padrões tayloristas (ainda difíceis de serem eliminados por conta do pouco exercício em fazê-lo), para executar uma das tarefas identificadoras mais do contexto acadêmico do que do contexto do trabalho: o ato de pesquisar. E também da falta de reconhecimento por parte do próprio MS e Secretarias de Saúde da necessidade e da potencialidade dos serviços e de seus sujeitos na produção de conhecimento científico. Nos mapas dialógicos e no repertório sobre produção científica, apresentado anteriormente, os preceptores falaram de capacitações insuficientes, reuniões improdutivas, agendamentos em aberto sobre o andamento das pesquisas, e que não sabem quando ou se vão ser concluídas.

As pesquisas realizadas por incentivo do PET-Saúde, com base nas demandas da comunidade da qual as UBS pesquisadas estão inseridas, assemelham-se à idéia da Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP), da qual já mencionamos como dispositivo adotado pela PNH com o objetivo de:

associar pesquisadores, profissionais e trabalhadores numa relação dinâmica e cooperativa de análise das situações de trabalho. De fato, essa relação de coanálise assume a perspectiva de que o outro possui um patrimônio

importante para a compreensão da atividade e será preciso colocar em debate, e em circulação as informações e percepções acerca da sua própria atividade (BOTECHIA, 2011, p. 41-42).

Mas qual a razão para a PNH definir as CAP's como dispositivo da política? Mori, Silva e Beck (2009) esclarecem que a PNH tem procurado estimular “agenciamentos coletivos concretos” que desenvolvam outros olhares e práticas sobre o trabalho, inovadores, singulares, que aprofundem o fazer dos cotidianos locais dos serviços de saúde, e, principalmente, se empenhem em (des)construir os modos de trabalho atualmente constituídos a partir da análise dos efeitos produzidos pelos processos de trabalho em sua própria saúde, transformando-os coletivamente.

Verifica-se a ação desses dois polos no PET-Saúde quando o que foi planejado antecipadamente para acontecer (“saber constituído, antecipado”), em termos de ações de pesquisa, por exemplo, decorreu diferentemente em cada uma das UBS pesquisadas, em função da variabilidade promovida por cada um dos contextos locais e próprios de cada uma das unidades, sendo essa variabilidade formada por resistências pessoais e grupais, dificuldades administrativas e gerenciais, dentre outras, produzindo ao final, vários resultados que demonstram a existência de atrasos dos prazos de conclusão das pesquisas planejadas, passando por dribles singulares das dificuldades encontradas, e até a suspensão definitiva da pesquisa por não considerá-la viável (saber investido, em aderência ao que ocorre no trabalho).

O nosso projeto de pesquisa foi até para o comitê de pesquisa e não foi à frente por que eu não sei o que aconteceu com o comitê [...] Até eles estão retomando essa questão do programa de pesquisa que é uma ‘coisa boa’ (Mapa Dialógico UBS 2, p. 13-14).

A gente se viu orientando aluno em pesquisa científica sem ter tanto preparo pra isso. Mas fez né? Com a cara e a coragem (APÊNDICE C, Mapa Dialógico, UBS 1, p. 18).

Charlot (2004) analisou a relação entre educação e trabalho e mostrou que, até o século XVIII, esses dois polos estiveram desligados nos estudos filosóficos e que essa dissociação era cabível posto que “há aqueles que trabalham com seus corpos e aqueles que se educam” (p. 10). Em seus estudos, essa separação entre educação e trabalho atravessou o movimento operário do século XIX, e parte de seus adeptos não queria a fábrica daquela época como um lugar de educação para seus filhos, posto que era vista como um lugar de produção da exploração patronal. No entanto:

A fração modernista da burguesia, cujo projeto era disciplinar o povo pela educação e não pelo fuzil, propôs ao movimento operário organizado

(sindicatos, partidos socialistas e comunistas) uma aliança em torno da escola do povo, contra os reacionários, essas facções da aristocracia e da burguesia que pensavam que é perigoso educar o povo [...] Esta escola do povo deveria estar organizada fora dos lugares de trabalho [...] Mas em troca, seria um lugar que possuiria um discurso positivo sobre o trabalho. O trabalho era ignorado como realidade, mas defendido como Valor (p. 12-13).

Ainda segundo Charlot (2004), a predominância do modelo da educação pela escola sobre o modelo da educação pelo trabalho se dava porque o segundo ainda não estava claro e, também não dava conta das transformações históricas do universo do trabalho. O século XX teve início e o trabalho e a educação continuaram a ser considerados como os principais valores de troca para uma boa vida, possíveis de abrirem possibilidades no mundo capitalista: através do trabalho, o acesso a ofertas de emprego; através da educação, o acesso a um diploma que abre possibilidades a melhores ofertas de trabalho. O diploma se transformou então, na “moeda educativa reconhecida no mercado de trabalho [...] O que desaparece, ou pelo menos permanece ocultado [...] é a educação como atividade, como produção de si” (p. 16). Esta passa a ser valor de troca e não valor de uso.

No século XXI tal perspectiva permanece, apesar de, segundo Charlot (2004), nos anos 1990 na França, o trabalho e a educação passam a ser pensados como atividades humanas, embora ainda se desenvolvendo separadamente. Nas UBS pesquisadas, não há espaço para o trabalho com pesquisa, pois ele faz parte do polo educação, e não do polo trabalho. Inserir a pesquisa, sem negociar tempos e recursos, inclusive de formação para a pesquisa, dos profissionais, tutores e estudantes que nela estão envolvidos, perpetuará o não cumprimento dos objetivos a serem alcançados. Essa negociação não é tarefa fácil, pois envolve a gestão dos serviços de saúde, nos níveis micro e macro. Por enquanto, a pesquisa é considerada atividade extra em relação ao trabalho diário.

As falas destacadas nessa análise do conjunto de sentidos sobre pesquisa, não apresentam rejeições ao ato de pesquisar. Porém, para desenvolver pesquisas nos serviços básicos de saúde, será preciso acionar o Dispositivo Dinâmico a Três Polos, para todos em conjunto e constantemente, planejar, acompanhar e compartilhar os empecilhos ao longo do caminho e encontrar soluções conjuntas para superá-los. É uma tarefa que necessita o fazer e o (re)fazer, refletindo e compreendendo sua complexidade, pois as mesmas atravessam os muros institucionais. Ai sim, talvez seja possível que, no

futuro, surjam novas exigências demandadas pelas redes de saúde (e não apenas pelos Ministérios), para os cursos, a partir destas experimentações.

8.3 Interdisciplinaridade

O destaque dado ao conjunto de sentidos sobre a Interdisciplinaridade, que faz parte da categoria DCN (APÊNDICE D), deve-se, em primeiro lugar, ao fato dela ser citada como uma condição estratégica para alcançar novos patamares na integração entre ensino e serviços na área de saúde, definida na Portaria nº 421/2010, art.4º, inciso III, referindo-se a um dos objetivos do PET-Saúde: “desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar” (BRASIL, 2010).

Os repertórios referentes à interdisciplinaridade foram: “o atendimento à gestante envolvendo Medicina, Farmácia, Psicologia, Serviço Social, cada um trabalhava a gestante ao seu modo”; “ver o lado de cada um se aprende muita coisa”; “alunos de vários cursos trabalhando em conjunto, pensando em um objetivo comum”; “cada um tem saberes específicos e ninguém domina tudo: isso é a coisa que o PET mais me ensinou”; “aquela coisa do médico chegar, solicitar o psicólogo, o psicólogo ir pro médico, sem aquelas muralhas que geralmente a pessoa tem. Essa geração tá tendo isso”; “trabalho integrado de atendimento à gestante sobre uso de drogas na gestação com a participação da assistente social e do psicólogo”; “uma dentista trabalhando a oficina de integração de Trabalho e Renda?”; “interdisciplinaridade e integralidade não é dividir”; “PET I: era muito separado ainda. Depois foi que eles começaram a misturar”; “essa mistura foi boa”; “PET II: Grupos Mistos, discussão mais rica”; “foi muito bom apesar de não ter avançado e da Medicina não ter participado”; “A gente fazia isso antes, mas não tinha essa constância de atividades, não se tinha essas pernas e braços para acompanhar com a gente”; “trabalho melhor, com mais qualidade, mais reflexão”; “alunos planejando, executando, avaliando, todos juntos”; “problemas e dificuldades discutidos conjuntamente e soluções construídas em conjunto”; “dificuldade de agregar todas as profissões”; “a universidade não cooperou na questão dos grupos mistos”; “horários difíceis para possibilitar a integralidade”; “a presença da medicina é muito importante, porque nós não tínhamos esse aluno vivenciando essas falas”.

O repertório sobre interdisciplinaridade foi produzido não somente para mostrar como aconteceu a convivência intercurso vivenciada pelos estudantes, mas,

também, para falar da convivência interprofissional vivenciada pelos preceptores. Chama a atenção o fato da interdisciplinaridade enquanto vivência de todos juntos, misturados, marcada por encontros, diálogos, trocas etc., mas, também, por momentos em que essa interdisciplinaridade é considerada “atendimento à gestante, cada um trabalhando a seu modo”, levando-nos a crer que interdisciplinaridade e multidisciplinaridade ainda são pouco distintas. Constituída por ações e atividades que atravessam fronteiras disciplinares: “Uma dentista trabalhando a oficina de geração de renda?”. Por outro lado, uma segunda questão, relativa às dificuldades do encontro, dos grupos mistos, do planejamento e pactuações conjuntas, das ausências. Consideramos a interdisciplinaridade, um aspecto central do PET-Saúde / Saúde da Família, pela inovação que ele através da definição dos grupos mistos. Ficou evidenciado, também, nesse repertório que o exercício da interdisciplinaridade somente ocorreu entre estudantes, ou entre estudantes e alguns preceptores, estando ausentes desse exercício, os tutores, o que nos faz imaginar se é por isso que o PROPET 2012 trouxe em suas definições que o tutor terá sob sua responsabilidade estudantes e preceptores de outros cursos que não os seus, levando-os a reconhecer suas dificuldades para lidar com a interdisciplinaridade.

Estou na expectativa de como vai ser esse novo formato PET porque embora já tenha trabalhado com alunos, só vou poder ficar com alunos de outros cursos e não da odontologia. Foi um pouco frustrante quando eu soube, mas vamos ver no que vai dar [...] Acho que é medo de sair do que eu já conhecia. É mais isso. Como eu já sabia como era antes e estava tudo sob meu controle, e agora eu vou viver uma coisa nova acho que foi meio frustrante só com relação a isso, mas eu já superei. (APÊNDICE C, Mapa Dialógico UBS 1, p. 6).

O primeiro (PET) era muito separado ainda. Medicina, Odonto. Depois foi que eles começaram a misturar. Essa mistura foi boa (Mapa Dialógico, UBS 4, p. 9-10).

A interdisciplinaridade tem sido vista como uma das principais vias da integralidade em saúde, pelo fato de, ao significar a articulação de saberes e o trabalho em equipe, envolvendo profissionais de formações diferenciadas na área de saúde, ampliando as possibilidades de ações que contemplem a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde (PEDUZZI, 2007).

Mas o que é a interdisciplinaridade? Para Leis (2005):

A tarefa de procurar definições “finais” para a interdisciplinaridade não seria algo propriamente interdisciplinar, senão disciplinar. Na medida em que não existe uma definição única possível para este conceito, senão muitas, tantas quantas sejam as experiências interdisciplinares em curso no campo do conhecimento, entendemos que se deva evitar procurar definições abstratas da

interdisciplinaridade [...] Num sentido profundo, a interdisciplinaridade é sempre uma reação alternativa à abordagem disciplinar normalizada (seja no ensino ou na pesquisa) dos diversos objetos de estudo. Existem sempre, portanto, varias reações interdisciplinares possíveis para um mesmo desafio do conhecimento (p. 5, grifo do autor).

Dessa maneira, para Leis (ibid.), o repertório em análise já pode expressar o movimento em si do exercício da interdisciplinaridade. O PET-Saúde / Saúde da Família através de sua investida em promover a formação de grupos mistos para trabalhar pesquisas sobre as necessidades de saúde da população e outras demandas identificadas pelo grupo de preceptores, estudantes e tutores, tem como finalidade viabilizar ações interdisciplinares durante a formação profissional. No conjunto de sentidos em discussão, identificou-se o uso de expressões variadas para indicar as vivências interdisciplinares: “ver o lado de cada um”; “estar interligado a outros profissionais”; “cada um tem saberes específicos”; “é uma mistura boa”.

Durante as rodas de conversa, a citação pelos preceptores das palavras interdisciplinaridade, multidisciplinaridade, mistura, surgiram inúmeras vezes para se comentar acerca dos grupos mistos e sua importância como experiência que produziu reflexões e práticas específicas, tais como: leituras de textos explorando as diferentes visões dos estudantes pertencentes a graduações diversas, planejamento e realização de atividades envolvendo os usuários das UBS pesquisadas, dentre outros.

O incentivo do Programa para consolidar práticas interdisciplinares continuou a ser parte das metas do PROPET UFAL 2012 (UFAL, 2012b), ainda em vigência, ao registrar a intenção de “criar núcleo interdisciplinar de excelência em pesquisa para apoio à produção e publicações [e promover] Seminários interdisciplinares para discussão de projetos exitosos e para proposição e submissão em editais de iniciação científica” (p. 4). No entanto, durante as rodas de conversa, as falas sobre os grupos mistos foram intercaladas com outras falas sobre a ausência dos tutores nessas experiências vividas pelos estudantes e preceptores. Os tutores têm as seguintes atribuições, descritas na Portaria Interministerial nº 421 / 2010, que institui o PET-Saúde (BRASIL, 2010), em seu artigo 5º, inciso II: “tutoria acadêmica destinada aos professores das IES integrantes do PET-Saúde que orientem as vivências em serviço e produzam ou orientem a produção de conhecimento relevante na área da saúde”.

A ausência dos tutores foi referida pelos preceptores como a não ida aos espaços das UBS onde ocorriam as práticas do PET-Saúde, tendo sido explicada por eles (preceptores), em algumas partes dos discursos, como sinalizações de excesso de

trabalho produzido pelas atividades acadêmicas dos docentes e pelo Programa em si. Em outros discursos, chamou a atenção uma fala ocorrida em uma UBS, assinalando como crítica à universidade o fato dos tutores não terem orientado como conduzir o grupo misto formado na UBS em questão:

A gente tinha, na UFAL, reuniões do grupo misto e isso foi diminuindo, diminuindo, cada vez mais. Tinha-se reunião do grupo específico dos cursos. Mas do grupo misto, não. Na verdade, a universidade não cooperou (Mapa Dialógico UBS 2, p. 9).

Possivelmente, esta fala surgiu pela expectativa dos tutores exercerem a atribuição de orientar as vivências no serviço conforme descrito na Portaria de criação do PET-Saúde (BRASIL, 2010). A partir desse ponto específico, tecemos algumas reflexões que auxiliem a compreender o contexto vivenciado pelos preceptores, estudantes e tutores do PET-Saúde para exercitarem a interdisciplinaridade, levando em consideração as falas dos preceptores que indicaram: a ausência dos tutores nas atividades desenvolvidas nas UBS; a sobrecarga dos preceptores por terem que lidar com estudantes, sem alteração de suas atividades como profissional de saúde; estudantes com dificuldades de horários em decorrência do não envolvimento dos cursos com o Programa. Pode-se aqui perguntar: qual a motivação existente para se vivenciar a interdisciplinaridade, com o acréscimo de novas atividades para os atores citados, requerendo disponibilidade, presença física e condições de desenvolvimento baseadas em compromissos políticos-institucionais ainda inexistentes?

Integração ensino-serviço e interdisciplinaridade representam questões que não são “novidades”, mas o são para aqueles que não a praticam, por requererem reflexões e mudanças baseadas nas dimensões interativa, intersubjetiva, objetiva, operacional e interinstitucional para produzirem novas maneiras de saber lidar com o trabalho em saúde.

Batista (2012), ao falar de educação interprofissional em saúde, questiona:

Os Cursos de Graduação em Saúde no Brasil têm se comprometido com o desenvolvimento de profissionais para o trabalho em equipe? Como preparar os estudantes para o trabalho na perspectiva da integralidade do cuidado? Como propiciar melhor conhecimento dos estudantes sobre as especificidades de diferentes profissões de saúde? Apesar de óbvias, estas preocupações não tem sido objeto de novas propostas de formação profissional no Brasil. É reconhecida a sua importância, mas mantém-se uma ênfase nos cursos em si, procurando-se estratégias de aprimoramento voltadas para uma visão de prática isolada das diferentes profissões. (p. 26).

Tais indagações de Batista (2012) remetem às reflexões de Lenoir e Sauvé (1998), de que para implementar a interdisciplinaridade como ação pedagógica não se

pode vê-la como independente do trabalho docente e da estrutura curricular. O PET-Saúde, os grupos mistos, têm sido as provocações necessárias para se atentar para a inexistência (ainda) dessa preparação para trabalhar a interdisciplinaridade, não apenas da parte dos estudantes, mas também dos preceptores e tutores.

A interdisciplinaridade se vincula a um formato de ensino existente há centenas de anos: o formato disciplinar. As abordagens da interdisciplinaridade possuem distinções basilares porque elegem diferentes fins, diferentes objetos de estudo, sistema de referência e formas de implementação também diferentes (LENOIR; HASNI, 2004; LENOIR; SAUVÉ, 1998).

Segundo Lenoir e Hasni (2004), a abordagem francófona, cunhada no privilégio da razão, destaca o significado do conhecimento disciplinar, a lógica racional, como o cerne da interdisciplinaridade, posto que é importante questionar este conhecimento, discuti-lo, antes de disponibilizá-lo para os cidadãos. Neste sentido, instruir-se é emancipar-se, libertar-se e isso somente é possível pelo cultivo da razão. Para esta abordagem, debater, questionar, problematizar, para compreender exaustivamente o significado das coisas torna-se prioridade. Dessa maneira:

a interdisciplinaridade (de tipo acadêmico, uma vez que é, essencialmente, uma aposta social e epistemológica da universidade) tem um caráter reflexivo e crítico, ou está orientada para um trabalho de unificação do conhecimento científico (no sentido de uma estruturação hierárquica das disciplinas, ou no sentido de uma superciência, uma metateoria ou metadisciplina), ou está dirigida para um trabalho de reflexão epistemológica sobre os saberes disciplinares que interatuam. Ao nível da escola, o debate se refere prioritariamente à pertinência das conexões entre os saberes disciplinares que são o objeto do ensino. De acordo com a lógica racional socialmente privilegiada, a questão do significado está no coração da perspectiva epistemológica e refere-se ao sistema de disciplinas científicas (p. 172-173).

A abordagem anglo-saxônica, por sua vez, considera que “educar equivale a implementar um duplo sentido: o da prática e o das relações humanas e sociais [...] A questão principal não é a de saber, nem a do significado [...] mas sim da funcionalidade, a do saber fazer” (LENOIR; HASNI, 2004, p. 173). Nesta abordagem, a interdisciplinaridade se baseia, principalmente, em buscar respostas operacionais para solucionar problemas de uma sociedade que acredita que a liberdade não está diretamente relacionada com os conhecimentos, mas sim com a capacidade de agir sobre o mundo. O saber tem que ser útil, operacional, e promover interações sociais (saber ser), pois a inter-relação com pessoas é importante. Além disso, a busca de significado, crucial para a abordagem francófona, não é requerida na busca pela funcionalidade da abordagem anglo-saxônica. Nesse caso, a interdisciplinaridade “não é

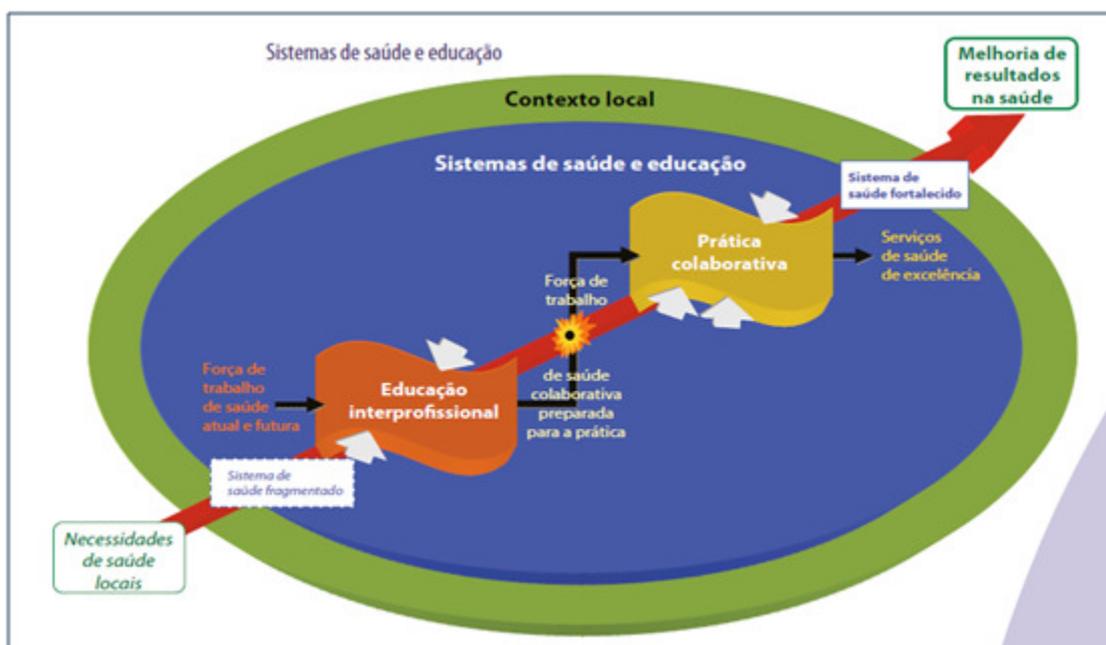
a finalidade do processo de ensino aprendizagem, mas apenas um meio considerado eficaz” (Ibid., p. 176).

A OMS publicou documento sobre Educação Profissional e Prática Colaborativa (2010) que foi considerado marco para essa questão, cujo objetivo é “fornecer estratégias e ideias que auxiliarão a educação interprofissional de saúde e a prática colaborativa que serão mais benéficas em sua própria jurisdição” (p. 9), pois os profissionais precisam ser mais preparados para o enfrentamento dos problemas de saúde que vêm se tornando cada vez mais complexos. Diz ainda que:

A educação interprofissional ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a efetiva colaboração e melhorar os resultados na saúde. Ao entender como trabalhar de forma interprofissional, os estudantes estão prontos para entrar no local de trabalho como membro da equipe de prática colaborativa (OMS, 2010, p. 10).

A descrição deste marco é fundamentalmente pragmática, funcional, por apresentar caminhos, mecanismos e definição dos possíveis atores a serem envolvidos para a qualificação dos profissionais. A Figura 4, abaixo, demonstra que a escolha pela abordagem anglo-saxônica sustenta a análise da interface dos sistemas de saúde e educação, nos quais a interdisciplinaridade é incentivada através de estratégias, condições para agir, conhecimento e um conjunto de atores, resultando em criar forças de trabalho preparadas para promover um sistema de saúde fortalecido.

Figura 4 - Sistemas de Saúde e Educação:



Fonte: OMS, 2010, p. 9.

A terceira abordagem referida por Lenoir e Hasni (2004) é a latino-americano-brasileira, que privilegia a lógica subjetiva, baseando-se numa perspectiva fenomenológica, que “põe em evidência o ator - principalmente o docente como vetor interdisciplinar - e está orientada para a subjetividade dos agentes, partes do cotidiano, e para sua intersubjetividade no plano metodológico” (p. 177). Para esses autores (ibid.) há uma diferença no “saber ser” nas abordagens anglo-saxônica e latino-americano-brasileira: na primeira, o “saber ser” é indispensavelmente acompanhado do “saber fazer”; na segunda, o “saber ser” busca mais a preocupação com as pessoas, com o seu crescimento.

Se a lógica francesa é orientada em direção ao saber e a lógica americana sobre o sujeito aprendiz, parece-me que a lógica brasileira é dirigida na direção do terceiro elemento construtivo do sistema pedagógico-didático, o docente em sua pessoa e em seu agir. A interdisciplinaridade centra-se na pessoa na qualidade de ser humano e procede, então, segundo uma abordagem fenomenológica (LENOIR, 2006, p. 15).

Fazenda (2008) cita Fourez (2001) para realçar que a concepção da interdisciplinaridade na formação interdisciplinar de professores possui duas ordens distintas, porém complementares: uma ordenação científica e, outra, de cunho social.

A científica nos conduziria à construção do que denominaríamos saberes interdisciplinares [...] Essa cientificidade, então originada das disciplinas ganha *status* de interdisciplina no momento em que obriga o professor a rever suas práticas e a redescobrir seus talentos, no momento em que ao movimento da disciplina seu próprio movimento for incorporado [...] A segunda, então denominada ordenação social, busca o desdobramento dos saberes científicos interdisciplinares às exigências sociais, políticas e econômicas. Tal concepção coloca em questão toda a separação entre a construção das ciências e a solicitação das sociedades [...] Estuda métodos de análise do mundo, em função das finalidades sociais, enfatiza os impasses vividos pelas disciplinas científicas em suas impossibilidades de sozinhas enfrentarem problemáticas complexas (p. 18-19).

Na formação profissional, Fazenda (2009), cita autores como Barbier (1996), Tardiff (1990) e Gauthier (1996) para efetuar a seguinte ponderação:

a interdisciplinaridade requer competências relativas às formas de intervenção solicitadas e às condições que concorreram ao seu melhor exercício [...] Neste caso, o desenvolvimento das competências necessárias requerem a conjugação de diferentes saberes disciplinares: saberes da experiência, saberes técnicos e saberes teóricos interagindo dinamicamente, sem nenhuma linearidade ou hierarquização que subjuguem os profissionais participantes (p. 28).

A partir das reflexões de Fazenda (2008; 2009), pode-se observar que a forma de interdisciplinaridade que vem sendo exigida pelo SUS, para embasar metodologicamente os novos formatos da formação em saúde no Brasil, fundamentam-

se na ordenação social que “tenta captar toda complexidade que constitui o real e a necessidade de levar em conta as interações que dele são constitutivas” (FAZENDA, 2008, p. 19).

A interdisciplinaridade também é importante para a efetivação dos princípios da Política Nacional de Humanização que destacam a necessidade de se fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional que incentive a construção de redes de cooperação comprometidas com a produção de saúde (BRASIL, 2004b). Os dispositivos defendidos pela PNH tais como o diálogo, a participação cada vez mais presente e ativa dos profissionais nas ações de saúde, são os mesmos dispositivos da interdisciplinaridade no trabalho em saúde, por serem estes os veículos que ampliam as possibilidades de mudança nas formas de organizar e realizar as ações do trabalho em saúde. Santos Filho, Barros e Gomes (2009), afirmam que, para a PNH, a reorganização dos processos de trabalho deve ser desenvolvida, “priorizando o modo de se discutir e articular essa (re)organização em equipe, e o ‘que fazer’ não pode suplantado o ‘como fazer’” (p. 607).

Os grupos mistos do PET-Saúde são exemplos sobre como, desde o processo de formação, as diferentes profissões de saúde podem sentar, conversar, planejar, estudar e construir juntas, maneiras sobre “como fazer” para redefinir “o que fazer” fragmentado que compõe o trabalho tradicional em saúde. Em duas das UBS pesquisadas, a atividade do PET evoluiu pouco porque faltaram condições ao processo, a exemplo dos compromissos institucionais da Universidade e da Prefeitura de Maceió que flexibilizassem regras tais como, por parte da primeira, os horários dos estudantes e, da segunda, as metas a serem cumpridas pelos preceptores do Programa:

Como a gente tentou no PET II fazer essa integração com o grupo misto, esta não aconteceu. Na realidade, virou um trabalho multiprofissional e não um trabalho interdisciplinar. Na realidade, agora a gente tá tentando avançar para o interdisciplinar (APÊNDICE C, Mapa Dialógico UBS 1, p. 11).

Tivemos muita dificuldade com horários e às vezes a gente não conseguia conciliar o grupo misto (APÊNDICE C, Mapa Dialógico UBS 1, p. 35).

O que foi que empacou da gente com o grupo misto? Foi exatamente a continuidade que a gente não teve com a universidade (Mapa Dialógico UBS 2, p. 13).

Nas outras duas UBS, os grupos mistos aconteceram, aparentemente, mais pelo esforço integrado dos preceptores da Unidade, do que por compromissos interinstitucionais efetuados. Ao identificar essas variações de ocorrências quanto à

viabilização dos grupos mistos incentivados pelo PET-Saúde, parece que a possibilidade de continuidade dessa atividade com a consecução de resultados mais próximos do esperado, pode necessitar de suportes estratégicos baseados em ideias e recomendações que vêm sendo divulgadas por autores tal como Campos (2011), que, em seus estudos sobre a ampliação e conjunção do saber e da prática em saúde, expressa que:

Os limites da racionalidade tecnológica ocorrem principalmente nas práticas sociais, em contextos em que a atividade ou o trabalho realiza-se mediante interação pessoal (intra, inter ou transpessoal). No campo das práticas sociais a relação linear entre saber e fazer tem a eficácia comprometida. Na maior parte dos contextos, a gestão e o trabalho em saúde necessitariam serem pensados como uma práxis [...] compartilhada, em todas as etapas do trabalho em saúde, entre profissionais e usuários. Cogestão do diagnóstico, dos projetos terapêuticos e de intervenção, análise interativa dos resultados, tanto com usuários como com pares (p. 3036; 3039).

Importante idealizador de ideias e tecnologias de cogestão compartilhada e de incentivo ao trabalho interdisciplinar em saúde, Campos (2007b) defende que é preciso alterar os processos de definição de tarefas e responsabilidades assumidas pelos trabalhadores, e apresenta alguns mecanismos como o de apoio institucional que, em rápido olhar, nos faz indagar: Esse dispositivo também funcionaria para o contexto da integração entre universidade e serviços de saúde, em um espaço de atuação circunscrito ao grupo misto do PET-Saúde, auxiliando, inicialmente, o coletivo formado por estudantes-preceptores-tutores a conseguirem ir além de suas preocupações com o trabalho já instituído? Podemos, também, chamar o grupo misto do PET-Saúde de um coletivo organizado? Considerando que estes podem se caracterizar como “agrupamentos que têm como objetivo e tarefa a produção de um bem ou serviço”? (Ibid., 2007b, p. 35).

O que é chamado aqui de trabalho instituído é o trabalho que, por vezes, parece se referir ao formalmente atribuído a essas três categorias, ou seja: aos estudantes do PET-Saúde, estudar, apresentar por escrito ou verbalmente o que lhe foi mandado produzir para angariar uma avaliação por nota ou conceito e ser aprovado no semestre ou ano de sua graduação; aos preceptores, receberem estudantes segundo o planejamento compartilhado, ou não, efetuado com a academia, apresentarem relatórios das atividades desenvolvidas que justifiquem as bolsas que recebem; aos tutores, efetuarem planejamento compartilhado com os preceptores, acompanhá-los quando possível através de reuniões e recebimento de relatórios. Se for isso, mesmo que nessas atividades estejam incluídas pesquisas, capacitações, elaboração de trabalhos científicos, estas parecem estar sendo praticadas sem a mediação do tempo e diálogo

necessário para refletir sobre a “coprodução” (ibid.) de novos (e velhos) profissionais de saúde e também professores.

Com relação à nossa tutora, a gente não tem o que reclamar [...] Chama a gente pra lá, pra questionar, conversar pra saber como é que tá as coisas, se tá funcionando. Fica ciente de tudo que tá acontecendo [...] Outra coisa! Ela cobrava muito relatório [...] A gente levava a frequência de cada aluno, das atividades diárias desenvolvidas no trabalho [...] O que o aluno fez, o que não fez. A frequência com tudo registrado, o diário de campo. A gente tinha por obrigação entregar mensalmente na mão dela (Mapa Dialógico UBS 2, p. 17 e 20).

Essa fala traz mais referências aos mecanismos de controle tradicionais da racionalidade gerencial hegemônica, do que aos pressupostos da coprodução de sujeitos e do trabalho e educação. Por isso, a ideia do apoio institucional como função estratégica proposta pela PNH para coletivos organizados, auxiliaria aos preceptores, estudantes e tutores envolvidos com o PET-Saúde, principalmente na atividade dos grupos mistos, quanto à manutenção do foco na construção de atitudes facilitadoras da interdisciplinaridade.

Ofertar suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança é tarefa primordial do apoio. Temos entendido que a função do apoio é chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações, porque o objeto de trabalho do apoiador é, sobretudo, o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir, em nosso caso, saúde. A diretriz do apoio institucional é a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Assim sendo, o apoiador deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações (BRASIL, 2008a, p. 53).

Esse apoiador institucional para atuar junto aos grupos mistos do PET-Saúde poderia ser escolhido a partir de seu conhecimento presumido com grupos (exemplo de apoio de lugar de um lugar de suposto saber) seja entre seus pares, seja externo a eles (CAMPOS, 2007b; OLIVEIRA, 2012).

Oliveira (2012) refere que foram feitas experiências na formação superior, de inclusão da figura do apoiador institucional, em cursos de especialização em Saúde da Família e Gestão e na graduação em Medicina, indicativas de que:

é possível inscrever na relação formador-trabalhador/gestor a metodologia do apoio. O modo de fazer do apoio adotado na formação, nas experiências citadas, mostrou-se muito adequado nos processos de ensino-aprendizagem em serviço, pois reduz a percepção de separação teoria-prática, constituindo-se em um processo mais coletivo de ampliação da capacidade de análise e de intervenção nas situações cotidianas, tendo efeito também sobre os trabalhadores e gestores que atuam nos mesmos serviços e equipes daquelas em que trabalham os formandos. (p. 227).

Oliveira (2012) alerta para o fato de que, mesmo sendo possível a efetivação dessa modalidade de apoiador institucional envolvendo os campos do ensino e do serviço, as mudanças propostas podem ser lentas, por estarem sujeitas a outras lógicas e valores diferentes e irão requerer acordos e negociações interinstitucionais que não podem ser dispensadas, pelo menos, até agora.

8.4 Fomento da Autonomia dos Sujeitos Implicados no Processo de Produção de Saúde

O conjunto de sentidos abaixo que faz parte do repertório da PNH (APÊNDICE D) destacou, principalmente, o protagonismo dos profissionais de saúde para desenvolver ações próprias do Controle Social.

Controle Social: “Ninguém quis participar, quando se colocou na prática, não houve continuidade”; “Foi votado por nós mesmos e depois ninguém quis fazer parte”; “É fácil reclamar”; “Serviço Social puxou mais para o Controle Social”; “Formação do Conselho comum a todos, apesar da dificuldade para dar posse. O Secretário não tava dando posse, tinha que aguardar e isso foi ficando espástico”; “Dificuldade de mobilizar a população a partir dessa desmobilização”; “Conselho Gestor: formado e ativo”; “Nós é que temos que avançar em outras áreas do controle social”; “Os frutos foram colhidos agora. Na eleição, votaram, aproximadamente, duzentas e cinquenta pessoas”; “Muito jogo de cintura”; “São comunidades que têm várias lideranças, têm várias associações, com objetivos às vezes não tão congruentes”; “Trabalho com os alunos do PET e líderes comunitários”; “Tudo foi pensado pela comunidade, pelos alunos e preceptores”; “Conselho Gestor - antes: formalmente organizado em livro ata; Necessidade e dificuldade de juntar a equipe. Depois: Quem toma conta da Unidade somos nós”; “Conquista do respeito por parte da direção atual, após muito trabalho”; “Conselho Gestor e Controle Social são únicos na Unidade”; “É fortalecimento” (Fórum de Defesa do SUS); “Participação da comunidade”; “Conselho Gestor fragilizado pela forma de participação de trabalhadores e da Gestão”; “Gosto pelo trabalho em equipe e descoberta do novo”; “Está no PSF quem quer realmente, quem tem predisposição para a coisa, senão não aguenta, não passa muito tempo”; “Os alunos e futuros profissionais não de lucrar com isso”; “Olhar uma situação por vários ângulos, é muito enriquecedor”; “Raros momentos por conta dos horários”; “Definição pelo eixo da Humanização”; “Visitas ao usuário”; “Grupos educativos”; “Uma coisa é pensar de cima pra baixo, outra coisa é construir coletivamente a ação”; “Conversas

com os colegas e Direção para o trabalho em parceria”; “Analisar o distanciamento entre Secretaria Municipal da Saúde e Universidade”; “Conversas sobre a criação de Fórum ou Conselho Gestor Permanente, com representações de preceptor, tutor, usuário e Secretaria de Saúde com o fim de discutir sobre dificuldades e soluções, rede de saúde, encaminhamentos”.

Esse conjunto de sentidos demonstra o protagonismo de preceptores e estudantes através do uso de palavras e vocábulos tais como: pesquisas, participação, parcerias, controle social, correria, descontinuidade, mobilização, desmobilização, enlouquecedor, equipe, jogo de cintura, comunidade, gestão, conversas com colegas, distanciamento, encaminhamentos, rede de saúde, soluções, dentre outras.

Também surgiu o destaque para o envolvimento dos preceptores e estudantes com o Controle Social, tanto em momentos de instalação e implementação de conselhos gestores, em que foram vivenciadas situações importantes para a formação ético-política dos estudantes, com desfechos bem distintos uns dos outros.

Como o eixo principal do grupo misto era a Qualidade de Vida, a pesquisa de QV estava dentro do eixo de Controle Social, e já que nossa comunidade, pela atuação de S2, tem um grupo de conselho gestor atuante, que não existia; então ela formou, ela ativou, ela mantém, ela subsidia o grupo do conselho gestor, nós é que temos que avançar em outras áreas do controle social (Mapa Dialógico UBS 3, p. 6).

Com relação aos adolescentes, a experiência foi bem exitosa, mas com relação ao controle social, eu acho que não foi tão exitosa [...] A gente conseguiu formar o Conselho [...] O segundo momento que era trabalhar esse controle social, não aconteceu [...] A gente marcou umas três ou quatro reuniões e simplesmente não apareceu ninguém (APÊNDICE C, Mapa UBS 1, p. 21-22).

Para Correia (2008):

A expressão ‘controle social’ tem sido alvo das discussões e práticas recentes de diversos segmentos da sociedade como sinônimo de participação social nas políticas públicas [...] A área da saúde foi pioneira neste processo devido à efervescência política que a caracterizou desde o final da década de 1970 e à organização do Movimento da Reforma Sanitária que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura com vistas à mudança do modelo ‘médico-assistencial privatista’ (Mendes, 1994) para um sistema nacional de saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade (p. 68-69).

Das quatro UBS pesquisadas, duas demonstraram estar implementando ações com vistas ao controle social e duas ainda se encontram em fase mais inicial, em face de questões que parecem ter a ver com o amadurecimento ético-político de gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde.

O fomento à autonomia dos sujeitos também pode ser pensado pela via da politicidade do cuidado, expressão usada por Pires (2005):

entender o cuidar no âmbito da centralidade do político que lhe define, onde a mesma proteção zelosa que lhe delineia pode se constituir tanto em mecanismo de dominação, quanto em instrumento da autonomia dos sujeitos, sejam esses profissionais, técnicos, gestores ou usuários [...] Aprofunda-se a idéia central de que a politicidade do cuidado - manejo da ajuda - poder capaz de subverter assimetrias, expresso pelo triângulo "conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar" - constitui-se uma referência teórico-metodológica para avaliar programas e políticas de saúde, contribuindo para o fortalecimento da autonomia de sujeitos (p. 572).

Em uma das UBS pesquisadas, a reflexão sobre a necessidade de discutir distinção entre um tipo de cuidado alienante, pueril, e um cuidado emancipatório foi apreendido pela preceptora para empreender mudanças na forma de orientar e fortalecer o controle social através do conselho gestor da UBS.

A direção era uma direção que organizava muito a Unidade, do ponto de vista físico [...] Embora fosse uma pessoa boa e organizada, não tinha uma visão de saúde mais ampliada, de integrar os profissionais [...] Era tudo muito organizadinho, parecia uma mini-Unimed [...] Eu via a necessidade de juntar a equipe. Aí olha o desafio [...] Na sala de espera, comecei ganhando os usuários [...] Tinha aqueles bem assíduos do grupo de hipertensos [...] diabéticos, eram os que eu tinha mais contato, pra ganhar espaço, juntá-los pra refletir sobre a Política Nacional de Saúde, a importância da gente ter um dia no mês pra se reunir pra ouvir as dificuldades que eles estavam encontrando, as propostas que eles queriam colocar, e aí fui ganhando também a direção, porque ela viu que era um trabalho legal, de ouvir o usuário, que ela já ouvia, mas era um ouvir na amizade, de acolher. Não tinha o encaminhamento de algumas propostas. E aí já fui mostrando como seria essa vivência dentro do Conselho Gestor (Mapa Dialógico UBS 4, p. 18-19).

Pires (2005) continua a esclarecer que,

entende-se cuidado como reconstrução da ajuda para fortalecimento da autonomia do outro (reconstruída na relação intersubjetiva do encontro), calcada em relações de poderes potencialmente subversivas que podem tanto oprimir, quanto (re)inaugurar possibilidades emancipatórias. A autonomia intrínseca dos sujeitos como potencial transformador, a historicidade e dinamicidade de uma realidade complexa e imprevisível, configuram a idéia da "politicidade do cuidado enquanto gestão inteligente da ajuda-poder". É precisamente pela politicidade que o cuidado pode se tornar emancipatório ou desconstrutor das próprias estruturas que o subjugam. Trata-se de redimensionar o cuidado como possibilidade ética da humanidade, viabilizável pela ambivalência intrínseca. (p.543).

Quando a autora (Ibid.) expressa que o cuidado se reconstrói na relação intersubjetiva do encontro com o outro, nos ajuda a compreender as ações menos exitosas de duas das unidades pesquisadas, nas quais houve recuos dos sujeitos envolvidos, sejam gestores, profissionais ou usuários.

Na parte específica do serviço social, a gente puxou mais para o controle social [...] o máximo que a gente conseguiu foi formar o Conselho comum a todos [...] teve a dificuldade da posse porque o Secretário não tava dando posse. Tinha que aguardar. Então isso foi ficando espástico [...] já era difícil de mobilizar a população, quando a gente conseguia mobilizá-la, não ocorria a posse. Acabou que, em Maceió, foi feita uma posse coletiva e aí a gente conseguiu. O segundo momento que era trabalhar esse controle social, não aconteceu (APÊNDICE C, Mapa Dialógico UBS 1, p. 21-22).

Controle Social é tão bonito de se fazer. Agora, quando se coloca na prática [...] Foi votado por nós mesmos e depois ninguém quis fazer parte do Controle Social. Aí, foi uma hora boa de mostrar como é fácil se reclamar [...] Uma pessoa só não faz o Conselho. Ninguém quis aqui ser candidato (Mapa Dialógico UBS 2, p. 21).

Autores como Campos (2000), Pires (2005), Santos-Filho e Barros (2007), aliam o fomento da autonomia dos sujeitos a critérios e desenvolvimento de ações que ampliem o raio de ação do objeto de trabalho dos profissionais de saúde, levando-os a exercitarem maneiras de reformular modos de funcionamento, normas e estruturas.

Campos (2000), ao discorrer sobre a construção de espaços coletivos na saúde nos quais se exercite a cogestão, sugere o exercício permanente do *método da roda*, nos mais diferentes e possíveis arranjos coletivos que possam ser criados pelos trabalhadores e usuários diversos, para discutirem o seu trabalho, aprendendo com essa discussão e empoderando-se dela, sugerindo decisões e arcando com responsabilidades surgidas desse movimento. No conjunto de sentidos em análise apareceram sugestões dos preceptores sobre a constituição de outros espaços coletivos para se discutir a formação e o trabalho em saúde, a exemplo de: “Conversas com os colegas e Direção para o trabalho em parceria”; “Analisar o distanciamento entre Secretaria Municipal da Saúde e Universidade”; “Conversas sobre a criação de Fórum ou Conselho Gestor Permanente, com representações de preceptor, tutor, usuário e Secretaria de Saúde com o fim de discutir sobre dificuldades e soluções, rede de saúde, encaminhamentos”.

Por esse prisma, o PET-Saúde oferece um campo promissor para o avanço do exercício da autonomia dos gestores, trabalhadores, usuários e os futuros profissionais de saúde. Nas falas a seguir, os preceptores de uma das UBS abordam como desenvolveram as estratégias para envolverem os autores na execução de algumas ações de saúde, de ética e de política, utilizando os espaços do PET-Saúde que possui uma diretriz voltada para o Controle Social.

Os alunos fizeram uma ação na comunidade sobre Controle Social. Fizeram uma peça lindíssima, um painel [...] Muitos pontos dessa ação que nós fizemos foi sugestão dos alunos [...] como é interessante colocar alunos de vários cursos juntos, e isso faz com que eles

comecem a trabalhar em conjunto, pensando em um objetivo comum [...] A gente discutiu bastante com os alunos sobre essa ação, envolvendo aferição de pressão, porque ficou bastante claro que a gente deveria ter algumas estratégias, porque Controle Social é algo novo na nossa história. E a população não tem essa aproximação [...] É uma coisa abstrata, subjetiva, mas visualmente lúdico. O painel ali, inclusive a escola pediu o painel, e a gente teve que ceder o painel [...] Nós fizemos com os alunos do PET e trouxemos os líderes comunitários. Fizemos duas reuniões de preparação, o planejamento desse trabalho. Esse trabalho não só foi construído pelos preceptores e pelos alunos, não. Nós trouxemos as lideranças nesse espaço mesmo, nós fizemos a primeira reunião no Posto Acauã e o segundo encontro, aqui. Tudo foi pensado pela comunidade, pelos alunos e pelos preceptores (Mapa Dialógico UBS 3, p. 12-13).

Para finalizar, o repertório nesse conjunto de sentidos também evidenciou a inexistência de falas sobre o tutor, como se ele estivesse ausente das movimentações de estudantes e preceptores sob sua orientação.

8.5 Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores

O conjunto de sentidos abaixo também faz parte do repertório da PNH (APÊNDICE D) e está intimamente ligado ao conjunto de sentidos analisados anteriormente. Não é possível promover o aumento da autonomia e protagonismo dos sujeitos sem que se tenha uma ideia positiva e diferenciada sobre a importância desses sujeitos para o mundo.

Parcerias: “CRAS”, “Escola”, “Posto de Saúde”, “Creche”; “Trabalho muito bonito junto com o CRAS”; “No dia a dia da Unidade, a gente corre pra lá, corre pra cá”; “às vezes nem sentava pra chamar o pessoal do CRAS pra vir fazer uma palestra”; “Os alunos se foram e ficaram as parcerias”.

Usuários: “Preocupação com o despreparo e falta de esclarecimento da população para fazer anamnese, questionamentos, ter uma conversa mais prolongada”; “O usuário acha que é uma besteira conversar”; “Diferenças de atendimento entre o usuário considerado como parte da demanda ou PSF, causando rivalidades na população”; “Ações integradas das equipes de PSF para diminuir essa rivalidade entre usuários de conjuntos residenciais diferentes, por serem ‘Demanda ou PSF’”; “Ação em conjunto residencial, juntos com alunos da Enfermagem, Medicina, Psicologia e Serviço Social para a formação de mais um grupo de idosos”; “Pesquisa de Qualidade de Vida”.

Equipes de UBS: “Convívio muito bom entre as 04 equipes de PSF mais demanda espontânea”; “Senti um ar diferente ao trabalhar mais perto dos colegas”;

“Laço de equipe muito forte”; “Aprendi com o Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Medicina”; “A gente ainda sonha em sentar no horário da tarde e trabalhar sistematicamente a saúde do trabalhador”; “A luta da gente já é antiga dentro da Unidade”; “Por mais que a gente queira juntar, ainda não houve um entendimento. Melhorou muito”; “Serviço Social requer interação, sair do seu quadrado, romper fronteiras”.

Estudantes: “Forte compromisso do Serviço Social com o aluno”; “Aproximação com os alunos fortaleceu demais meu trabalho, minha prática com a relação ensino-serviço e também com a comunidade”.

Gestão Municipal: “Omissão da Secretaria acerca da gestão da UBS”; “Não resolução do problema por conta de questões políticas partidárias”; “Não chega na Secretaria os problemas das UBS”; “Dificuldades entre preceptoría e universidade, e dessas duas com a Secretaria”.

O repertório sobre *parcerias* ainda parece ser acanhado diante das necessidades da formação de redes no contexto do SUS. É significativo ressaltar que a Universidade, como instituição situada no mesmo espaço geográfico das UBS, não é citada como parceira, o que nos faz indagar sobre as razões desse “esquecimento”: não foi citada porque seria óbvio fazê-lo, em função das aproximações existentes através de Programas e Projetos que desenvolvem suas ações nas comunidades em que estão situadas as UBS? Não foi citada porque sua presença é efêmera, volátil, distante, “pouco implicada” nos problemas da comunidade e da UBS? Essas perguntas são mesmo provocativas à instituição e aos cursos da área de saúde da UFAL. No conjunto de sentidos do repertório PNH sobre Fomento da Autonomia dos Sujeitos foi referida uma fala que dizia: “analisar o distanciamento entre Secretaria Municipal da Saúde e Universidade”. E esse distanciamento certamente não é unilateral.

No conjunto de sentidos sobre o usuário ressaltaram-se duas questões: a primeira refere-se ao repertório em que o usuário é visto como “despreparado para ter uma conversa prolongada”, ou que “acha besteira conversar” em comparação com as falas que apareceram no conjunto de sentidos sobre a formação em saúde (repertórios das DCN), em que se comenta sobre a “dificuldade para explicar ao paciente o que era uma reação alérgica, de falar o que causa mal, por não ter tido a oportunidade durante a formação profissional, de exercitar o contato com o paciente, principalmente no serviço público”.

Tal repertório indica que as dificuldades da conversa, da escuta sensível, necessárias que se estabeleçam entre usuário e profissional de saúde, não estão localizadas apenas em um dos agentes de interlocução, mas no próprio diálogo que envolve a ambos: seus distintos códigos linguísticos, seus modos de falar e os efeitos sobre as conversas. Sabe-se que escutar e falar na atenção à saúde é uma ação cuidadosa, ética e que requer exercícios desde a formação. Favoreto e Pinheiro (2011) provocam nessa direção: “escutar o usuário ou escutar com o usuário?” (p. 231). Eles refletem que, comumente, “as equipes de PSF relatam dificuldades de lidar com falas e solicitações dos usuários que refletem uma percepção fragmentada do corpo e uma expectativa de que o cuidado centrado no consumo de medicamentos e exames possa atender às aflições da vida” (FAVORETO; PINHEIRO, 2011, p. 231). A frase “o usuário acha que é uma besteira conversar” foi dita com certo “ar” de desencanto, como se o preceptor que a pronunciou estivesse querendo ter conversas mais interativas com o usuário e este não quisesse. Favoreto e Pinheiro (Ibid.) em suas reflexões sobre a escuta fornece várias maneiras de entendermos a escuta sensível, dentre elas:

É importante o profissional, em suas práticas cotidianas, reposicionar o foco da escuta para maior dialogicidade, de modo a localizá-la [...] no espaço intersubjetivo do encontro do profissional com o usuário [...] a complexidade da escuta das falas e demandas dos pacientes na clínica nos obriga a entender esta ação não apenas como uma ação instrumental envolvendo técnicas de comunicação dirigidas à busca de sinais e sintomas de adoecimento [...] que resultem em diagnósticos [...] mas de construção de cuidado e produção de autonomia a partir do usuário (p. 235).

A segunda questão diz respeito ao repertório que explicita as “diferenças de atendimento entre o usuário considerado como parte da demanda ou parte do PSF, causando rivalidades na população”. Tal repertório parece indicar que, diante da conjuntura formal da Estratégia de Saúde da Família, a mesma não tem sido ágil o suficiente para acompanhar o crescimento populacional que se instala no raio de ação das UBS e de suas equipes de PSF. Assim, os profissionais desenvolvem dois tipos de estratégias: munir os usuários com informação sobre as ofertas do governo sobre a atenção à saúde (significados de ser demanda ou PSF e como lidar com isso); contribuir para a formação ética, política e relacional desses usuários, através de reflexões sobre suas atitudes de rivalidade para com o outro que também precisa dos serviços de saúde. Essa situação nos fez trazer os questionamentos pertinentes de Pasche (2009a) ao realizar um exercício de pensar sobre a PNH e o SUS:

Na perspectiva dos usuários, a questão da humanização da saúde tem se expressado sob as mais diversas maneiras, tomando concretude sob duas questões: a baixa responsabilização e a descontinuidade no cuidado e nos

tratamentos. O povo brasileiro tem feito uma pergunta simples, mas de grande potência para problematizar os modos de cuidado que temos construído: quem cuida de quem? Quem me cuida, com quem eu conto? (PASCHE, 2009a, p. 2).

Deslandes e Mitre (2009) também contribuem com as reflexões sobre a comunicação com o usuário, ao dizerem:

O compartilhamento, a construção intersubjetiva de entendimentos no/e pelo processo comunicativo podem (e devem) funcionar como horizontes da práxis em saúde, concretizáveis a partir de profundos e sistemáticos investimentos críticos na formação contínua do profissional de saúde, em modelos favoráveis de gestão, e na ampla politização do estatuto de sujeito do usuário e do profissional. Mas não está espontaneamente dado pela singularidade do encontro intersubjetivo per si. Embora seja nele que, efetivamente, se realize. Ousaríamos dizer que o encontro do cuidador com a pessoa que sofre certo agravo demanda um interesse ativo pelo outro (DESLANDES; MITRE, 2009, p.645).

Por fim, o repertório que apresenta as relações estabelecidas entre as equipes de duas UBS diferentes: “convívio muito bom entre as equipes de PSF e da Demanda Espontânea”; “por mais que a gente queira juntar, ainda não houve um entendimento, mas melhorou muito”. Tal repertório associado à convivência da pesquisadora com a Câmara Técnica de Humanização de Alagoas (CTH), na qual as UBS estão praticamente ausentes, parece indicar que as ações e os dispositivos da PNH ainda são incipientes no contexto das Unidades Básicas de Saúde de Maceió. A PNH é uma política, cujos conceitos e dispositivos:

visam a reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo transformações em duas vertentes interligadas: (i) nas formas de produzir e prestar serviços à população (eixo da atenção) e; (ii) nas relações sociais que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços (eixo da gestão) (SANTOS-FILHO; BARROS, 2007, p. 79).

Tais frases, associadas ao repertório utilizado à forma como a gestão municipal lida com as Unidades Básicas de Saúde - “omissão da Secretaria acerca da gestão da UBS” - deixam transparecer que urge serem desenvolvidas ações compatíveis com o eixo da gestão do trabalho da PNH que sugere “a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, seu desenvolvimento e seu crescimento profissional” (BRASIL, 2008a, p. 35).

Para concluir, os referenciais da humanização em saúde, pelo lado dos serviços de saúde, encontram-se pouco estimulados pelo governo municipal, ficando à mercê das equipes de saúde encontrar estratégias para desenvolver relações mais

saudáveis entre si e com os usuários. Mas ressalta-se, também, a total ausência de estímulos e estratégias que desenvolvam a humanização na educação superior em saúde, que incentive os diversos atores - docentes, técnicos, estudantes, gestores e usuários - a se olharem como necessitados de melhorar sua comunicação, informação e interlocução nos grupos e equipes a que pertencem. O PET-Saúde mostra indiretamente essa ausência, ao surgirem repertórios sobre um tutor que ora se faz presente, mas também se faz ausente dos espaços do trabalho em saúde, dos grupos mistos.

8.6 Preceptoría como Trabalho de Ensino em Saúde

O conjunto de sentidos sobre preceptoría como trabalho de ensino em saúde fez parte da categoria do PET-Saúde, através das subcategorias “Preceptor e Estudante”, “Preceptor e Tutor”, “Preceptor sobre si próprio” e “Serviço e Academia”.

O repertório utilizado aborda as funções de preceptor vivenciadas e demonstradas pelos profissionais de saúde, apresentados a seguir:

Requisitos: “Conhecer a comunidade”; “Ter embasamento teórico para orientar a coleta dos dados na comunidade”; “Trabalhar com o específico de sua área, dentro do todo”; “Entender sobre Pedagogia, para repassar para o aluno o conhecimento que possui”; “Docência”; “Estudar”; “Ver outros horizontes”.

Responsabilidades: “Professor de práticas”; “Supervisor”; “Estar junto com o estudante, nenhum aluno deve ficar sozinho”; “Agregar as profissões”; “Tornar o aluno um profissional capaz de modificar alguma coisa na vida dele”; “Ajudar alunos a fazerem as coisas juntos”; “Ser reflexo para o aluno”; “O aluno do PET exige mais, tanto na questão de ter que estar mais capacitado, tanto na questão de ter que dar mais atenção a ele”.

Benefícios: “Ser chamada de professora”; “Capacitação e Orientação”; “Experiência interessante”; “Ser bem recebido pelo PET”; “Oportunidade de estar Próximo da UFAL”; “Vontade de estar lá dentro estudando novamente”; “Colaboração dos agentes de saúde”; “Adaptação progressiva ao Programa”.

Expectativas sobre o Estudante: “Devem ter conhecimento sobre as necessidades de saúde da população”; “A universidade não deve colocar no PET estudantes fora do período adequado”.

Receios: “Trabalhar com alunos de outras áreas”; “No principio, meio perdida por nunca ter lidado com isso”; “Enfermagem e Odontologia eram muito mais

legitimadas porque os professores já estavam lá, no preto e no branco”; “Medo de perder a Bolsa”; “Onde é que eu vou arrumar tempo?”; “medo do desconhecido, do que não está sob meu controle, de viver uma coisa nova (Novo formato do PET)”.

Dificuldades: “Não tenho técnicas, não tive formação pra fazer esse tipo de trabalho”; “O tutor é professor. Eu não sou”; “Nem todo mundo é apto para entender, dominar e desenvolver todos esses temas”; “atendimento no Posto, Núcleo de Pró-Saúde, assistência e acompanhamento a alunos, não houve diminuição da produção” (Sobrecarga); “Tanta coisa sem ter tempo e também sem ter um pouco de noção”; “Teve hora de a gente ficar aperreada”; “Agentes comunitários de algumas UBS não quiseram participar de jeito nenhum”; “Hoje, quem está no prejuízo é a Secretaria porque é um monte de aluno dentro do serviço, um Serviço que não dá nem pra gente”; “Sufoco”; “Não teve capacitação sobre como receber alunos”; “A gente trabalha aqui meio solto, mesmo tendo um conjunto da Saúde”; “Agentes de saúde se negaram a dar qualquer tipo de informação aos alunos, se iam a campo, não queriam que o aluno fosse acompanhando”; “Ausência de *feedback*”; “Falho no começo”; “Não houve discussão”; “Integração não é isso”.

Visão sobre a Universidade: “Quando a universidade precisou, ela chegou, botou os alunos, achou o espaço de colocar os alunos, pronto. Fique aí. Se vire. Pior é que desapareceu tudo”; “Falhamos algumas vezes porque não trouxemos os ACS para as reuniões. A gente se sentava aqui e não chamava eles. Só lembra como a universidade faz com a gente. Só mandar!”; “Acabaram os grupos, não se vai mais lá”; “O que é que a universidade dá pra gente do que foi prometido? Foi prometida educação continuada, se prometeu tentar uma bolsa”; “Palestras improdutivas”; “Se a Universidade não cuida, a gente também não tem a obrigação de fazer”.

O repertório acima apresentado indica que a preceptoria, como atividade de trabalho de ensino em saúde, é rica em desafios assumidos por profissionais, em sua maioria, mobilizados em fazer o que era esperado deles. Apesar do preceptor não possuir a denominação de professor, ao receber estudantes para que fossem realizadas tarefas de trabalho sob sua orientação, ele vivenciou a função de ser professor, detentor de saberes investidos (saberes adquiridos no trabalho), responsabilizando-se por: “estar junto com o estudante, nenhum aluno deve ficar sozinho”; “trabalhar com o específico de sua área, dentro do todo”; “tornar o aluno um profissional capaz de modificar alguma coisa na vida dele”; “professor de práticas, supervisor”.

Os conjuntos de sentidos trouxeram inúmeros desafios que aparentam pertencer a dois segmentos distintos: o primeiro, pertence ao campo das políticas institucionais que envolvem, inicialmente, as UBS que participam do Programa e a Coordenação do PET-Saúde da UFAL para dialogarem sobre as dificuldades que remetem à sobrecarga de trabalho, apropriando-se com mais vagar sobre a extensão e o desdobramento das dificuldades geradas por ela, verificando o que pode ser resolvido por essas instâncias e o que precisa ser ampliado para a gestão da Universidade e da Secretaria Municipal de Saúde. Nas falas dos preceptores, apresentou-se a questão do distanciamento entre as duas instituições e de como esse distanciamento tem incomodado os profissionais de saúde:

Atualmente, eu estou [...] analisando, do ponto de vista de gestão da saúde e universidade, essa integração, e estando também na Unidade, todas essas críticas sobre as necessidades e dificuldades e como isso é desamarrado; eu cheguei a conversar com eles (Secretaria Municipal) sobre a possibilidade de criar um Fórum Permanente, um Conselho Gestor Permanente, que pudesse ter representação de preceptor, tutor, usuário e da Secretaria de Saúde pra que a gente pudesse conversar continuamente, com reuniões sobre dificuldades, questões relativas a soluções, à rede de saúde, encaminhamentos que interferiam muito no nosso trabalho (Mapa Dialógico UBS 4, p. 29).

Não chega na Secretaria as questões relativas ao que é de competência dela, pra poder se integrar com o que tá do outro lado. A gente sentiu dificuldade entre preceptoria e universidade, mas ainda existe além dessas duas, uma ação da Secretaria. Acredito que a gente entende que é preciso amarrar isso. Acho que seria interessante criar uma forma de trazer o gestor maior pra perto desses problemas que a gente enfrenta (Mapa Dialógico UBS 4, p. 29).

Campos (2000) sugere a construção de espaços coletivos que possam ampliar o exercício da cogestão, e que podem “tomar a forma de equipes de trabalho, conselhos de cogestão, assembleias, colegiados de gestão, reuniões, etc.” (p. 147). Nas falas acima, a ideia já está lançada.

O segundo segmento dos desafios pertence ao campo do amadurecimento / preparação para a função de preceptor, que está em construção, em andamento e que precisa, também, ser posta na pauta dos diálogos entre os atores do PET-Saúde. Ser preceptor, tutor, estudante, professor, enfermeiro, odontólogo, dentre outros, são construções que necessitam estar sempre sendo revistas, dependendo dos contextos nos quais atuam.

8.7 Relações entre a Academia e os Serviços: entre o “lá e o cá”

O conjunto de sentidos sobre a Relação Serviço e Academia mostrou mais uma vez que o movimento e dinamismo dos enunciados não se conformam facilmente aos limites definidos pelas categorias estabelecidas como forma de compreendê-los. Eles fluem entre as colunas, como a água, independente de termos tentado “capturá-los” em uma única categoria ou subcategoria. As tensões e inquietações dos preceptores durante o Programa, acerca de suas interações com a universidade, apareceram praticamente em todas as colunas, demonstrando que, mesmo quando dividimos os discursos para estudá-los, ocorre a impossibilidade de separá-los do contexto em que foram produzidos. Então, esse é mais um conjunto de repertórios utilizados para as interações entre o serviço e a academia:

“O ensino tem que estar perto, junto”; “Eu não sei como está caminhando a universidade”; “Quebrar as barreiras entre serviço e universidade”; “Oferecer os serviços da Clínica de Psicologia da UFAL para a comunidade, em lugar do PAM Salgadinho, ou outro ambulatório próximo e do ambulatório da Odontologia (procedimentos especializados), em lugar do Centro de Excelência em Odontologia (CEO)”; “Reuniões do grupo misto foram diminuindo cada vez mais”; “Falta de planejamento”; “O serviço é muito rico em tudo, a comunidade é pobre, mas a gente tem muita coisa. Dentro do serviço, o profissional só não faz se não quiser porque campo tem pra tudo. Onde você quiser avançar, avança”.

O conjunto de sentidos em discussão trouxe duas questões: a primeira, vinculada a um repertório que critica o distanciamento entre a universidade e serviços de saúde, nas ocasiões em que foi formada parceria para possibilitar ao estudante uma formação ampliada sobre saúde. O papel da universidade não está claro nesse processo. Os preceptores apontam questões como quebrar barreiras, necessidade de se abrir os espaços internos ao Campus que compõem os serviços aplicados para a comunidade, dentre outros. A segunda questão diz respeito às falas que colocam à disposição da universidade, os espaços mediados pelas UBS, para o desenvolvimento de ações integradas entre ensino e serviço. Sugere a valorização da prática aplicada e a ausência de planejamento das ações, da discussão sobre estas, preocupando aos preceptores o esvaziamento dos grupos mistos.

O termo “universidade” surgiu nas rodas de conversa, basicamente para discorrer sobre as seguintes questões: as regras dos cursos que dificultaram as atividades do PET-Saúde, a exemplo das reclamações sobre a dificuldade de agendar as

atividades do Programa por conta dos horários dos estudantes e o não comparecimento dos estudantes de Medicina às atividades agendadas; as “promessas” não cumpridas sobre o ingresso em Mestrado através da flexibilização das regras de seleção; para se referir as ausências dos tutores e estudantes (principalmente os da Medicina) nas atividades das UBS, dando a impressão de que, ao realizar críticas sobre o que cabia como responsabilidades (discutidas e negociadas como tais ou não) dos tutores e estudantes, a forma impessoal do termo “universidade” minimizasse o incômodo causado pelo ato de criticar diretamente o tutor ou o estudante; e, por fim, para efetuar críticas à falta de efetividade das reuniões do Programa realizadas sobre a coordenação da universidade.

A abordagem ergológica possui como objetivo “criar estratégias e técnicas que viabilizem a interlocução entre as experiências dos mundos do trabalho e os saberes das ciências” (BARROS; LOUZADA, 2007, p. 15). É fundamental confrontar tais experiências com os saberes a partir das questões assinaladas pelos preceptores, realçando a visão da ergologia sobre o trabalho real e o trabalho prescrito e as inúmeras variabilidades que ocorrem entre um e outro.

Tal processo gera a necessidade de se ingressar em um inevitável debate de normas e valores a ser empreendido pelos trabalhadores, resultando na renormatização da atividade, que passa a ser acrescida da “assinatura” de quem a executou, tornando cada trabalhador coautor de seu próprio processo de trabalho.

O Planejamento de Trabalho do PET-Saúde / Saúde da Família da UFAL/Campus Maceió para 2009-2010 (UFAL, 2008) conteve elementos do trabalho prescrito a ser desenvolvido à medida que foram sendo estabelecidas ações, coordenações, prazos, formas de acompanhar e avaliar o Programa. Porém, de forma ampla e sem envolver necessariamente todos os protagonistas do PET-Saúde, em todas as etapas, como é característico do trabalho prescrito, que regulamenta, normatiza, o que deve ser feito. Quando este trabalho prescrito é posto em ação (trabalho real) sempre produz adaptações, desvios, tensões e inovações efetuadas pelos trabalhadores em geral, significando que qualquer planejamento que se realiza não é executado exatamente da mesma maneira como foi planejado.

Schwartz e Durrive (2007) e Durrive e Schwartz (2008) afirmam que, quando o trabalho é posto em marcha pelos trabalhadores, o trabalho prescrito é confrontado pelo trabalho real. Nesse espaço de confrontação é onde ocorre o debate de normas, ou seja, o trabalhador tende a contestar o que está instituído como formas e

regras, renormalizando-o, produzindo outra maneira de realizar o trabalho. A padronização (normas antecedentes, antecipadas) do trabalho é mais que necessária, e uma conquista de toda a sociedade humana, mas, ao mesmo tempo, tem a capacidade de limitar o surgimento de novas descobertas, somente possíveis através de contínuas renormalizações:

O ser humano como todo ser vivo está exposto a exigências ou normas [...] Para existir como ser singular, vivo e em função das lacunas das normas deste meio face às inúmeras variabilidades da situação local, ele vai e deve tentar permanentemente reinterpretar estas normas que lhe são propostas. Fazendo isto, ele tenta configurar o meio como o seu próprio meio. É o processo de renormalização que está no cerne da atividade. Em parte, cada um chega a transgredir certas normas, a distorcê-las de forma para delas se apropriar (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008, p. 27).

Exemplificando a dinâmica ocorrida entre trabalho prescrito e trabalho real a partir do trabalho dos tutores e preceptores do PET-Saúde, eles tiveram suas prescrições nas Portarias Interministeriais nº421/2010 (BRASIL, 2010^a) e nº422/2010 (BRASIL, 2010b) que estabeleceram objetivos, orientações e diretrizes técnico administrativas para a execução do Programa. Prosseguindo com o exemplo, na Portaria nº422/2010, foram definidas algumas competências, a saber:

Art. 7º Compete às Instituições de Educação Superior (IES): I - selecionar os tutores acadêmicos e estudantes participantes; e II - manter atualizados os dados pessoais e acadêmicos dos tutores e estudantes bolsistas e não-bolsistas participantes do Programa, no Ministério da Saúde e no SIG-PET Saúde, por meio do coordenador dos projetos selecionados. Art. 8º Compete às Secretarias de Saúde: I - selecionar e indicar nomes dos preceptores bolsistas; e II - manter atualizados os dados pessoais dos preceptores bolsistas participantes do Programa, no Ministério da Saúde e no SIG-PET Saúde, por meio do coordenador dos projetos selecionados (BRASIL, 2010b).

A partir dessas exigências, a mobilização interna ocorrida no interior de cada curso para se inscrever nos editais do PET-Saúde compreendeu envolvimento e interesses distintos que, juntamente com a Pró-Reitoria de Graduação da UFAL e a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, se foi concebendo e negociando articulações, estratégias, competências, para dar conta das prescrições estabelecidas. No bojo dos relatórios do Programa entre o período de 2010 a 2012 (UFAL, 2011; UFAL, 2012a), o coordenador do Programa descreveu as várias dificuldades ocorridas, tanto em função da Universidade quanto da Secretaria Municipal de Saúde que, ao aceitarem trabalhar juntas, precisaram efetuar um extenso e complexo debate de normas para fazer acontecer o Programa. Esse debate de normas envolveu questões éticas, políticas e de possibilidades reais de se fazer as modificações requeridas para que o trabalho real

acontecesse, tais como o que constou no Relatório Anual do PET-Saude correspondente ao período de abril de 2010 a março de 2011:

Comentários/observações sobre a parceria estabelecida e situação da articulação entre a IES e a gestão municipal/estadual de saúde: As parcerias estabelecidas pelo PET- Saúde – Saúde da Família / UFAL Campus Maceió, podem ser brevemente analisadas sob três dimensões distintas. Primeira: Institucional Externa – UFAL / Prefeitura Municipal de Maceió - Esta parceria ficou prejudicada pelas opções políticas do município de Maceió em relação ao modelo de saúde adotado. O pouco interesse e investimento do município na Atenção Básica é o maior empecilho para os avanços da Política de Atenção Básica. O que observamos é uma ausência de interesse na mudança do modelo de atenção à saúde de acordo com os preceitos do SUS [...] Segunda: Institucional Interna – UFAL / PET-Saúde – Saúde da Família: A parceria avança, embora não no ritmo desejado. Muitas dificuldades inicialmente, principalmente com as questões relativas ao PRÓ-Saúde e a compreensão pelo Departamento de Compras e Finanças de problemas para a liberação dos recursos financeiros [...] boa parte dos materiais adquiridos e distribuídos entre os Cursos envolvidos no PET-Saúde da Família são obsoletos, ex: disquetes [...] Embora já tenhamos realizado várias reuniões e encontros com a equipe da reitoria e pró-reitorias, ainda persiste a lógica de que este espaço não é necessário quando os cursos absorvem as atividades [...] Terceira: PET-Saúde / Unidades Básicas de Saúde: Existem muitos avanços, principalmente com a estratégia de produção do planejamento participativo das ações que envolvem todo o grupo que é assumido como diretriz de trabalho também no momento do planejamento micro da própria unidade e das ações específicas de cada curso [...] Trata-se de um grupo grande e, por isso, possui dificuldades proporcionais ao seu tamanho. A primeira delas é a dificuldade de adesão permanente dos acadêmicos voluntários (UFAL, 2011, p. 8-10).

Esse trecho do Relatório citado (Ibid.) e do relatório seguinte (UFAL, 2012a) nos mostrou que, ao se iniciar qualquer trabalho, as nuances da atividade não estão delineadas em seus meandros, necessitando de articulações, superações de oposições, conflitos, desistências, cortes financeiros, renegociações, dentre outras situações, e que não são questões e situações simples de se lidar. E o mais importante: é que geralmente elas não constam do trabalho prescrito, normatizado, mas sim do processo de debate de normas que recria a atividade do trabalho, o tempo todo.

Portanto, o PET-Saúde representou, desde o início, um desafio significativo para a gestão e os professores partícipes de cursos que, isoladamente, em seus colegiados e respectivo corpo docente, ainda hoje apresentam dificuldades de trabalhar em equipe, quanto mais se lhes reivindicam trabalhar em um conjunto maior, interdisciplinar, ou seja, integrados como cursos da área de saúde. O desconforto intelectual dos professores, produzido por participarem de um Programa que exige convivência interdisciplinar para além dos muros da universidade (Secretaria Municipal de Saúde e UBS) e entre cursos específicos, acrescido das tarefas atribuídas aos docentes/tutores, desconhecidas, diga-se de passagem, pela maioria, gerou um debate de

normas a cada encontro que se realiza, seguido de renormalizações que possibilitaram a continuidade do Programa.

Observou-se, no trecho do Relatório destacado anteriormente (UFAL, 2011) que mudanças de planos, de encaminhamentos, de atividades, de responsabilidades, de expectativas, de comunicação e de perplexidades, acompanharam o grupo docente envolvido com o Programa, produzindo renormalizações e, ao que parece, com o envolvimento apenas dos docentes do Programa. E quanto aos preceptores? Como se deu a sua inserção? No Relatório seguinte do Programa (UFAL, 2012a) há menção sobre esse momento, ao discorrer sobre as fragilidades do Programa:

Em relação à equipe da Unidade de Saúde: falta de adesão/participação frágil dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ao trabalho do PET. Alguns grupos de ACS recusaram-se a trabalhar com os estudantes e preceptores do PET em função de duas questões: não eram remunerados para tal e, em algumas Unidades, só eram chamados para a execução das atividades, ato que produzia posicionamentos contrários à execução da mesma (p. 40).

Quanto aos esforços de superação destas fragilidades:

Optamos pelo planejamento conjunto e pela operacionalização do grupo misto e formatação de agenda comum de trabalho [...] Junto a equipe realizamos muitas capacitações, oficinas e vivências de qualificação das atividades [...], realizamos reuniões de apresentação formal do PET-Saúde em cada uma das UBS do Programa (23 ao todo) [...]. Fizemos, também várias reuniões com lideranças de ACS, firmamos pactos e acordos de trabalhos [...] Cursos que pouco ou não participavam da equipe: substituição dos tutores (meio de 2010) e desligamento de todos os bolsistas ao final de 2010 do curso de Medicina. Recomposição da equipe. Horários incompatíveis: pactuamos com a SMS, com as Unidades e com as Coordenações dos Cursos de deixarmos sextas-feiras à tarde livres para as atividades do PET (p. 41).

Apesar do esforço efetuado para a superação dos entraves operacionais do Programa, para os preceptores, as reuniões realizadas durante o PET-Saúde II para planejamento, acompanhamento e avaliação, foram consideradas improdutivas no sentido de conseguir avanços para o conjunto de atores envolvidos no trabalho. Essa contradição mostra a complexidade do contexto da atividade do trabalho em saúde, com o debate de normas ocorrendo o tempo todo entre o trabalho prescrito e o trabalho real, envolvendo atores que possuem prescrições e visões distintas sobre seu trabalho. No PET-Saúde, conforme o prescrito na Portaria Interministerial nº421/2010, art.5º, inciso II (BRASIL, 2010a), cabe à tutoria acadêmica, orientar as vivências em serviço e a produção/orientação da produção de conhecimentos na área de saúde.

Diante destas questões, de imediato, se indaga quais eram as expectativas dos preceptores acerca das habilidades e competências dos tutores para exercerem essa

prescrição da Portaria? E com relação aos tutores, que preparo/experiência possuíam para orientar vivências em saúde nos locais de atuação dos preceptores? É possível que os tutores ao cumprirem a prescrição da citada Portaria junto aos preceptores das UBS, tenham reproduzido uma das principais tarefas prescritas de sua própria profissão: ministrar aulas em lugar de orientar as vivências/experiências ou a produção de conhecimentos?

Enfim, os repertórios sobre as reuniões do PET-Saúde são importantes para se compreender o que aconteceu durante o desenrolar deste dispositivo de participação e interação interprofissional. Além disso, tutoria e preceptoria são funções recentes, em construção. Do tutor, espera-se que faça jus ao assento no polo dos saberes acadêmicos, creditando a estes, também considerados como saberes “em desaderência” com a atividade industriosa, a base de conhecimento mais importante para o andamento dos trabalhos do Programa. Do preceptor, espera-se que ocupe o assento no polo dos *saberes investidos*, aderentes, que consistem nos saberes sobre a atividade que realizam, oriundos da prática, da experiência, mas que, geralmente, não sabem falar muito a respeito. Após a tomada de seus assentos, espera-se ainda, que eles em conjunto acionem o terceiro polo, do debate de normas, dialogando e produzindo a reconstrução contínua de seus saberes, de modo que haja ambiente propício à produção do desejo e mobilidade suficiente e necessária dos diferentes sujeitos para romper barreiras que levem à construção de novos conhecimentos e práticas a partir do desconforto intelectual de cada um, a partir de um lugar que não precisa ser mais seu.

Tomando como base a concepção do dispositivo dinâmico a três polos (DD3P) de Schwartz, nas experiências estudadas do PET – Saúde, tutores e preceptores estão próximos, mas ao que parece, ainda não acionaram o terceiro polo refletida na disponibilidade ética e política de entender conceitos para reconceituá-los, realizando assim, a mediação entre os polos dos saberes constituídos, acadêmicos e os saberes investidos. Para Schwartz e Durrive (2007), o DD3P é um dispositivo de trabalho cooperativo, de formação, de confrontação, dialético.

O dispositivo a três polos se situa, efetivamente, naquilo que podemos chamar de *formação*, para tanto, reconstituindo sensivelmente esta noção. Com efeito, intervir envolve dominar os saberes que se vai compartilhar, mas envolve também reconhecer o saber do outro, seu semelhante, na medida em que ele é também permanentemente portador de diferenças recriadoras em sua atividade; conseqüentemente, envolve *estar igualmente disponível para aprender com ele* (p. 267, grifos do autor).

Para os autores (ibid.), o terceiro polo é difícil de ser definido, mas é indispensável, por ser o lugar de se dispor a aprender com o outro, reconhecendo a própria incompletude, o fato de que o outro também a possui, porém, juntos, podem ressingularizar a atividade.

Diante das fragilidades apontadas no Relatório Final do PET-Saúde II (UFAL, 2012a), que destaca as dificuldades que o Programa enfrenta com as logísticas das principais instituições parceiras do Programa - Universidade e Secretaria Municipal de Saúde - não será em apenas três anos do Programa que se vá produzir renormalizações mediadas pelo terceiro polo - dos valores éticos, políticos, humanísticos, sociais - que promovam alterações positivas e significativas dos compromissos assumidos por essas duas instituições acerca do Programa, que representa um ícone da integração ensino e serviço.

É interessante assinalar que para Botechia e Athayde (2007), a Comunidade Ampliada de Pesquisa é o próprio DD3P que, por sua vez, assemelha-se à ideia de formação de grupos mistos para desenvolvimento de pesquisas do PET-Saúde. Daí, se pode compreender as razões dos grupos mistos do PET-Saúde / Saúde da Família II terem sido fecundos em algumas unidades e não em outras: nestas, o DD3P, possivelmente, não se concretizou.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese discorreu sobre três campos centrais para a sociedade atual: educação, trabalho e saúde. Campos imbricados e interinfluenciados continuamente. A tese procurou analisar um recorte do universo de relações interativas que fomentam os conhecimentos e práticas desses campos em nosso país, com o intuito de compreender como ocorre a integração entre ensino e serviços de saúde.

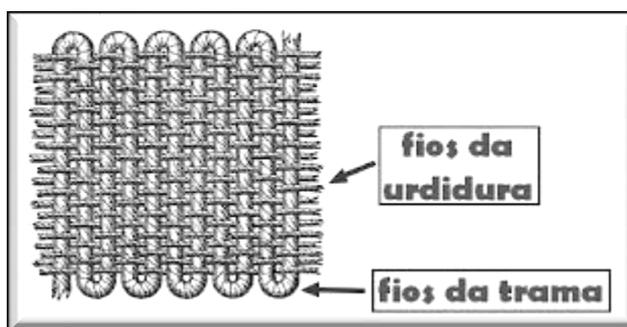
No campo do trabalho em saúde, convivemos há décadas com um Sistema de Saúde complexo que, após vinte e três anos, ajudado por muitos atores, continua a cumprir seus objetivos sociais através do cuidado à saúde da população, percorrendo caminhos envoltos em meandros políticos, sociais, educacionais, econômicos e tecnológicos, em um contínuo movimento de compromissos firmados com a sociedade brasileira para oferecer o acesso universal às ações e serviços de saúde.

Enveredar em leituras, estudos, pesquisas e conversas sobre o SUS produz “desnorreamentos intelectivos”, gerados ao se deparar com a grandiosa teia de um Sistema cujo raio de ação é formado por muitas ramificações, algumas delas constituindo as redes de atenção à saúde, outras alicerçando essas redes, tais como as políticas e estratégias em ação, dispositivos, parcerias, recursos tecnológicos, estruturais e de pessoal. É necessário ponderar que o fim em si almejado não é esgotar o conhecimento sobre o SUS (até porque não seria possível), mas contribuir para o seu fortalecimento, do lugar que se ocupa, seja como docente, profissional da área de saúde ou cidadãos. Portanto, é imperativo acreditar e, mais do que isto, perceber o que no SUS dá certo.

No campo da educação, como docente, faço parte de uma instituição secular denominada Universidade, que até os dias atuais tem prestado importante contribuição para a sociedade através do avanço da ciência que estuda, produz, defende e divulga e sua aplicação para a sociedade, ao se esforçar em “fazer o pensamento sair dos dogmas da revelação divina e descobrir a possibilidade da certeza das descobertas científicas” (BUARQUE, 1994, p. 133). Ultimamente, a universidade vem sendo veementemente questionada por insistir em manter-se na tarefa de transmitir certezas em um mundo que se vivencia em incessante transformação e para o qual “só a constante prática da dúvida permitirá o avanço do conhecimento. É preciso contestar todas as teorias, todas as formulações e premissas, na busca de novos conhecimentos. E esta contestação deve estar no método de pesquisa, de ensino e de avaliação” (ibid., p.133).

O uso da metáfora da confecção de um tecido por tecelagem manual, para compreender as interações entre ensino e trabalho em saúde como “urdidura e trama”, objetiva significar trançar ou intercalar dois grupos de fibras: a “urdidura”, grupo de fios na vertical e a “trama”, grupo de fios na horizontal, conseguindo como resultado uma malha chamada “tecido”. Conforme imagem abaixo, os fios retesados, tensos representam a “urdidura” e a “trama”, o que é passado entre os fios da urdidura, para criar o “tecido”. O tear a ser utilizado depende do tipo de trabalho a ser feito e a criatividade é o aspecto fundamental de todo o processo (KLIPPEL, 2013).

Figura 5 – Ensino (Urdidura) e Serviços (Trama):



Fonte: KLIPPEL, 2013

Considerando a educação e o trabalho como urdidura e trama que podem se alternar nessas funções, dependendo do que se quer construir para compor os diversos tipos ou etapas do tecido chamado “saúde”, vemos que tensão (urdidura) e flexibilização (trama) são elementos que proporcionam a estrutura firme do tecido. Seguindo essa linha de reflexão e vendo o desenvolvimento do PET-Saúde estudado por esta pesquisa, como um “tecido” construído com diferentes desenhos e matizes, próprios dos contextos nos quais se desenvolveu em tempos e com atores distintos, a universidade representou a urdidura - tensa, pouco flexível, engessada em suas burocracias, que ao ser convocada, disponibilizou-se em contribuir para a sustentabilidade do SUS local, principalmente através de seus cursos de graduação da área de saúde; as UBS fizeram o papel da trama com suas ofertas de trabalho em saúde, flexibilizando-se e disponibilizando seus espaços de trabalho e seus saberes para colaborar ativamente na formação dos futuros profissionais que servirão futuramente ao Sistema. Porém, essas posições certamente nunca serão fixas, dada a complexidade dos “tecidos” que são construídos no setor de saúde e o que representam os “dois conjuntos de fios” a serem requisitados para a confecção desses tecidos. E complexidade é um dos

componentes basilares da integração entre ensino e serviço, pelas histórias constitutivas desses campos, que durante centenas de anos (con)vivem separadamente.

Sobre os objetivos definidos para esta tese, consideramos que foram, em sua maior parte, alcançados, por se ter obtido respostas acerca de como acontecem as relações entre preceptores, estudantes e tutores no desenrolar das ações do PET-Saúde/Saúde da Família nos contextos estudados. Destas respostas, algumas ressaltaram os aspectos positivos do Programa, quando os preceptores validaram o PET-Saúde como um dispositivo que os tem estimulado a estudar, pesquisar, planejar novas atividades nas UBS, apoiados pelos estudantes. Inclusive, dispostos a retornarem aos espaços da universidade como estudantes de cursos de pós-graduação, bem como contribuir para a divulgação de suas experiências e saberes através da publicação de livros e artigos.

Então, ao mesmo tempo em que os estudantes se beneficiaram da aproximação com os lugares de trabalho, também se tornaram estímulos para os profissionais, que se viram envolvidos pelo interesse e disposição dos alunos. Em três das UBS pesquisadas esse resultado foi unanimemente comentado por todos os preceptores. É o estudante agindo como elemento revitalizador do meio dos *saberes investidos*, com suas perguntas, seu protagonismo vigoroso e a vontade de aprender e fazer algo que o faça aproximar-se do ser profissional. Das quatro UBS, duas possuem ações contínuas do Controle Social, com a participação dos usuários, trabalhadores da saúde e contam com o envolvimento ativo dos preceptores liderados nessa questão, pelo Serviço Social.

Outras respostas indicaram descontentamento dos preceptores com o descompasso de agendas, horários, planos e promessas feitas pela universidade e não cumpridos. Ora esse descontentamento foi atribuído ao pouco/nenhum envolvimento dos tutores com as ações realizadas nas UBS, ora aos efeitos desarmônicos da burocracia institucional, que produziram atrasos de pagamentos de pessoal ou indisponibilidade de materiais solicitados para o exercício do trabalho. Além disso, as reações do corpo funcional de algumas UBS diante da concessão de bolsas apenas para os preceptores definidos para o Programa geraram incômodos para estes profissionais, tendo sido necessário a coordenação do PET-Saúde / Saúde da Família do Campus Maceió agir como mediadora das situações. Algumas delas foram contornadas, outras não, causando a retirada das UBS cujo grupo de funcionários foi mais irredutível aos

argumentos utilizados para explicar as razões sobre apenas os preceptores receberem a bolsa do Programa.

Por outro lado, praticamente todas as falas dos preceptores indicaram a importância do PET-Saúde / Saúde da Família para uma formação em saúde fundada em ações nas quais se tornou possível desenvolver a interdisciplinaridade, construída com base no diálogo, na cooperação e no interesse interprofissional. Nos mapas dialógicos, observa-se que o Programa e suas estratégias, tais como os grupos mistos ou específicos que trabalharam pesquisas demandadas pelas necessidades de saúde locais, a despeito das dificuldades que obstaculizaram o seu desenvolvimento, foram considerados como sendo capazes de trazer “uma mistura muito boa” (expressão destacada no repertório analisado), que fomenta curiosidades e disponibilidade de trocas interprofissionais.

Quanto ao objetivo da pesquisa que pretendeu compreender os aspectos constitutivos da preceptoria do PET-Saúde da Família a partir dos sujeitos preceptores, no que tange às atribuições desenvolvidas, responsabilidades e necessidades vivenciadas no exercício do papel, pode-se dizer que os preceptores das UBS pesquisadas se mobilizaram para receber os estudantes, procurando seguir o planejamento efetuado em conjunto ou não com a universidade, tentando superar os obstáculos administrativos, gerenciais e de recursos financeiros já citados anteriormente. No entanto, e esse é o grande diferencial, foram surpreendidos pelo engajamento e entusiasmo da maioria dos estudantes, que fizeram reacender a vontade de alargar ou aprofundar seus saberes investidos, acrescentando a estes, saberes acadêmicos, trazidos pelas discussões, leituras e trabalhos em grupo e, principalmente, pela novidade da pesquisa.

O PET-Saúde também é, indubitavelmente, um Programa que estimula e fortalece a PNH. Os eixos do PET-Saúde / Saúde da Família I e II privilegiaram a humanização e o controle social e estimularam os estudantes e trabalhadores a avançarem no estabelecimento de ações para dentro e para fora das UBS, pondo em destaque (e em discussão) como estava acontecendo a valorização dos trabalhadores dentro da própria Unidade, dos usuários entre si, de trabalhadores e usuários em conjunto, bem como as suas participações na cogestão da Unidade de Saúde e suas condições de trabalho. O grupo misto do PET-Saúde possui grande semelhança com o dispositivo da PNH denominado Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) e, apesar do PROPET-Saúde de 2012 não ter reeditado o eixo impulsionador da Humanização, ficou estabelecida a continuidade dos grupos mistos, que foi acrescentado de um desafio

maior: seus condutores (preceptores e tutores) também foram estimulados a se misturarem, orientando e conduzindo estudantes de outras áreas que não as suas.

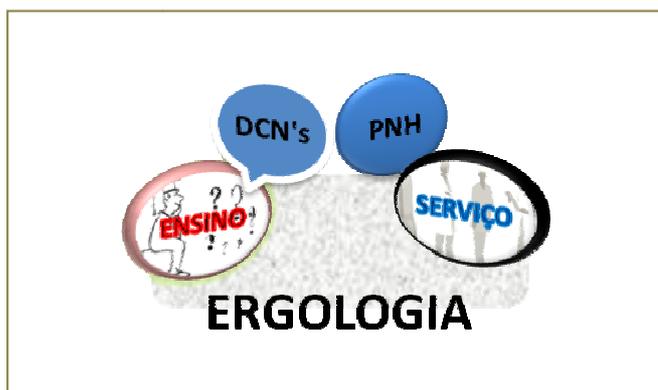
Apesar das críticas, a Universidade é reconhecida positivamente pelos preceptores quando associada ao espaço de aprender coisas novas, através do que oferta para estudantes e profissionais. Por outro ângulo, não parece ser esperado que seus representantes – os docentes – desconheçam elementos de gestão e administração quando agem em seus programas e projetos. Na realidade, as políticas e programas indutores da educação em saúde promovidas pelo Ministério da Saúde não têm ainda se espalhado universidade adentro. No relatório do PET-Saúde II (UFAL, 2012a) isso ficou claro quando foi registrado que não tinha havido ainda a institucionalização do PET-Saúde por parte dos cursos de graduação. De modo geral, dentre os cursos de graduação da área de saúde, as Políticas Nacionais de Humanização e a de Educação Permanente também são ignoradas na academia e isso tem provocado um estranhamento por parte dos estudantes e trabalhadores de saúde.

Revela-se também nesta pesquisa, um fator preocupante, surgido nas entrelinhas das falas dos preceptores, nos problemas descritos no relatório final do PET-Saúde II (UFAL, 2012a) e ressaltado, talvez, pelo fato da pesquisadora ser uma docente atenta a essa questão na universidade: as iniciativas para a preparação de docentes no ensino superior têm sido insignificantes no contexto da UFAL, o que certamente tem dificultado o trabalho docente diante de estratégias demandadas por Programas inovadores como o PET-Saúde, que causa um desconforto intelectual, e que corre o risco de perder sua finalidade inovadora e transformadora, por não ser uma ação exigida institucionalmente, nem no nível da gestão maior da universidade, nem no nível dos colegiados de cursos, nem tampouco no nível dos núcleos docentes estruturantes que são dispositivos recentes, ainda desconhecidos da maioria dos professores. Observou-se na análise dos repertórios que, na visão dos preceptores, os tutores exerceram sua função de orientar as atividades do PET-Saúde, em sua maioria, mais através dos instrumentos tradicionais de controle – solicitação de frequência, relatórios escritos – do que através de outros instrumentos metodológicos que incentivassem a problematização, o fazer junto na UBS. Ficou evidenciado que estes, “ora se faziam visíveis, ora não” conforme destacado nos repertórios da pesquisa, além de outras falas dos preceptores usadas para dizer sobre o distanciamento da instituição tais como: a “universidade está lá e o serviço está cá”, e que “o professor é o tutor, e não eu” (preceptor), destacadas nos repertórios analisados.

Essas constatações fazem pensar que, para avançar na consolidação da parceria universidade e UBS, tendo o PET-Saúde/Saúde da Família como dispositivo central para a integração ensino e serviço, poderia ser disponibilizada uma ajuda para o avanço da interdisciplinaridade, através da figura do apoiador institucional existente na PNH para o avanço dos coletivos institucionais. Esse apoiador institucional com experiência em lidar com grupos teria uma função no contexto do PET-Saúde, semelhante ao que diz Oliveira (2012), principalmente no que se refere a “ajudar os grupos a reconhecerem as relações de poder, afeto e a circulação de saberes [...] promover ampliação da capacidade crítica dos grupos [...] atuar em processos de qualificação das ações institucionais” (p. 224). Essas funções, na maioria das vezes, não têm surgido como habilidades de professores, nem tampouco de profissionais dos serviços de saúde, por não serem estimuladas pelos contextos atuais de trabalho, tanto da UFAL quanto das UBS pesquisadas.

Para finalizar e levando em consideração a potência dos referenciais teóricos definidos para o estudo apresentado nesse documento, e para vislumbrar como foi assimilado pela pesquisadora, a integração entre ensino e serviço ocorrida a partir da participação dos cursos da área de saúde da UFAL no PET-Saúde/Saúde da Família, na visão dos preceptores das quatro UBS estudadas, foi elaborada a Figura 6, a seguir.

Figura 6 – Contribuição dos Referenciais Teóricos para a Compreensão da Integração entre Ensino e Serviço na área de Saúde:



Fonte: Azevedo, 2013.

À medida que se foi buscando compreender as informações produzidas pelas falas dos preceptores, tendo como base os referenciais teóricos definidos para tal, foi se delineando o esquema da Figura 3, no qual o Ensino recebe influências das

DCNs, e o Serviço da PNH separadamente, sem efetuarem trocas entre si. Neste estudo observou-se que o PET-Saúde possibilitou apenas a aproximação entre ensino e serviços de saúde, mas ainda sem usufruírem das riquezas de conhecimento existentes em cada uma dessas duas esferas. Já a Ergologia contribuiu sobremaneira para explicar e problematizar o estudo das interações entre educação e trabalho, demonstrando que é possível realizá-las, investindo principalmente em propostas que acionem as duas esferas ao mesmo tempo, tais como o Dispositivo Dinâmico a 3 Polos (DD3P), em formatos que já são explorados pela área de saúde e educação, a exemplo da Comunidade Ampliada de Pesquisa do Programa de Formação de Saúde do Trabalhador (PFST) e dos grupos mistos do PET-Saúde. Programas como estes, caso sejam disponibilizados de forma contínua, não apenas para o PET-Saúde, mas para todo o contingente de profissionais da educação superior em saúde e das UBS, irão certamente modificar e enriquecer essa interação. Para isso, serão necessárias outras demandas induzidas pela parceria dos Ministérios da Educação e da Saúde.

Seria importante que fossem realizadas pesquisas com a finalidade de ouvir e registrar as falas dos tutores e dos estudantes do PET-Saúde/Saúde da Família, para que pudessem ser complementares aos registros constantes desse documento, enriquecendo mais ainda, a compreensão sobre o processo de integração entre ensino e serviço que acontece no PET-Saúde e, quem sabe, ser admissível rever os mais que possíveis erros de percepção e interpretação efetuados, pois concordamos com Morin (2000), quando ele nos alerta para o fato de que, o ser humano possui uma lógica organizadora que protege seu sistema de ideias - teorias, doutrinas, crenças - das informações que não lhe convém ou que não pode assimilar. Então, é importante deixar um espaço para sempre pôr em dúvida o que se conhece.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. **Informe da Atenção Básica, Maceió**, nº 1, fevereiro 2010. Disponível em: http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/boletim_da_dab_1a_edio_2010.pdf. Acesso em 16 de julho de 2011.

ALAGOAS WEB. **Impasse pode deixar municípios alagoanos sem cobertura do PSF**. [Reportagem]. Maceió, 28 de março de 2011. Disponível em: <http://www.alagoasweb.com/noticia/8319-impasse-pode-deixar-municipios-alagoanos-sem-cobertura-do-psf>. Acesso em 16 de julho 2011.

ALBUQUERQUE, Verônica S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, dez. 2008.

APPLE, Michael W. **Políticas culturais e educação**. Porto (Portugal): Ed. Porto, 1999.

ARRUDA, Marina. P. et al. Educação Permanente: uma estratégia metodológica para a formação de professores de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, vol.32, n.4, p.518–524, 2008.

AZEVEDO, Cristina C.; HENNINGTON, Élide A.; BERNARDES, Jefferson S. Inte(g)ração Ensino-Serviço na saúde e a busca do fortalecimento do SUS na primeira década do século XXI. 2013. (no prelo).

BARROS, Maria Elizabeth B.; MORI, Maria Elizabeth; BASTOS, Solange S. O desafio da Política Nacional de Humanização nos processos de trabalho: o instrumento “programa de formação em saúde e trabalho”. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.14, nº1, p. 31/48, 2006.

BARROS, Maria Elizabeth B.; LOUZADA, Ana P. Dor-desprazer-trabalho docente: como desfazer essa tríade? **Revista Psicologia**, USP, São Paulo, v.18, n.4, p.13-34, out/dez 2007.

BARROS, Maria Elizabeth B. et al. Saúde e Trabalho: experiências da PNH e a atenção básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**, v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BATISTA, Nildo A. Educação interprofissional em saúde: educação e práticas. [Internet]. **Caderno FNEPAS**, Rio de Janeiro, v. 2, janeiro 2012.

BENEVIDES, Regina. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? **Revista Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, vol.17, nº2, p.21-21, mai/ago 2005.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização. In: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>. Acesso em 15 de agosto de 2011.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol.10, nº3, p.561-571, 2005.

BERBEL, Neusi A. N. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. **Revista Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 16, n. 2, ed. especial, p. 9-19, out.1995.

BERNARDES, Jefferson de S.; SANTOS, Renata G.; SILVA, Luciano B. A roda de conversa como dispositivo ético-político na pesquisa Social. 2012. [mimeo].

BERNARDES, Jefferson de S. A Psicologia no SUS 2006: alguns desenhos na formação. In: SPINK, Mary Jane (org.). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

BONETTI, Osvaldo. P.; KRUSE, Maria Henriqueta L. A formação que temos e a que queremos: um olhar sobre os discursos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol. 57, n.3, p. 371-379, 2004.

BOTECHIA, Fabiola.; ATHAYDE, Milton. Um regime de produção de saberes sobre o trabalhar e suas relações: a comunidade ampliada de pesquisa. **Anais do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO - Trabalhos Completos. 2007. [Internet]**. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/busca_completos_result.htm?srchtxt=produ%E7%E3o+saberes&srchlst=js%2Fcompletos%2Fbd_completos_trabalho.js&redirecionar=top&sitesporpg=10&pagina=1> Acesso em 17 de agosto de 2013.

BOTECHIA, Fabíola. As Comunidades Ampliadas de Pesquisa (CAP). In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Programa de formação em saúde do trabalhador. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRAGA, Cenira D. Uma contribuição das universidades públicas do Rio de Janeiro aos debates da IX Conferência Nacional de Saúde. [periódico na Internet]. **Revista Saúde em Debate**, Londrina, nº 33, dez. 1991. Disponível em <http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.33++dez.+1991&pesq=&x=28&y=9>. Acesso em 18 de agosto de 2013.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. Programa de integração docente-assistencial. Série **Cadernos de Ciências da Saúde**, nº 3. Brasília, MEC/SESU, 1981.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos>>. Acesso em: 12 de abr. de 2010.

_____. Ministério da Educação. **Leis e Diretrizes de Base da Educação**. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>>. Acesso em 20 de março de 2011.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Torna público e convoca as Instituições de Ensino Superior a apresentar propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores, que serão elaboradas pelas Comissões de Especialistas da Sesu/MEC. **Edital nº 04/97**. Brasília, 1997. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/e04.pdf>>. Acesso em abril de 2011.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**. 09 nov 2001a; Seção 1: 37. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em fevereiro de 2011.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**. 09 nov. 2001b Seção 1:38. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em fevereiro 2011.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 5, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. **Diário Oficial da União**. 09 nov 2001c. Seção1: 39. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES05.pdf>>. Acesso em fevereiro de 2011.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. **Diário Oficial da União**. 04 mar2002a; Seção 1: 9. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES022002.pdf>>. Acesso em fevereiro de 2011.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da União**. 04 mar 2002b; Seção 1: 10. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>>. Acesso em fevereiro de 2011.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. **Diário Oficial da União**. 04 mar 2002c; Seção 1: 11-12. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>>. Acesso em fevereiro de 2011.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 5, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. **Diário Oficial da União**. 04 mar 2002d; Seção 1: 12. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES052002.pdf>>. Acesso em fevereiro de 2011.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 6, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. **Diário Oficial da União**. 04 mar 2002e; Seção 1: 12. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES062002.pdf>>. Acesso em fevereiro de 2011.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 15, de 13 de março de 2002. Estabelece as Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social. **Diário Oficial da União**. 04 mar 2002f; Seção1: 08. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES152002.pdf>>. Acesso em fevereiro de 2011.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 7, de 11 de março de 2002g. Estabelece as Diretrizes Curriculares para os cursos de Ciências Biológicas. **Diário Oficial da União**. 26 mar 2002; Seção 1: 12. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces07_02.pdf>. Acesso em fevereiro de 2011

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 2, de 18 de fevereiro de 2003. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Biomedicina. **Diário Oficial da União**. 20 fev 2003; Seção 1: 16. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces022003.pdf>>. Acesso em fevereiro de 2011.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução nº 8, de 7 de maio de 2004a. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. **Diário Oficial da União**. 18 maio 2004a [citado 2008 set 22]; Seção 1: 16. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08_04.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde**. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_marco_teorico.pdf>. Acesso em 02 de agosto de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório Síntese dos Seminários Regionais da região Nordeste sobre o Pró-Saúde**. Brasília, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. 4ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_marco_teorico.pdf>. Acesso em 02 de agosto de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802 em 26 de agosto de 2008. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)**, 2008b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial Nº 421, de 03 de março de 2010a**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html>. Acesso em 24 de julho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial Nº 422, de 03 de março de 2010b**. Estabelece orientações e diretrizes técnico administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html>. Acesso em 24 de julho de 2013.

_____. Ministério Público Federal. Procuradoria da República em Alagoas. **Recomendação nº 06/GNK/PRAL/2010, de 11 de março de 2011a**. Disponível em: <http://www.aquiacontece.com.br/HOTSITES/MPF_40_Horas.pdf>. Acesso em 18 de julho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-Saúde**. 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26639> Acesso em abril 2011.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **PET-Saúde**. 2013a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1597>. Acesso em agosto de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES**. 2013b. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>> Acesso em agosto de 2013.

BRITO, Jussara. Trabalho prescrito. In: **PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Júlio C. F.** (org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**, 2ªed. [Internet]. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, EPSJV, 2008a, p. 440-445. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/>> Acesso: 07 de agosto de 2013.

BRITO, Jussara. Trabalho real. In: **PEREIRA, Isabel B; LIMA, Júlio C. F.** (org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**, 2ªed. [Internet]. Escola Politécnica de

Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, EPSJV, 2008b. p. 453-459. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/>> Acesso: 07 de agosto de 2013.

BUARQUE, Cristovam. **A aventura da universidade**. 2.Ed. São Paulo: Ed.UNESP; Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1994.

CAMPOS, Francisco E. et al. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, vol. 3, nº 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, Gastão W. S. **Saúde Paidéia**. 3ª Ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2007a.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda**. 3ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2007b.

_____. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, nº 7, 2011.

CANGUILHEM, George. Meios e normas do homem no trabalho. **Revista Proposições**, Campinas, v. 12, n. 2-3, p. 109-121, jul./nov. 2001.

CARNEIRO, Henrique S. Comida e Sociedade: significados sociais na história da alimentação. **Revista História: Questões & Debates**, Curitiba, n. 42, p. 71-80, 2005.

CARVALHO, Yara M.; CECCIM, Ricardo B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, Gastão W. S; MINAYO, Maria Cecília S.; AKERMAN, Marco; DRUMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara M. (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 1ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2006.

CARTA DE BRASÍLIA. Documento final do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Brasília, 2005. Disponível em <www.ensp.fiocruz.br/radis/37-web-01.html> Acesso em maio de 2012.

CARVALHO, Cícero P. O. Nordeste - sinais de um novo padrão de crescimento (2000-2008). **Revista Economia Política do Desenvolvimento**. Maceió, vol. 1, n. 2, p. 7-40, mai./ago. 2008.

CECCIM, Ricardo B. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.13, nº5, p.1567-1578, 2008.

CECCIM, Ricardo B.; PINTO, Luiz F. Pobreza e Desenvolvimento humano: a formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, vol.31, nº3, p.266-277, 2007.

CECCIM, Ricardo B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol.10, nº4, p.975-986, 2005.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Revista Physis**, Rio de Janeiro, vol.14, nº1, p.41- 65, 2004.

CHARLOT, Bernard. Educação e trabalho: problemáticas contemporâneas convergentes. **Revista Educação, Sociedade & Culturas**, Porto (PT), nº22, 2004.

CORREIA, Maria Valéria C. Controle social. In: Pereira, Isabel B.; LIMA, Júlio C. F. (orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

COSTA, Hercilene M. S. O círculo de cultura enquanto possibilidade de interação entre a academia e a comunidade: produzindo saberes mestiços. 2001. [Internet]. Disponível em: <http://www.geocities.ws/liasilveira2001/word/artigo_hercilene_freire.rtf>. Acesso em maio de 2012.

CUNHA, Daisy M. **Notas conceituais sobre atividade e corpo-si na abordagem ergológica do trabalho**. [Internet] Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/30ra/trabalhos/GT09-3586--Int.pdf>>. Acesso em 08 de setembro de 2013.

DESLANDES, Suely F.; MITRE, Rosa M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP), v.13, supl.1, p. 641-9, 2009.

DURRIVE, L.; SCHWARTZ, Y. Glosario de la ergologia. [Periódico na Internet]. **Revista Laboreal**, Porto (PT), n.1, pp. 23-28, 2008.

DURRIVE, L. Formação, trabalho, juventude: uma abordagem ergológica. **Revista Pro-Posições**, Campinas, v.13, n.3(39), set/dez 2002.

FACCHINI, Luiz A. et al. **Monitoramento e Avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF): Relatório Municipal do Estudo de Linha de Base de Maceió – Lote 2 Nordeste**. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2006.

FAVORETO, Cesar A. O.; PINHEIRO, Roseni. Refletindo sobre uma escuta do usuário ou uma escuta com o usuário? In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (orgs.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011.

FAZENDA, Ivani. (org.). **O que é interdisciplinaridade?** São Paulo: Ed. Cortez, 2008.

FAZENDA, Ivani. Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade na formação de professores. **Revista Brasileira de Docência, Ensino e Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, nº 1, p.24-32, Maio/2009.

FERREIRA, José R. **Relatório Final PET-SAÚDE – Saúde da Família 2009 - Período de abril de 2009 a março de 2010**. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEGES/SGTES. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_analise_relatorios2009.pdf>. Acesso em abril de 2011.

FERREIRA, Maria de Lourdes. S. M. et al. Construção de Espaço Social Unificado para formação de profissionais da saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.34, p. 304-309, 2010.

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP), v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

FIGARO, Roseli. **As contribuições da abordagem ergológica para o binômio comunicação e trabalho**. Trabalho apresentado no IX Colóquio Binacional Brasil-França de Ciências da Comunicação, evento componente do XXXII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. [Internet]. Curitiba, setembro 2009.

FORTUNA, Cinira M. et al. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.2, mar-abr 2005.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa**. 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FURLAN, Paula G.; CAMPOS, Gastão W. S. Os grupos na atenção básica à saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. Série B. Textos Básicos de Saúde**. Cadernos HumanizaSUS, v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

GADOTTI, Moacir. **Pensamento pedagógico brasileiro**. São Paulo, Ática, 2009.

GAZETA WEB. **Segurança da UFAL está em risco** [reportagem]. Maceió, 20 de março de 2011. [Internet]. Disponível em: <http://gazetaweb.globo.com/v2/noticias/texto_completo.php?c=227596>. Acesso em 28 de julho de 2011.

GERHARDT, Tatiana E. Da saúde pública à antropologia: (re)ligando os conhecimentos em torno das desigualdades sociais e de saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 365-379, jul./set. 2010.

GIL, Célia. R. R. et al. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 2008; vol.32, n.2, p.230- 239.

GUESSER, Adalto H. A etnometodologia e a análise da conversação e da fala. **Revista Em Tese**. Florianópolis, Vol. 1 nº 1 (1), p. 149-168, agosto-dezembro, 2003.

HADDAD, Ana. E. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2010, vol. 44, p.383-393.

HADDAD, A. E. et al. Programa de educação pelo trabalho para a saúde. PET-Saúde. **Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro, vol. 5, outubro 2009.

HARDINGHAM, Alison. **Trabalho em equipe**. São Paulo: Ed. Nobel, 2000.

HECKERT, Ana L. C.; NEVES, Cláudia A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, Roseni et al. (orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2010.

HENNINGTON, Élide A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 21, n.1, p. 256-265, fev. 2005.

HENNINGTON, Élide A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista de Saúde Pública**, vol. 42, n° 3, p.555-61, 2008.

IBAÑEZ, Tomás. O giro linguístico. In: IÑIGUEZ, L. **Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais**. Petrópolis (RJ): Ed. Vozes, 2004.

IBAÑEZ, Tomás. **Municiones para disidentes: realidade-verdad-política**. Barcelona: Gedisa Editorial, 2001.

IBGE. 2011. [Internet]. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 21 de julho 2011.

KLIPPEL, Áquila. **O Tear. Princípios de funcionamento**. [Site da Internet]. Disponível em <<http://www.tecelagemmanual.com.br/paginal4.htm>>. Acesso em 20 de agosto de 2013.

LEIS, Héctor R. Sobre o conceito de interdisciplinaridade. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, Florianópolis, n.73, agosto 2005.

LENOIR, Yves.; HASNI, Abdelkrim. La interdisciplinaridad: por un matrimonio abierto de la razón, de la mano y del corazón. [Internet]. **Revista Iberoamericana de Educación**, n° 35, p. 167-185, mai-ago 2004.

LENOIR, Yves. Três interpretações da perspectiva interdisciplinar em educação em função de três tradições culturais distintas. [Periódico na Internet]. **Revista E-Curriculum**, São Paulo, v.1, n.1, dez.-jul.2005-2006. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/ecurriculum>>. Acesso em 13 agosto de 2013.

LENOIR, Yves; SAUVÉ, Lucie. De l'interdisciplinarité scolaire à l'interdisciplinarité dans la formation à l'enseignement: un état de la question. 1 – Nécessité de l'interdisciplinarité et rappel historique». **Revue Française de Pédagogie**, n.º124, pp. 121-153, 1998. Disponível em: <http://ife.ens-lyon.fr/publications/edition-electronique/revue-francaise-de-pedagogie/INRP_RF124_11.pdf>. Acesso em 29 de julho de 2013.

LIMA, Josiane V. C. et al. A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. **Revista Trabalho, Educação, Saúde**. Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 207-227, jul./out.2010.

LINS, Auristela M.; CECÍLIO, Luiz C. O. O Programa UNI no Brasil: uma avaliação da coerência no seu processo de formulação e implementação. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP), v.2, n.3, agosto, 1998.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, vol.3, n. 1, mar. 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MENEGON, Vera M. Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano. In: SPINK, Mary Jane (org.). **Práticas discursivas e produções de sentido no cotidiano**. 2ª Ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2000.

MENICUCCI, Telma M. G. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.2, p.72-87, mai-ago 2006.

MERHY, Emerson E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, Cesar R. et. al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**. São Paulo: Ed. Xamã, 1998.

MOIMAZ, Suzely. A. S. et al. Práticas de ensino-aprendizagem com base em cenários reais. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP), v.14, n.23, p. 69-79, jan/mar 2010.

MOREIRA, Antônio F. B. (org.) **Indagações sobre currículo: currículo, conhecimento e cultura**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, 2007.

MORI, M. E.; SILVA, F. H; BECK, F. L. Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) como dispositivo de cogestão. **Revista Comunicação Saúde Educação**, Botucatu (SP), v.13, supl.1, p.719-27, 2009.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000.

NEVES, Tatiana P. A incorporação da abordagem ergológica na formação dos profissionais de saúde: em busca da integralidade da atenção à saúde. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.13, n.2, p. 217-223, abr/jun 2010.

NUNES, Everardo D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão W. S. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006.

OBSERVATÓRIO DO SUS ALAGOAS. Conselho Federal de Medicina. **Falta de financiamento penaliza oferta da assistência** [reportagem da internet]. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21870:alagoas&catid=3>. Acesso em 16 de julho de 2011.

OLIVEIRA, Gustavo N. O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, UnB, v.6, n.2, Abr. 2012. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1125/1039>>. Acesso em: 03 de agosto de 2013.

OLIVEIRA, Milca L. et al. PET-Saúde: (in)formar e fazer como processo de aprendizagem em serviços de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.36, n.1, Supl. 2, 2012.

OLIVEIRA, Denise C. et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.197-206, jan.2008.

OMS. Gabinete da Rede de Profissões de Saúde - Enfermagem & Obstetrícia do Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa** [Internet]. OMS, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/>. Acesso em 19 de agosto de 2013.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol.12, Supl., p.1819-1829, 2007.

PAIVA, Carlos H. A.; PIRES-ALVES, Fernando; HOCHMAN, Gilberto. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, nº3, 2008.

PASCHE, Dario F.; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 2011. Disponível em <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=5996> Acesso em 20 de agosto de 2011.

PASCHE, Dario F.; PASSOS, Eduardo. Apresentação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**. Cadernos Temáticos PNH: Formação em humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

PASCHE, Dario F. **Humanizar a formação para humanizar o SUS**. [Internet] Texto apresentado no 1º Seminário Nacional do Pró-Saúde II. Brasília, março de 2009a. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/5330-humanizar-a-formacao-para-humanizar-o-sus>> Acesso em 02 de setembro de 2013.

PASCHE, Dario F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.13, supl.1, p.701-8, 2009b.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, M. E. B; MATTOS, Ruben A. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro, CEPESC, 2007.

PIANCASTELLI, Carlos H. et al. O trabalho em equipe. Texto de apoio à Unidade Didática I. [Internet]. Disponível em <<http://www.estrategiabrasileirinhos.com.br/wp-content/uploads/2011/03/OTrabalhoemequipe.pdf>>. Acesso em 10 de outubro de 2013.

PIRES, Maria Raquel G. M. Politicidade do Cuidado e Avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e

políticas de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, vol.5 (Supl. 1), dez. 2005.

PPS ALAGOAS. **Cícero Pérciles alerta sobre dependência de Alagoas dos recursos federais** [reportagem da Internet]. Maceió, 04 de setembro de 2009. Disponível em: <<http://alagoas.pps.org.br/portal/showData/157955>>. Acesso em 18 de julho de 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **Mapa de distribuição das equipes do PSF em Maceió**. Agosto 2013. [Site Institucional]. Disponível em: <http://www.sms.maceio.al.gov.br/?pag=psf_mapa>. Acesso em 19 de agosto de 2013.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Obra no bairro mais pobre de Maceió beneficia 564 famílias** [reportagem da Internet]. Disponível em: <www.pnud.org.br>. Acesso em 27 de julho de 2011.

RADAELLI, Paula R. R. V.; ZAVAREZA, Lierge G. Educação Permanente sob a ótica gerencial: enfoque na saúde integral do adolescente. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 12, n. 1, p. 07-15, dez. 2010.

REDE UNIDA. Contribuições para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde. **Revista Olho Mágico**, Londrina, nº16, 1998. [Periódico na Internet]. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N16/home.htm>>. Acesso em 08 de maio de 2013.

SACRISTÁN, J. Gimeno. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SANT'ANNA, Suze R.; HENNINGTON, Élide A. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. **Revista Interface (Botucatu)** [online], São Paulo, vol.14, n.32, p. 207-215, 2010.

SANTOS-FILHO, Serafim B.; BARROS, Maria Elizabeth B. **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 2007.

SANTOS-FILHO, Serafim B.; BARROS, Maria Elizabeth B.; GOMES, Rafael. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, supl.1, p.603-13, 2009.

SAVIANI, Dermeval. Instituições Escolares: conceito, história, historiografia e práticas. **Revista Cadernos de História da Educação**. Uberlândia (MG), nº. 4, jan./dez. 2005.

SCHWARTZ, Yves. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. **Revista Trabalho e Educação**, Belo Horizonte, n.7, jul/dez 2000.

_____. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industrial. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, vol.2, nº1, p. 33-55, 2004.

_____. Entrevista. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4 n. 2, p. 457-466, 2006.

_____. Eloge des normes. Chapitre 3/11 du Manifeste pour un Ergo-Engagement, 2009. In: **HISTOIRE DU TRAVAIL. Journal d'un ergonomiste**. Disponível em: <<http://www.histoires-de-travail.fr/?q=content/eloge-des-normes>>. Acesso em 29 de julho de 2013.

_____. A experiência é formadora? **Revista Educação & Realidade**, Porto Alegre, nº 35, vol.1, jan-abr 2010.

_____. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 19-45, 2011.

SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis (orgs.). **Trabalho & Ergologia. Conversas sobre a atividade humana**. Niterói (RJ): EdUFF, 2007.

SILVA, Luiz A. S. R. A Educação Médica e a Reforma Sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, nº 4, vol.2, out/dez, 1986.

SPINK, Mary Jane (org.). **Práticas discursivas e produções de sentido no cotidiano**. 2ª ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2000.

SPINK, Mary Jane; MENEGON, Vera M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, Mary Jane (org.). **Práticas discursivas e produções de sentido no cotidiano**. 2ª ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2000.

SPINK, Mary Jane. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

SPINK, Peter K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Revista Psicologia & Sociedade**. [online], Florianópolis, vol.15, n.2, pp. 18-42, 2003.

SPINK, Peter K. O pesquisador conversador no cotidiano. **Revista Psicologia & Sociedade**. [online], Florianópolis, vol. 20, Edição Especial, p.70-77, 2008.

STELLA, Regina C. R; CAMPOS, João José B. Diretrizes curriculares nacionais na graduação em medicina no Brasil. **Cadernos ABEM**, vol. 2, Rio de Janeiro, Junho 2006.

STELLA, Regina C. R. et al. Cenários de prática e a formação médica na assistência em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, 2009, vol.33 (supl.1), p.63-69.

TANCREDI, Francisco B.; FEUERWERKER, Laura C. M. Impulsionando o movimento de mudanças na formação dos profissionais de saúde. [periódico na internet]. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 8 - nº 2 mai./ago.2001. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/olhomagico/>>. Acesso em 17 de agosto de 2013.

TEJADA, César A. O.; JACINTO, Paulo A; BEZERRA, Luciane A; OLIVEIRA, Joyciliene A. **A pobreza em Alagoas: evolução e determinantes (1981-2005)**. [Internet]. Trabalho apresentado no XLV Congresso da Sociedade Brasileira de

Economia, Administração e Sociologia Rural. Londrina (PR), julho de 2007. Disponível em: <<http://www.sober.org.br/palestra/6/412.pdf>>. Acesso em 18 de julho de 2011.

TELLES, Ana L.; ALVAREZ, Denise. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, Marcelo et al. (orgs). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

TRINQUET, Pierre. Trabalho e educação: o método ergológico. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, número especial, p. 93-113, ago.2010.

TUDO NA HORA. **Governo vai ajudar município de Maceió a fortalecer sua Atenção Básica** [reportagem na Internet]. Maceió, 07 de novembro de 2008. Disponível em: <<http://tudonahora.uol.com.br/noticia/maceio/2008/11/07/34565/governo-vai-ajudar-municipio-de-maceio-a-fortalecer-sua-atencao-basica/imprimir>>. Acesso em 17 de julho de 2011.

UFAL. FACULDADE DE MEDICINA. **Projeto Pedagógico do curso de Medicina**. Maceió: UFAL, 2006. [Internet]. Disponível em: <<http://www.ufal.edu.br/ufal/ensino/graduacao/cursos/campus-maceio/ppc-medicina.pdf>>. Acesso em 19 de julho de 2011.

_____. FACULDADE DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA. **Projeto Pedagógico do curso de Enfermagem**. Maceió: UFAL, 2007a. [Internet]. Disponível em: <<http://www.ufal.edu.br/ufal/ensino/graduacao/cursos/campus-maceio/ppc-enfermagem.pdf>>. Acesso em 19 de julho de 2011.

_____. FACULDADE DE MEDICINA. **Resumo do Relatório Pró-Saúde I**. Maceió, 2007b. Disponível em: <http://prosaude.org/med/resumo/UFAL_1_MED.pdf>. Acesso em 24 de julho de 2011.

_____. PET-Saúde Institucional. Universidade Federal de Alagoas. 2009/2010 - 1. Anexo 2. Campus Maceió. UFAL, 2008. [mimeo].

_____. Pró-Reitoria de Graduação. **Relatório Anual PET-Saúde – Saúde da Família**. UFAL/Campus Maceió. Abril/2010 a Março/2011. Maceió, 2011.

_____. Pró-Reitoria de Graduação. **Relatório Final PET-Saúde/Saúde da Família**. Campus Maceió. Maceió, UFAL, maio 2012a.

_____. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - **Pró/Pet-Saúde**. UFAL, 2012b. Disponível em: <http://www.ufal.edu.br/unidadeacademica/fanut/anexos/c9fa98fd57414332a3136416226dbf3e/projeto-pro_petsaude-ufal-maceio.docx>. Acesso em 29 de julho de 2013.

VEIGA NETO, Alfredo. Crise da modernidade e inovações curriculares: da disciplina para o controle. **Sísifo, Revista de Ciências da Educação**, Portugal, n.º 7, set/dez, 2008.

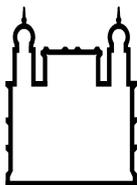
VERÇOSA, Élcio G.; TAVARES, Graça M. Educação Superior e Alagoas 1991-2004. In: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP).

Educação Superior Brasileira: 1991-2004. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

VILLA, Eliana A.; ARANHA, Antonia V. S. A formação dos profissionais da saúde e a pedagogia inscrita no trabalho do programa de saúde da família. **Revista Texto e Contexto Enfermagem.** Florianópolis, vol.18, nº4, p. 680-7. Out-Dez 2009.

WETHERELL, M.; POTTER, J. El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos. In. GORDO, A.J.; LINAZA, J.L. **Psicologías, discursos y poder (p.d.p.)**, Madrid, Visor, 1996.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde
 FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz
 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
 Comitê de Ética em Pesquisa



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa denominada **Integração Ensino-Serviço em Unidades de Saúde do município de Maceió: preceptorias do PET-Saúde/Saúde da Família na perspectiva da Política Nacional de Humanização em Saúde** tem por objetivo aprofundar a compreensão sobre as relações ensino-serviço que ocorrem nas Unidades Básicas de Saúde de Maceió, a partir dos discursos e práticas dos preceptores do Programa PET-Saúde / Saúde da Família.

Serão realizadas rodas de conversas sobre o tema, previamente agendadas com os grupos de profissionais que concordarem com o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As rodas de conversa terão a duração máxima de duas horas e serão gravadas para proporcionar um registro mais fidedigno e detalhado dos dados informados. Todos os dados e informações obtidos a partir da pesquisa serão utilizados para fins de estudo e os participantes não serão identificados.

Esta pesquisa não traz risco ou desconforto e nenhum custo aos participantes. A participação é absolutamente livre, não implicando em nenhum tipo de constrangimento para a pessoa que se recusar a participar. Em qualquer momento da pesquisa serão fornecidos esclarecimentos e, além disso, o participante pode se retirar do estudo quando desejar, sem que isto acarrete qualquer tipo de prejuízo.

As atividades serão desenvolvidas pela pesquisadora Cristina Camelo de Azevedo, cujo endereço institucional está registrado como: UFAL – Campus A. C. Simões

– Instituto de Ciências Humanas, Comunicação e Artes - Curso de Psicologia - Av. Lourival Melo Mota, s/n, Bairro Cidade Universitária, CEP 57309-005, na cidade de

Maceió, estado de Alagoas. Os telefones para contato com a pesquisadora são: (82)9981-7983/8727-2975.

São coordenadores da pesquisa, os profs. Drs. Élide Azevedo Hennington e Jefferson de Souza Bernardes, orientadores do Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública. Os telefones de contato são (21) 38659595 e (82) 3241-1336, respectivamente.

Este documento será emitido em duas vias, ficando uma delas com a pesquisadora e a outra será entregue ao respondente. Ambos, pesquisadora e respondente, deverão rubricar as páginas que não assinaram e isso deve ser feito de tal maneira que as assinaturas não fiquem em páginas separadas.

Eu, _____, após efetuar a leitura do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar da pesquisa acima descrita.

Data: ____/____/____

Assinatura do (a) Participante

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE B - Roteiro para as Rodas de Conversa

ROTEIRO DAS RODAS DE CONVERSA

- Atentar sempre para se inteirar como os participantes do grupo se sentem no momento da roda de conversa e reiterar o compromisso de duração da reunião (no máximo, duas horas);
- A estratégia principal é solicitar o relato de exemplos para as situações que se quer conhecer/compreender.
- Explorar as seguintes questões:

- Razões de ter escolhido ser preceptor

(Como chegou a ser preceptor? Quais as razões de ter escolhido ser preceptor?)

- Conhecimento do projeto PET-Saúde da Família

(O que tem achado do PET-Saúde da Família? O que o diferencia dos estágios tradicionais?)

- Auto-avaliação do papel de preceptor

(Como foi ou tem sido a experiência ser preceptor? A seu ver, qual tem sido a sua contribuição para a formação dos alunos?)

- Comunicação e Convivência

(Durante o exercício do papel de preceptor, como tem sido a convivência com os estudantes? E com os professores tutores? E com os colegas de trabalho? E com os gestores? o que tem facilitado ou dificultado o exercício da função de preceptor? O que fez para superar as dificuldades?).

- Conhecimento do projeto pedagógico do curso do qual é preceptor

(O que acha importante no Projeto Pedagógico do curso para o qual é preceptor? Já o leu?)

- Conhecimento das DCN para o curso do qual é preceptor

(O que acha importante nas DCN do curso para o qual é preceptor? O que lhe chama mais a atenção?)

- Análise da proposta de interdisciplinaridade

(Como tem sido as possibilidades ou impossibilidades da convivência entre os preceptores, qualidade da interação, formas de superação?)

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE			
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO
M1			<p>O processo é muito parecido (ao anterior)... só que dessa vez você vai trabalhar com outros alunos... é sobre Promoção em Saúde (o PRO de PROPET) e tem esses eh... três subprojetos: Controle Social, Vigilância em Saúde e Drogas. Antes correspondiam praticamente a quatro PET's separados. Cada Unidade pode escolher o que quer trabalhar, de acordo com o que a comunidade quer trabalhar com esses projetos. E aí se vai trabalhar na perspectiva de todos os estudantes. Na Vigilância em Saúde especificamente a gente vai trabalhar as doenças crônicas, transmissíveis e não transmissíveis e no Controle Social, a gente vai continuar a trabalhar a perspectiva do Conselho Gestor. Então ficou de cada Unidade ver quais as necessidades de sua comunidade, para poder trabalhar.</p>		<p>Nesse novo formato, nós somos sete grupos tutoriais de sete cursos, só que esses tutores não vão trabalhar apenas com os alunos de seus cursos. Só a Medicina ficou com seis preceptores e os outros seis cursos com cinco preceptores. A gente não vai trabalhar na perspectiva de que o tutor de Medicina fique apenas com os alunos da Medicina.</p>	

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
M1			<p>Cada preceptor terá três alunos sob seu comando, de preferência de outros cursos que não sejam o dele, para que a gente fortaleça a questão da integração. Isso é uma novidade nesse novo projeto, PET III, uma vez que nas versões anteriores, nós trabalhávamos apenas com os alunos de nossos cursos. Nos PET's I e II, nós trabalhávamos exclusivamente com cada curso. No PET I, cada curso trabalhou quase que isoladamente. No PET II, nós avançamos e fizemos os grupos mistos. Os preceptores trabalhavam com alunos dos próprios cursos, mas tínhamos momentos em que eles se misturavam com outros cursos, daí o nome de grupos mistos. E agora no PET III, a gente (tutores) está trabalhando com alunos de outros cursos e os preceptores de cursos diferentes trabalham e esses alunos interagem com preceptores de outros cursos. Diga-se de passagem, isso já é uma prerrogativa das versões anteriores que a gente não conseguiu implantar e que outros lugares já</p>			<p>Quem está desde o PET I estranhou essa nova forma de trabalhar com alunos de outras áreas, a ponto de uma preceptora da Medicina segura para trabalhar com alunos de outro curso.</p>	<p>A gente tem que lembrar que vai haver momentos de capacitação e orientação e que esses três subprojetos já estão traçados e já existem objetivos e uma metodologia definida para cada um deles [...] quem tiver dificuldades de lidar com questões desde a metodologia até a execução do projeto haverá capacitações para quem precisar porque nem todo mundo é apto para entender, dominar e desenvolver todos esses temas. Esse é que é o grande mote dessa nova versão do PET.</p>

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE					
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA	
			trabalhavam com o PET dessa forma. Quem está desde o PET I estranhou essa nova forma de trabalhar com alunos de outras áreas, a ponto de uma preceptora da Medicina dizer que não se sentiria à vontade e não se sentiria segura para trabalhar com alunos de outro curso.					
M1			A novidade está em preceptores trabalharem com alunos de diferentes cursos. Também se trabalhava com grupos maiores. A Medicina, por exemplo, possuía dois grandes grupos de preceptores para cada tutor.		Eu, por exemplo, era tutor de um dos grupos e trabalhava com seis preceptores (cada um de uma diferente Unidade) e confesso que não consegui acompanhá-los, até por conta de outras atividades minhas, e não consegui acompanhar também o trabalho daqui. Eu, agora, vou acompanhar apenas dois preceptores, um por Unidade. Administrativamente, ficou muito melhor.			

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
E1						Sou formada em Enfermagem há quinze anos e são quinze anos em Saúde Pública. Comecei logo no PACS ¹³ , no município de Mata Grande (?), depois fiz concurso para Maceió e desde 1998 que estou nesta mesma Unidade, com a mesma comunidade e com a mesma equipe [...] E aí começamos a receber alunos pelo Pró-Saúde, da Enfermagem, da Medicina, lá no CAIC ¹⁴ da UFAL. Depois começamos a receber também, alunos de Enfermagem do CESMAC e Auxiliares de Enfermagem. Mas depois ficaram somente	

¹³ O PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) existe desde o início dos anos 90, foi regulamentado em 1997 e é compreendido hoje como uma importante estratégia de transição para o Programa de Saúde da Família (PSF). O Programa inspirou-se nas experiências de prevenir as doenças da população através de orientações e informações sobre os cuidados de saúde e contou com os ACS para a sua realização.

Fonte: BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf> Acesso em 10 de março de 2013.

¹⁴ CAIC – Centro de Atenção Integral à Criança.

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
						os alunos de Enfermagem da Ufal. Depois disso, surgiu a inscrição para o PET I, em 2008, e fui selecionada. E3 contou os anos e viu que no Pró-Saúde, nós estamos há seis anos. Além do PET I, participei do PET II e esse agora, PET III, diminuiu a quantidade de preceptores da área de Enfermagem, passando de três preceptores para um. Aí nós três combinamos que continuaríamos a participar, mas só o nome de uma poderia aparecer. E decidiu-se que seria o meu. [...] Eu já lidava com alunos desde o PACS, depois no PROFAE. A Enfermagem, desde a faculdade, nos leva a ter experiências não somente com a parte assistencial, mas também com a área administrativa e a docência, pois temos que lidar com os ACS, capacitando, supervisionando. Então, não sentimos tanto impacto porque a gente já sai da faculdade preparada para isso.	
E1			Além do PET I, participei do PET II e esse agora, PET III, diminuiu a quantidade de	Mas é um ponto positivo, porque a gente não só apanha			

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
			preceptores da área de Enfermagem, passando de três preceptores para um. Aí nós três combinamos que continuaríamos a participar, mas só o nome de uma poderia aparecer. E decidiu-se que seria o meu.	muito, mas eles nos forçam a ler, estudar, escrever... A gente fazia trabalhos... Todo Congresso de Enfermagem a gente leva trabalho. Nesse mês, estou levando dois trabalhos para um Congresso. Tem artigo... Vejo como um ponto positivo.			
O1						Sou cirurgião dentista, estou há quase sete anos na UBS e comecei no PET II a receber alunos. Já tinha recebido alunos uma vez, em 2008 ou 2009, através do NUSP.	
O1	Foi desenvolvida a pesquisa geral do PET (provavelmente sobre Mortalidade Infantil) que todo mundo participou e também cada preceptor desenvolveu pesquisas específicas com seus grupos. Até escrevemos um artigo, mas terminou não dando certo, pois enviamos para a revista e não foi aceito.			Comecei a receber os alunos do PET II, em 2010, e gostei muito da experiência, principalmente porque nos estimulou a desenvolver pesquisa, como E1 falou.			

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
O1				Gostei muito pq a gente tem que estar se atualizando o tempo inteiro quando está com alunos.		Estou na expectativa de como vai ser esse novo formato PET porque embora já tenha trabalhado com alunos, só vou poder ficar com alunos de outros cursos e não da odontologia. Foi um pouco frustrante quando eu soube, mas vamos ver no que vai dar [...] Acho que é medo de sair do que eu já conhecia. É mais isso. Como eu já sabia como era antes e estava tudo sob meu controle, e agora eu vou viver uma coisa nova acho que foi meio frustrante só com relação a isso, mas eu já superei.	
M2	Durante o desenvolvimento de nosso trabalho no PSF foi introduzido o Pró-Saúde, mudou-se um pouco a estrutura do currículo da Medicina e aí eles viabilizaram a ida dos meninos desde cedo para conhecer a realidade do SUS e foi quando a gente começou a receber alunos na Unidade. Alunos da Psicologia, Nutrição,					Sou médica, sempre trabalhei em serviço público, tenho vinte anos de formada. Em 1996 ingressei na Prefeitura, não no PSF. Depois em 1998, através de concurso entrei para o PSF e estou na mesma Unidade desde o início dos tempos de PSF (ri). A gente mudou fisicamente de lugar, porque antes era no CAIC, depois quando construíram a Unidade viemos para a comunidade (referindo-se ao local onde se encontram hoje) e continuamos na mesma equipe. Eu e E1. é	Mas com o M1 já havia falado, cada preceptor ficava mais direcionado para a sua área. Também estou desde o PET I. Um adendo ao Pró-Saúde: a escolha foi por 'livre e espontânea pressão'. Na época, eu não aceitei muito a 'história'. Porque era assim: ou você aceita ou pede a transferência. Pesquisadora- Aceita o quê? Os alunos. Porque quem trabalha em serviço público subte-se que

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
	Odonto.					um 'casamento' que está durando quinze anos.	está disponível para prestar essa assistência [...] A Universidade reuniu a gente que já tinha sido, não sei como, selecionada [...] Ficou definido não sei como politicamente, através de convênios, que se iria trabalhar com o Pró-Saúde nas Unidades próximas à Universidade. Mas não fizeram nenhum convite a nós, entendeu? Fizeram uma 'preparação' que era para a gente aceitar e teve colega nosso que não aceitou de jeito nenhum! Era uma preparação como se fosse uma lavagem de candidato político [...] Não foi a história do PET, não [...] Aí fizeram uns treinamentos burocráticos, até porque ninguém era professor. No geralção ninguém era professor, ninguém nunca tinha recebido aluno. Era uma coisa muito nova para todos. Mas a imposição foi essa, assim. Se a gente não aceitasse, pedisse transferência da Unidade na qual estava. Eu e outra não gostamos da imposição, lógico. A gente

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
							se sente desvalorizada como profissional. Afinal, você está numa Unidade há 10 anos e não pode ter opção. Mas o ruim não foi ainda os alunos. O ruim foi essa imposição, 'entrespas'.
M2				Eu já tinha tido a experiência de trabalhar com alunos. Eu fiz Residência Médica e, na Residência, o R1 fica 'no pé' do sextanista, o R2 'no pé' do R1, o R3 'no pé' do R2 e assim eu já tinha essa experiência. Eu não fiquei assustada com o novo, porque não era assim tão novo. Mesmo porque eram somente dois alunos vinculados à gente. Mas passei muito constrangida por não poder optar, entendeu?			Outra coisa que também achei falho no começo foi a gente não ter tido uma capacitação voltada para a docência, sobre como receber aqueles alunos, de atualizações porque aqueles meninos estavam na universidade, 'fresquinhos', e no dia a dia, não tem como a gente estar se atualizando. Mas assim vamos p'ra frente. Teve colegas que, quando os alunos chegavam, elas simplesmente faziam de conta que os alunos não existiam e num instante tiraram os alunos dela.

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
M2						Só que eu sempre tive muita sorte com meus preceptores, com meus estágios na época de estudante e na Residência. Eles sempre tiveram boa vontade de me ensinar. Acho que o mínimo que eu podia fazer era devolver aquilo. Eu nunca tive problemas com os alunos. Depois entrou o PET e a escolha do PET foi assim: como a gente já estava com os alunos, nada mais justo que pegar o PET, também. E quem tinha ficado e sobrevivido ao primeiro impacto, já estava gostando porque querendo ou não, os alunos estimulam a gente a estudar.	
M2				Querendo ou não, os alunos estimulam a gente a estudar. Outra coisa: a profissão da gente é meio solitária. Lá, sozinha, até atendendo pacientes. Com os alunos, não. A gente interage, discute.			E o PET agregou essa questão de trabalhos, de produção científica, que até então, nas Unidades a gente não tinha esse tempo, esse espaço pra eles.
M2							No Pró-Saúde a gente era bem voltada pro aluno. Se bem que eles faziam trabalhos, mas não tinha

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
							uma coisa direcionada, entendeu? O PET veio como organizar essa parte científica. Então, é como todos dizem. É um estímulo e eu fiquei durante dois PET's.
E2						Eu fiz em 1996 a parte de Enfermagem. Foram apenas nove vagas e, quando estava terminando a validade do concurso eles fizeram outro e foi aí que chamou o restante da enfermagem [...] Então, estou no PSF desde 1998 e também na mesma equipe. Mesma equipe, digo, de auxiliares de enfermagem e de ACS, se bem que dentre os ACS já houve várias mudanças, e também de médicos. E também recebemos alunos do Pró-Saúde, da enfermagem, da saúde e sociedade (disciplina) e no CAIC, já recebia alunos auxiliares de enfermagem da Clínica Santa Juliana e outras escolas. Nós começamos assim.	
E2				No PSF, tínhamos alunos da Ufal do primeiro ano, depois no Pró-Saúde e agora continuamos no PET,			

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
				desde o início. Achei muito bom a troca de experiências com os alunos, porque a gente tb. aprende com eles, o incentivo para estudar e pesquisar e tb. estar sempre se atualizando.			
E2			Para mim, eu não sei se está correto dizer, o PET I foi o PET Enfermagem, vamos falar assim. O PET II foi o PET misto e agora, eu vou chamar o PET III de PET 'Não enfermagem', porque não vai ter mais aluno da enfermagem, nem vai ser misto, não é isso? Porque a gente vai ficar com outros alunos [...] De início, eu pensei que a gente ia ficar com alunos da enfermagem e outros cursos, como foi anteriormente.				
M1			A previsão é ficar com alunos de outros cursos [...] É para que haja uma melhor integração. Como a gente tentou no PET II fazer essa integração com o grupo misto, esta não aconteceu. Na realidade, virou um trabalho				

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
			<p>multiprofissional e não um trabalho interdisciplinar. Na realidade, agora a gente tá tentando avançar para o interdisciplinar.</p>				
O1			<p>Mas vai ter o mesmo problema que houve no PET II: a questão dos horários. E principalmente a medicina, odonto e enfermagem que tem horários mais restritos. Os outros cursos tem uma parte da tarde livre, né?</p>				
M2						<p>Se a gente parar para pensar nos preceptores é uma experiência interessante. De certa forma, até gradativa. Começa com os alunos da área que a gente conhece, até para não assustar muito; depois se tenta integralizar com outras áreas; e agora, totalmente com os outros. Quem passar pelas três etapas vai achar uma experiência bem mais interessante.</p>	
E1	<p>Acho a experiência muito positiva não só para os preceptores mas tb. para os alunos. Porque a gente na enfermagem teve alunos que quando saíram, foram para a</p>	<p>Antes de M1 falar eu gostaria de falar mais um pouquinho sobre as parcerias. Tem o CRAS, a escola, o Posto de Saúde, a creche, mas no nosso dia a dia, quando a gente</p>					

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
	Residência, depois já entrou em Mestrado... E a prática ajudou muito no dia a dia. Saíram para concurso e passaram.	entra na Unidade, corre pra lá, corre pra cá, tinha dia que a gente nem sentava para chamar o pessoal do CRAS para vir fazer uma palestra... Aí os alunos universitários.... Por que não trabalhar junto com essas parcerias, chamar as outras instituições que existem na comunidade? E porisso, os alunos se foram, mas ficou a possibilidade de fazer parcerias. A gente tem um trabalho muito bonito junto com o CRAS. Todos os grupos da Unidade, o CRAS ¹⁵ faz parte.					
E1	Temos um projeto de extensão junto com a Escola chamado "Saúde na Mão, Capoeira no Pé". Quem foi que trouxe? O PET, os						Eu fiquei um pouco triste com o PET da Ufal porque, quando a gente combinou que ia receber os alunos, eles falaram que a gente ia ter em troca capacitação,

^{15,4} CRAS – Centro de referência em Assistência Social

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
	alunos, a Ufal. A gente tem grupo de gestante, do adolescente e do idoso, de quinze em quinze dias é a Unidade. Nos outros quinze dias é o pessoal do CRAS (quem coordena). Tem assunto na área da saúde que a gente não domina, por exemplo, uso de drogas na gestação, que a gente como enfermeira não domina esse assunto, veio a assistente social, o psicólogo, que ajudou a passar esse assunto para a gestante.						especialização, que ajuda bastante... mestrado e tudo isso a gente ia sair na frente, a gente não ia concorrer com os outros pq com isso a gente ia ter uma pontuação maior. Não sei na Medicina, mas na Enfermagem, a gente não tem inscrição, seleção para Mestrado... A gente participa junto e concorre com todo mundo! A única vantagem que a gente tem é no currículo, por ter recebido alunos e ter feito trabalhos com eles. Isso faz com que a gente tenha mais pontos... Podia abrir uma especialidade ou até um Mestrado somente para o pessoal do PET, como falaram antes. Pra mim, esse é um ponto que eu acho negativo do PET. Devia dar mais chance à gente nessas capacitações. Porque como tem na universidade, a gente participa da seleção igual como qualquer outra pessoa.
M1						Bom, eu estou aqui em Maceió, no PSF, desde 2000 e entrei em 2000,	E aí, resgatando um pouquinho o que M2 falou, em 2006, com a mudança

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
						<p>vindo de uma experiência de três anos em Arapiraca, no PSF. Entrei desde o início na equipe da UBS 1... ehhh... e somente vim a ter experiência com alunos, em 2007, com a introdução do Pró-Saúde.</p>	<p>de currículo implantada pela FAMED, eles convidaram as Unidades, comunicaram as Unidades que nós iríamos receber os estudantes a partir de 2007 [...] A princípio, eles disseram que iria ter uma seleção de quem gostaria... Passaram um formulário [...] Via Secretária. Primeiro mandou um formulário para preencher dizendo quem gostaria de receber aluno. E aí eu lembro que outra colega da Unidade disse até que isso era invenção minha.</p>
M1						<p>Eu sempre gostei de receber aluno, pq antes de receber aluno, antes de ensinar, antes de me formar, durante o período que passei na universidade, eu lecionei alguns anos. E isso ficou latente qdo terminei o curso. E qdo veio em 2006, a possibilidade de trabalhar com aluno, no ato, eu respondi que <u>sim</u>. Tb tivemos colegas que disseram que <u>não</u> gostaria de receber alunos.</p>	<p>Depois veio uma nova comunicação dizendo que, nós do 7º Distrito Sanitário de Maceió, que fica em torno da Cidade Universitária, iríamos receber os alunos do internato da Medicina. Isso gerou, como M2 já citou, certo desconforto de alguns colegas que não quiseram aceitar, mas pra mim, como eu já disse, a docência era uma coisa latente e eu achei muito interessante.</p>

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
M1						Recebemos então, a primeira turma de internos do 10º período da Medicina, em 2007, e na metade do ano de 2007, eu fiz um concurso para professor substituto da Medicina, convidado pela profª Sonia. Achei que não estava preparado e que pra mim era demais entrar na Universidade, pois já era suficiente estar com alunos. Foi qdo ela me incentivou a entrar na universidade.	Entrei então no 2º sem. de 2007 como prof. substituto, no 3º período do curso de medicina que trabalhava justamente, um pouco da estratégia e dos agravos dos programas que a gente trabalha no estado. Então esse foi meu contato com os alunos. Em 2008, então, veio a proposta seguinte, do PET, de trabalhar com uma bolsa de estímulo para produzir trabalhos científicos com alunos do curso, eram então dois cursos, medicina e enfermagem.
M1						E veio então outra experiência que, para mim, foi fazer um outro concurso para me efetivar como professor. Efetivei-me como professor da medicina e vieram outros atributos, né? Coordenação de disciplina, eu passei a ser preceptor tanto dos alunos do internato quanto dos alunos do PET 2008/ 2009. Quando foi de 2009 para 2010, quando começou o PET II tornei-me tutor do PET da Medicina, de um dos grupos aqui de Maceió, mas foi tb.	

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
						outro período em que eu dei uma alavancada que foi estar entrando em um Mestrado, o Mestrado de Ensino em Saúde.	
M1						No Pró-Saúde, com os alunos do internato da Medicina, eu sou <u>coordenador deste internato</u> ¹⁶ ; eu sou preceptor deles na Unidade, eu supervisiono eles, né? E aí com alunos do PET, eu sou <u>tutor</u> ¹⁷ dos preceptores; eu não vou ter a tarefa de receber alunos do PET para ficar com eles. Desde o PET II, eu atuo como tutor. No PET I, eu fui preceptor. Com alunos, eu tenho essas múltiplas funções que acabam se visitando. Para mim, foi uma experiência crescente, acumulativa. Eu entrei em 2007, só como preceptor. No 2º semestre eu já estava como professor dos alunos do 3º per. que tb.	

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
						vão para as unidades. Em 2008 eu passei a coordenar disciplina de 200 horas, aí veio o PET e passei tb. a ser preceptor. Em 2009, passei tb. a ser o coordenador do estágio de Estratégia em Saúde da Família. Então fui aumentando esse contato com eles (alunos). Tem momentos em que tenho alunos do 3º per. por ser coordenador do 3º per., eu tenho alunos do 10º per., do internato da Medicina e agora, coordeno os preceptores da Medicina enquanto tutor. Essa é a minha experiência no PROPET	
M1						Eu tenho um pé no serviço de saúde e um pé na universidade, pra mim a preceptoría tem dois papéis distintos: a preceptoría no Pró-Saúde, que lida com o internato, que é receber o estudante e mostrar a sua experiência enquanto profissional, sem ser tão necessária a questão da docência. Você mostra o teu serviço para aquele estudante que recebeu.	Qdo chegou o PET, ele exigiu um pouco mais de docência da gente; pq na preceptoría do PET, no meu entender, vc precisa orientá-lo cientificamente pq. ele está com vc para desenvolver uma pesquisa e aí, nós do serviço tivemos que nos apoderar dos conceitos metodológicos de pesquisa. Fomos inclusive capacitados para trabalhar com pesquisa – objetivos, metodologia, coleta e

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
							análise de dados. É isso que difere a preceptoría do PET da preceptoría do Pró-Saúde. Nós somos profissionais do serviço, sim, mas no PET, temos que dar um respaldo científico para o estudante.
M1						Agora, o que é que facilitou esse trabalho? Estarmos na Unidade, orientar a coleta dos dados na comunidade, conhecermos a comunidade. no meu entender, essa foi a principal diferença de preceptoría. Pq. para orientar o aluno do PET, a gente precisou ter embasamento teórico. Se alguém quiser concluir... Essa é a minha visão.	
O1							(SOBRE AS PESQUISAS) Geralmente, estão sendo apresentadas em Congressos. Esse artigo a gente não apresentou pq a gente queria submeter. Mas a gente fez outras que foram apresentadas em Congresso [...] Foi o PET que estimulou isso, inclusive nos cobrava que tivéssemos essas participações em Congresso. [...] Teve até

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
							<p>uma amostra de experiências exitosas do PET, que a gente apresentou a maioria das atividades que a gente realizava... Tanto os preceptores qto. os alunos. Além das apresentações em Congressos específicos da Enfermagem, Odontologia, Medicina [...] Teve muitos momentos assim... e aí vou complementar a fala de E1 e M1, que falaram que deveria ter sido oferecido um Mestrado pra gente, que nos capacitasse mais para receber e orientar alunos em pesquisa científica, eu acho que o Mestrado ia ser bom para a gente. Ficamos esperando isso. Não teve esse retorno da universidade. Até na seleção do Mestrado (Ensino e Saúde) foi dito que a gente teria certa prioridade por participar do PET e isso não aconteceu [...] A gente se viu orientando aluno em pesquisa científica sem a gente ter tanto preparo pra isso. Mas, fez, né? Com a</p>

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
M1							<p>cara e a coragem.</p> <p>Lembrando que, apesar de poucos momentos, houve capacitações sobre metodologia científica, voltadas especificamente para esse trabalho. Só que, infelizmente, a maioria dos professores prevista para essas capacitações não se fizeram presentes, principalmente sobre metodologia de trabalho. E aí, defendendo a história do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde, um dos critérios era estar acompanhando alunos, e eu creio que esse foi um dos pontos positivos desse Mestrado. E olhe que eu concorri, no primeiro ano, com mais de trezentos candidatos para vinte vagas. Mas, desde o começo foi dito que precisava que vc tivesse contato com estudantes para que seu projeto de pesquisa fosse voltado para o estudante e o produto fosse esse. Agora, como E1 falou que devia ter outros critérios e que isso pesasse na seleção, a universidade,</p>

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
							<p>em se tratando de critérios para abertura de um Mestrado, ela não pode limitar tanto assim, nem abrir para um grupo específico. O que a FAMED conseguiu foi reservar cinco vagas para professores da própria universidade. O que a gente pode batalhar é para ter capacitações específicas. Agora, continuo achando que o grupo que está no PET é um grupo que tem um potencial muito grande para concorrer ao Mestrado de Ensino em Saúde. Tanto é que a gente tem, tanto na 1ª turma, qto. na 2ª turma do mestrado, muita gente com experiência exitosa no PET, tanto de medicina, quanto de enfermagem e Odonto. Não sei do Serviço Social, mas de certeza desses três cursos tem gente pedindo mais vagas, em consequência da inserção desse aluno (mestrando) no PET ou Pró-Saúde.</p>

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
O1							Era tão bom que a gente não entrasse em seleção.
E3							O que a gente ouviu, não seria esse mestrado da universidade. Até porque esse mestrado foi criado para capacitar tb. os professores que, em sua grande maioria, não têm mestrado. O que a gente ouviu falar era que iria haver um mestrado para o pessoal que estivesse no PET. (M1 confirma esta fala). Seria um convênio ou coisa assim.
M1							Veio até uma equipe da Universidade... não sei se de Campina Grande... enfim de uma cidade do sul que veio conversar com a gente sobre a possibilidade de um Mestrado em Saúde da Família. Até pq. abrangeeria todas as áreas.
S1						Acho que o Serviço Social foi um dos últimos cursos que entrou no PET e qdo eu comecei o desafio maior para mim e para a tutora, foi como seria construído esse espaço do Serviço Social, já	

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
						que as outras profissões tinham feito suas caminhadas. Fui construindo junto com a tutora pq o serviço social naquele momento na UBS 1, eu tive três monitoras (estagiárias).	
S1			Essas monitoras eram uma do curso noturno e duas do curso diurno, e daí já começou <i>um</i> dos grandes problemas da interdisciplinaridade que é o de ajustar os horários dos alunos e até os nossos horários com os dos alunos pq apesar da existir a obrigatoriedade de preceptores e 'monitores' (alunos) darem certo quantitativo de horas, a questão era como encaixar todo mundo. Mas aos poucos foi se encaixando.	Dos alunos que passaram na seleção, eu tive a sorte de pegar alunos maravilhosos, que estavam comprometidas mesmo (?!), que mesmo quando não estava a assistente social, elas podiam estar transitando com qualquer outro preceptor. Achei que essa experiência foi bem exitosa, principalmente com o grupo de adolescentes que foi o que mais se destacou que já vinha da enfermagem e acabou se tornando o carro-chefe, pra a interdisciplinaridade.			
S1		Na parte específica do serviço social, a gente puxou mais para o controle social. Com relação aos adolescentes, a					

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
		<p>experiência foi bem exitosa, mas com relação ao controle social, eu acho que não foi tão exitosa. Pq. o máximo que a gente conseguiu foi formar o Conselho comum a todos. Geralmente o serviço social puxa mais para essa questão. A gente conseguiu formar, mas teve a dificuldade da posse pq. o Secretário não tava dando posse. Tinha que aguardar. Então isso foi ficando espástico (?!), o que já era difícil de mobilizar a população, quando a gente conseguia mobilizá-la, não ocorria a posse. Acabou que, em Maceió, foi feita uma posse coletiva e aí a gente conseguiu. O segundo momento que era trabalhar esse controle social, não aconteceu, pq houve grande desmobilização e</p>					

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
		<p>desmotivação das pessoas que foram empossadas no Conselho. A gente marcou umas três ou quatro reuniões e simplesmente não apareceu ninguém. Mas, como eu já disse, a experiência com os adolescentes foi muito boa. Na parte do controle social, as demandas que vieram para o serviço social tb foram exitosas. Com o grupo de gestantes, as meninas chegaram a participar de algumas reuniões... Teve tb a pesquisa a ser feita com a população, que já vinha do PET I, sobre Qualidade de Vida, que foi interessante embora não tenha sido concluída.</p>					
S1	E uma questão que eu achei interessante foi a parte teórica, que,					Eu acho que motivou mto mais a mim, enqto profissional e preceptora, pq na verdade o serviço social	

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
	no PET II, que para o serviço social era o primeiro, foi muito boa, pois quem estava à frente era a profª Telma (tutora do SS) e foi muito bom para o serviço social: trabalhar as famílias, o controle social e a questão da privatização do SUS com a profª Valéria. Para o serviço social isso foi mto bom					não faz parte do PSF. Mas a gente está no apoio. E qdo a gente traz da universidade os estudantes, tudo isso motiva. Surgem novas idéias. Eu acho que só isso	
E3						O contato com alunos começou desde o Pró-Saúde, né? [...] Logo depois saiu o edital do PET, cujos requisitos eram ser enfermeira da estratégia de saúde da família, ter experiência, ter especialização, coisas que a gente tinha. No primeiro momento não teve um processo seletivo, porque eles iam trabalhar com o 7º distrito e como a nossa Unidade estava mais próxima da universidade, ela foi escolhida 'de cara' [...] Foi uma coisa nova, a gente não tinha essa experiência de trabalhar com aluno de graduação. Pra gente foi	Agora, sinto tb, como os colegas que me antecederam falaram, a questão do Mestrado seria importante pra gente. E não só as capacitações. O Mestrado seria uma capacitação maior. Eu sinto essa falta.

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
							muito bom.
E3				No principio a gente ficou meio perdida pq nunca tínhamos lidado com isso. Depois a gente foi se adaptando, adaptando o aluno ao serviço. Integrando eles no grupo, integrando eles nas nossas atividades diárias, nos atendimentos à criança, à gestante, ao idoso. Integrando ele junto aos agentes de saúde pra ver como seria a rotina de trabalho deles e por aí vai.			
E1							Como M1 falou a gente teve essas oficinas sobre metodologia, mas como E3 tb falou eu não tive na universidade essa oportunidade de fazer trabalho científico, apresentar em Congresso, e a gente foi mto cobrada para fazer isso. Teve hora de a gente ficar aperreada, não é, E3? Tanta coisa sem ter tempo e tb sem ter um pouco de noção [...]Mas foi um momento que hoje a gente

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
M1			<p>O trabalho da preceptoría com o aluno do PET tem uma dinâmica de trabalho diferente da do aluno do internato. Pq o aluno do internato a gente insere ele na rotina. O aluno do PET foge um pouco da rotina. Aliás, eu ousaria dizer que ele foge totalmente da rotina [...] Isso exige que a gente tenha um esforço extra para lidar com a questão de horário, já que a gente tem nossos compromissos internos com a Unidade. E qdo digo compromisso interno é compromisso com a produtividade. É porisso que eu digo: O aluno do Pró-Saúde e do internato é inserido na nossa produção, até porque ele está ali para aprender mais o lado técnico da profissão. O aluno do PET Saúde, a meu ver, como ele vai lá com o objetivo de fazer uma pesquisa, apesar de ser uma demanda da Unidade, o tempo tem que ser outro, a atenção tem que ser outra pq. ela é totalmente extra ao nosso trabalho diário. Porque o nosso trabalho diário, infelizmente, não é voltado para pesquisa; apesar de a gente gerar dados fantásticos</p>	<p>O aluno do PET exige mais da gente enqto preceptor, tanto na questão de ter que estar mais capacitado, tanto na questão de ter que dar mais atenção a ele, apesar desse tempo ser menor do que é exigido para o aluno do Pró-Saúde, mas a dinâmica, a meu ver, é totalmente diferente da dinâmica do aluno do Pró-Saúde.</p>			diz que foi positivo

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
			para a pesquisa, o trabalho não é voltado para isso.				
E3	Com relação ao estudante que passou pelo PET, Pró-Saúde e chegou no estágio final – estágio rural – a maioria disse que agradece muito ao PET e Pró-Saúde por ter vivenciado isso, pq desenvolveu um trabalho maravilhoso em seu estágio. E a maioria dos alunos da Enfermagem que passou pelo PET e Pró-Saúde foi aprovada em Residências e Mestrados. A gente fez uma reunião no final do ano e eles agradeceram muito. E a gente não percebe... Eu, pelo menos, não percebia a contribuição que tava dando a esses alunos.						

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
S1	<p>Eu tb. tive o prazer de uma das minhas alunas monitoras, ter sido a única aluna que foi para o Mestrado, ter tido um trabalho seu selecionado pelo Ministério da Saúde. Claro que ela tem todo um mérito próprio, mas acredito que a experiência do PET foi o que fez o diferencial do currículo dela... Foi definitivo para que ela conseguisse. No Serviço Social, existem empresas que são cobiçadas: Unimed, SESC. Essa aluna passou em todas e tb. outra monitora. Outra aluna que passou tb. nessas seleções, na hora de escolher onde ficar preferiu ficar no PET pq para ela a questão era o estudo, que ela teria mais no PET do que ir estagiar na Unimed ou no Sesc. Ela achava que ia</p>						

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
	ficar limitada. Porisso compartilho da mesma opinião da E3.						
O1						Sou mais objetivo. Acho que o PET foi desafiador e teve mta. coisa nova pra gente, como E2 falou: pesquisar, receber aluno, a gente se adaptar ao aluno...de aprender tb. com o que eles trazem pra gente. E como E3 falou, aprender a mexer no computador é coisa mole.	
E1						Criar email que eu não tinha... Tanto é que no primeiro perdi a senha, tive que fazer um segundo email.	
O1						Hoje em dia, E3 já tem email graças ao PET e envia bastantes emails, quase tanto quanto a Lenira (tutora da Enfermagem) [...] Foi bom e até extrapolou nosso trabalho no Posto de Saúde [...] O que me marcou muito foi o momento em que tive que apresentar o relato de minha experiência, naquele evento sobre as Experiências Exitosas. Pra mim sempre foi difícil apresentar e eu me tive que fazer isso. Isso me marcou um bocado. Apesar de já ter	

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
						tido que apresentar vários trabalhos, mas sempre é um desafio ter que apresentar diante de vários alunos, vários professores dos cursos. Isso foi positivo pra mim.	
E2			No início, o que me aperreou mais foi a questão do tempo ou da falta de tempo, pq. a gente tem que conciliar as atividades e o PET foi mais um desafio, que fez com que se trabalhasse isso, adequando tb. os alunos aos nossos horários. E ainda qdo. a gente tinha atividades extra Unidade, momento que tomava outro espaço de tempo da gente.				
O1						Eu tb. não sou mto. de falar em público e isso (referindo-se ao PET) me ajudou pq. eu era bem pior; ajudou na hora de ir para as palestras, de apresentar trabalhos... A gente tb. vai aprendendo, com os alunos.	
M2							Comigo não foi mto. diferente. Acho que eu fiquei um pouco mais estressada do que a maioria. Produção em Posto, Núcleo de Pró-Saúde, ter que dar assistência e

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
							acompanhamento (a alunos), era PET Saúde, um convênio maravilhoso para todo mundo, mas na real, na real, eles não diminuíram a produção da gente em momento nenhum. Tinha dias que ficava complicado pq. eu, M1, E2, tb., estamos nessa comunidade há uns quinze anos. Além da Secret. de Saúde que exige produção, ter sido firme em não diminuir produção mesmo com esses alunos que vc sabe que qq. ambiente de estudante, na pp. Universidade, os médicos que têm acompanhamento de alunos têm uma produção diferenciada, justamente para dar tempo às discussões, pois não é a mesma coisa que está solto. Qdo juntou as duas coisas (médica e preceptora), eu disse: Meu Deus, e agora? Onde é que eu vou arrumar tempo?
M1							Apesar do nome PROPET no novo projeto, é uma tentativa do MS no sentido de institucionalizar o PET como um mecanismo de

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
							<p>ensino. O PET veio unir uma política complementar. Nesse novo conceito de PROPET eles juntaram os dois para tentar ver se os amarra. Mas o que é que está acontecendo, por ex., na Medicina? A gente começou desde o Pró-Saúde I e qdo. chegou o PET I, na medicina, a gente tentou associar que esse preceptor que recebia alunos do Pró-Saúde tb. recebesse alunos do PET Saúde. Por que isso? Antes da introdução do PET Saúde, ninguém recebia bolsa. Recebia-se o aluno sem receber nenhum incentivo financeiro. Com a entrada do PET começou-se a receber uma bolsa e aí nós, na Medicina, fizemos uma seleção e um acordo de que quem recebesse os alunos do PET Saúde, tb. receberia os alunos do Pró-Saúde. Nós fomos criticados pelos outros cursos pq. usamos dessa estratégia, mas utilizamos pelo fato dos preceptores ficarem cobrando a bolsa desde a introdução do</p>

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
							<p>Pró-Saúde I em 2007. E aí, qdo. em 2008, inicia-se o PET, vimos como solução aproveitar a bolsa para quem a vinha cobrando no Pró-Saúde I. A gente deu continuidade no PET II e Pró-Saúde II com os mesmos preceptores. Entenda-se na Medicina, o Pró-Saúde - alunos do internato – e o PET Saúde – alunos que vão fazer pesquisa. A partir de 2012, terminando o PET II e iniciando-se o PROPET (PET III), trinta bolsas que tínhamos, 12 para a capital e 18 para o interior, foram reduzidas para seis bolsas, ou seja, todo mundo do interior perdeu suas bolsas e da capital, apenas seis ficaram com bolsa. E continua a prática de que esses seis preceptores da capital que recebem bolsa do PET, tb. recebem alunos do internato, pq senão a gente não vai ter como fazer funcionar o nosso internato, que é o estágio do 10º período na atenção básica. Então, apesar do nome PROPET, na tentativa de integrar</p>

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
							essas atividades, no curso de medicina ainda existe isso: tem o aluno do internato, que não pode participar do PET, pq. para este Programa só podem participar alunos até o 7º período. Então, apesar das críticas, a gente continua fazendo essa dobradinha, para viabilizar a execução do nosso internato.
M1	Na realidade, ele (PET) veio para inserir esse aluno que vem com essa obrigatoriedade que é desenvolver projetos, e como O1 e E1 já falaram, nós somos muito cobrados para ter resultados, fazer pesquisas;		Tem algumas pesquisas que não têm como ser concluídas, não foram concluídas, passam de um PET para outro, como a Qualidade de Vida, a Mortalidade Infantil da qual a Medicina faz parte, e temos sido cobrados!				
M1	Pretende-se concluir essas pesquisas. Então, foi qdo. a gente diz que o foco é na produção científica pq. esta é o resultado da inserção do aluno. O foco do PET é introduzir esse aluno, mas esse aluno tem a						

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
	finalidade ir pra lá e junto com a gente desenvolver pesquisa. Ele vai para a atenção básica, mas tem que fazer um trabalho científico.						
M1	É óbvio que se espera que esses estudantes aproveiem esses momentos de estar na AB e desenvolverem outros dados sobre o que eles possam ou queiram desenvolver. Na fala de E3, eu estava prestando atenção, qdo. ela disse que estava muito satisfeita com os alunos da enfermagem; é que, com os alunos da medicina, que já estão desde o 1º período na AB, a meu ver, foram os estudantes que mais tiveram dificuldades de se inserir em grupo misto, em tentar o cuidado integral, pq. eles vêm de uma formação em que						

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
	'cada um deve estar em seu quadrado' e eles acham que têm uma formação totalmente diferenciada. Foi um grupo mto. difícil de tentar fazer com que eles fizessem parte dos grupos mistos.						
S1			Acho que esbarra na questão do horário.				
M1			A carga horária deles é mto. grande, eles só têm uma 'área verde' ¹⁸ por semana e aí a minha preocupação, quando passei de preceptor para tutor; e agora, tomo conta dos preceptores e dos alunos, qdo já era difícil tomar conta dos alunos [...] Foi preciso fazer uma convocação e dizer: ou vocês vão ou vão perderão a bolsa. Estavam me chamando de mto. radical mas era a cobrança da coordenação do PET : Cadê os alunos? Eles não compareciam às reuniões do grupo grande (todos os alunos), até que eram mais presentes em nossa UBS, mas nas outras Unidades que				

¹⁸ Área Verde - tempo livre no currículo do curso de Medicina da Ufal.

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
			eu acompanhava, tinha preceptor que nem chegou a conhecer os estudantes de medicina e dizia: "Eu nem conheço os alunos de medicina que estão no PET".				
E1/ E3	Sobre o aluno estar desde cedo no serviço, desde o 1º período? Eu acho que é para o aluno quebrar essa barreira entre serviço e universidade.		Lá na enfermagem, numa reunião, reunião tem demais, é mta reunião. Faz parte da enfermagem, a enfermagem é assim.				
E1/ E3	A professora disse que a aluna chegou para ela e disse: "aprendi mais com a enfermeira da Unidade do que com a professora"! É o aluno ver a prática, antes mesmo de ver a teoria, e qdo chegar na teoria, ele 'fluir' melhor.						
O1	Achei a experiência válida pq a gente sai da faculdade preparado para consultório particular e não para o serviço público. A gente sai pronto p/atender paciente em consultório						

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
	particular. É diferente. E acaba vivenciando como é o funcionamento de uma Unidade de Saúde. Apesar de ter a matéria de Saúde Coletiva, mas gente não sai com essa experiência. E o PET dá essa oportunidade aos alunos. E hoje em dia, já é a realidade da maioria dos alunos, sair dos cursos da saúde e ingressar no serviço público. Não é ir só para consultório particular, como era antigamente.						
E1	Sobre essa mudança curricular que houve em todos os cursos, acho que na Enfermagem, ela sempre foi voltada para a saúde pública, desde o meu tempo e o de E2. Teve uma época em que era mais voltada para hospitais, mas desde 1996, era mais voltada para a						

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
	saúde pública. Das três enfermeiras aqui presentes, eu fui a primeira a me formar e sempre teve estágio rural. Depois foi que houve essa mudança curricular envolvendo a medicina, que era muito na base da especialização, os dentistas.						
S1							Com relação ao Mestrado, sim. Mas acho que, pelo menos na minha experiência pessoal com o serviço social e a minha tutora, eu fui contemplada. Assim como a enfermagem, a cobrança é grande: vai escrever, vai apresentar, vai produzir. Além dos alunos, nós tb fomos puxados enquanto profissionais, a voltar a produzir. Tirando a questão do mestrado e das pesquisas que ainda não foram concluídas, eu acho que ficou a contento o planejamento do Serviço Social.
S1					A nossa tutora sugere muito: 'escrevam, eu quero ver isso.' Ela		

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
					sempre tem essa preocupação. E até consegui fazer um texto que foi publicado e no qual eu tb. faço parte, sobre os nossos relatórios.		
E2		.	Tivemos mta dificuldade com horários e às vezes a gente não conseguia conciliar o grupo misto.				
E2		Todos participavam, davam a sua contribuição. A enfermagem, o serviço social.					
M2		É aquela história: olhar uma situação por vários ângulos, isso é mto enriquecedor. Nesses raros momentos, era isso que acontecia. Infelizmente foram poucos, por conta dos horários [...] Eu gosto mto de trabalhar em equipe e descobrir o novo, pq a gente sai da universidade, voltada mais para o curso da gente e estar num projeto com várias cabeças pensando e olhando					A gente já teve uma roda de conversa feita por alguém que estava fazendo mestrado e juntou as preceptoras... Acho que foi ano passado e se comentou que foi a solução que a universidade encontrou pra agradar gregos e troianos. Seria bem melhor que os dois projetos caminhassem separados, Pró-Saúde e o PET Saúde, pq é complicado pra quem está se sentindo sufocado com as atividades. Eu queria participar, mas estava no Pró-Saúde com outra atividade. E não era eu

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
		por outros ângulos, é motivador.					somente que sentia isso. As outras preceptoras da época tb. se sentiam sufocadas com as atividades.
M1			Na medicina, o PET Saúde introduz o aluno desde o 1º período, qdo eles vão para a Unidade Básica, etc até chegar no internato no 10º período (5º ano), qdo eles vão fazer o estágio em ABS e ESF, no qual eles passam três meses com o preceptor. O PET da Psico é tb para introduzir esse aluno até o 7º período, numa atividade além da que ele já cumpre durante a sua trajetória no curso, numa outra atividade, fora a que ele já tem. Tanto é que o PET exige que o aluno cumpra oito horas p/semana em uma UBS e caso o aluno tenha outra atividade dentro da UBS, mesmo sendo em uma disciplina, ele já pode contar essas horas como fazendo parte do PET. Então, não se consegue juntar as duas coisas pq o PET é para o aluno até o 7º e o Internato é para o aluno do 10º.				
M1	No 1º período a gente já está avaliando as habilidades e		O curso de medicina associou esse preceptor do Pró-Saúde que é o mesmo preceptor do Pró-Saúde pq é a única forma				

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
	competências específicas para o curso segundo as DCN's e esse aluno do PET está sendo introduzido na Unidade, até pra conhecer tb no seu início mas com a perspectiva de desenvolver a pesquisa científica.		de a gente disponibilizar a bolsa. É o único recurso que tem de viabilizar a bolsa. Seria superinteressante isso que M2 está dizendo: se eu quisesse só ficar com um aluno Internato eu teria uma bolsa do Internato; se eu quisesse ficar só um aluno do PET, eu teria uma bolsa do PET. Seria bem interessante.				
M2							Eu acho que a universidade tá num caminho maravilhoso. É isso mesmo. A gente tem que formar cidadãos para interagir no local onde a gente tem mais necessidade, entendeu? Acho tb que precisa de alguns ajustes que se a gente vai conseguir aos poucos com as experiências [...] A questão de estar juntando mto, sobrecarregando o preceptor; se mudou o estágio, se é uma coisa curricular agora, então a universidade deve nos dar meios.
M2						Pq são duas coisas distintas, entendeu? E soma-se a isso a responsabilidade da gente na comunidade enqto	

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
						profissional. Então aí não são duas coisas, são três coisas, entendeu? É um acúmulo. É uma correria. Eu sei que a gente não trabalha com o ideal, está mto longe disso, mas se a gente não buscar condições de chegar próximo a ele, é que as coisas vão continuar do jeito que estão, né? O bom seria que se pudesse buscar maneiras de se ter o preceptor lá, no campo, e se ter a bolsa PET com os alunos do PET, entendeu? Inclusive até engajar mais pessoas, mais profissionais.	
M2		Está no PSF quem quer realmente, quem tem predisposição para a coisa, senão não aguenta, não passa mto tempo, então os profissionais que estão nessas equipes são profissionais que têm tudo a ver com a ESF, então acho que os alunos e futuros profissionais haveriam de lucrar com isso, entendeu? Qto mais a gente fizer esses ajustes,					

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
		mais vai chegar próximo ao ideal.					
M1							Já cheguei a questionar que não queria ser o tutor desse grupo PET (PROPET 2013), já cheguei a questionar se eu estou dando conta desses papéis. A minha preocupação qdo me deram a tutoria desse único grupo da medicina (PROPET 2013) foi se eu daria conta de estar acompanhando o trabalho dos preceptores, que eu não acompanhei o ano passado, a contento. Confesso que sinto isso... que não acompanhei.
M1			E essa liberdade maior enqto preceptor, que ainda estou, que é a outra condição minha que qdo entrei na coordenação do estágio... vc não vai ser mais preceptor vai ser coord. do estágio, e eu acumulei função. Sou coord. do estágio, sou preceptor e sou supervisor. E aí, nessa angústia de querer falar, eu até cheguei a falar recentemente no CONEM ¹⁹ na				

^{19,13} CONEM – Congresso Norte Nordeste de Educação Médica

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
			Paraíba, e a angústia é comum entre os colegas que trabalham com o PET, e eu pus essa angústia tb. de tá nesse trabalho. E esse trabalho cumulativo que M2 tava falando de ser preceptor PET e Pró-Saúde, eu tenho ele enqto. tutor, preceptor, supervisor, coordenador.				
E1					Nessa fala do M1, eu ia comentar uma coisa mas como ele já tinha falado... que realmente ele não deu conta qdo era tutor, de ir a duas unidades... Pq lá na nossa Unidade, a gente conhecia dois tutores: da medicina, que era o M1 e o de enfermagem. Pq, o do Serviço Social a gente conhece e em reunião. Ela nunca apareceu.		
S1					Ela foi várias vezes lá em baixo.		
E1					Mas em grupo misto [...] O de Odonto também. Ela pode ter ido especificamente à Unidade, mas só... [...] Interessante que O1 perguntasse 'cadê o		

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
					<p>seu tutor?', o de psicologia 'cadê o seu tutor?'. Pq. a gente só cobrava bolsa! Tava aqui o de Medicina e o de Enfermagem. O de Medicina tava aqui todos os dias! No início, eu ia falar sobre isso, mas qdo eu pensei em falar o colega disse que sentia que não deu tempo, que ele pegou mtas unidades, não deu tempo planejar... Eu não vou falar pq os outros colegas devem estar na mesma situação. Agora eu entendo que os preceptores dos outros cursos não apareceram pq. estavam sobrecarregados. Mas isso fica um ponto negativo pra quem não entende, pra quem não tá perto do M1 pra ele explicar.</p>		
E1							<p>E assim, só pra continuar, e finalizar, eu achei que um ponto positivo na nossa unidade a gente conseguiu fazer PET misto apesar de todas</p>

APÊNDICE C – MAPA DIALÓGICO UBS 1

AUTORES DAS FALAS	DCN	PNH	PET - SAÚDE				
			PROCESSO	PRECEPTOR E ESTUDANTE	PRECEPTOR E TUTOR	PRECEPTOR SOBRE SI PRÓPRIO	SERVIÇO E ACADEMIA
							<p>essas dificuldades, a gente conseguiu, é uma família unida, como vc está vendo aqui, até o F. (psicólogo) que veio pra unidade só por conta do PET, a gente conseguiu apesar dos horários dos alunos, pq a gente tá na Unidade todos os dias, todas as tardes, mas os alunos não estavam na Unidade. Eu não conseguia fazer palestras, grupos da gente ir lá... (?) Eu acho que não teve 100%, mas 80% a gente conseguiu no PET misto na Unidade. Teve esse ponto positivo.</p>

APÊNDICE D – Repertórios Linguísticos

CATEGORIA: DCN

Conjuntos de Sentidos:

Perfil dos Egressos: Sai da faculdade preparado para consultório particular e não para o serviço público / Enfermagem, sempre foi voltada para a saúde pública / Medicina, cada um deve estar em seu quadrado, acham que têm uma formação totalmente diferenciada. A maioria dos estudantes que passou pelo PET, Pró-Saúde e chegou no estágio final, estágio rural, agradece muito aos Programas // Aprovadas em empresas cobiçadas, como Unimed, SESC / Aluna preferiu ficar no PET do que estagiar na Unimed ou Sesc, por achar que ia ficar limitada / Saíram para concurso e passaram / A maioria dos alunos continua “fechadinha”.

Práticas/Experiências:

- a) Conhecimento da realidade do SUS, do funcionamento de uma Unidade de Saúde / Desenvolvimento de projetos / Projeto de Extensão junto com a Escola chamado “Saúde na Mão, Capoeira no Pé” / Trabalho com as famílias. Contato dos alunos com a comunidade, lideranças, associações de moradores, a própria sala de espera, conhecimento da instituição, do trabalho na ABS / Grupo de gestantes, idosos, diabéticos, hipertensos / PET I (2009): / Grupo de estudo sobre pré-natal - Possibilidade de reflexão maior a partir de textos, filmes e slides / Atividades de Promoção à Saúde (a exemplo da oficina de Geração, Trabalho e Renda) com grupos mistos e específicos de Enfermagem, Serviço Social, Odonto e Psicologia / Articulação de Arte, Cultura e Saúde foi um diferencial / Outros olhos para o campo, pensar outras possibilidades vocacionadas para o trabalho / Conhecimento e participação na comunidade, na Unidade de Saúde, no trabalho.
- b) Medição de pressão arterial, Aferição de glicemia, Educação em Saúde sobre trabalho, drogas e álcool, DST e lanche - O Painel feito pelo pessoal de todos os cursos foi requisitado pela escola /Enfermagem: Treinamento sobre o SAECIPE, procedimentos inovadores no atendimento a paciente.
- c) Controle Social: “Algo novo na nossa história” - Necessidade de estratégias, porque a população não tem essa aproximação - Ação na comunidade através de Peça Teatral, Painel, Controle Social: Novidade para o aluno - Discussões ricas para mostrar a extensão do Controle Social / Participação das alunas em reuniões do Conselho Municipal de Saúde e outras como DST Aids, Saúde do Adolescente.

- d) A prática ajudou no dia a dia / É o aluno ver a prática, antes mesmo de ver a teoria, e qdo chegar na teoria, ele ‘fluir’ melhor; Alunos da Medicina: os estudantes que mais tiveram dificuldades de se inserirem no grupo misto e exercitar o cuidado integral / Experiência muito positiva para preceptores e alunos / A preceptoria construiu coisas muito ricas
- e) Reuniões em excesso.

Pós-Graduação /Produção Científica:

Residência – Mestrado // *Enfermagem*: maioria aprovada em Residências e Mestrados // *Serviço Social*: Única aluna que foi para o Mestrado / Publicação de dois artigos / Elaboração de artigo a ser apresentado no Congresso Acadêmico da Ufal sobre o curso e experiência no PET-Saúde / Trabalho selecionado pelo Ministério da Saúde. // Pesquisa sobre Mortalidade Infantil: proveitosa e concluída / Pesquisas científicas sobre Qualidade de Vida e Mortalidade Infantil / Pesquisa específica de cada curso e a pesquisa geral sobre Qualidade de Vida / Farmácia: pesquisa sobre hipertensão, em conclusão. Pesquisa com família possuidora de histórico de desnutrição- Apresentação de estudos de caso em Seminário na Ufal. Projeto de pesquisa não foi à frente pq o comitê²⁰ de ética tava parado “não sei por que”.

Relações Serviço/Academia:

“O ensino tem que está perto, junto” / “Eu não sei como está caminhando a universidade” / Quebrar as barreiras entre serviço e universidade / Oferecer os serviços da Clínica de Psicologia da Ufal para a comunidade, em lugar do PAM Salgadinho, ou outro ambulatório próximo e do ambulatório da Odontologia (procedimentos especializados), em lugar do CEO / Reuniões do grupo misto foram diminuindo cada vez mais / Falta de planejamento / “O serviço é mto. rico em tudo, a comunidade é pobre, mas a gente tem muita coisa. Dentro do serviço, o profissional só não faz se não quiser pq campo tem pra tudo. Onde vc quiser avançar, avança”.

Formação em Saúde: Aprendizado bem melhor do que antes // Medicina: antes, alunos mais interessados, de três turmas para cá, total desinteresse. // Enfermagem: fazem visitas, acompanham a gente, trazem novidades, alunos fazem palestra sobre hanseníase, tuberculose, coisa que só se via quase no final do curso. // Farmácia: Dificuldade quando chegou na Unidade de explicar ao paciente o que era uma reação alérgica, de falar o que causava mal - Não havia contato com o paciente, e principalmente com o serviço público. / A aluna disse para a professora: “aprendi mais com a enfermeira da Unidade do que com a professora” / “Serviço Social tem essa vantagem e desvantagem: conhece tudo, mas se vc não se aprofundar, não dá conta de nada” // Psicologia: pensar a clinica ampliada e acolhimento coletivo. Conhecimento sobre as DCN’s e os PPC’s: Em geral, desconhecimento dos projetos pedagógicos (matriz curricular, parte mais

²⁰ Coincidiu com a fase em que o comitê de ética da Ufal recebeu uma suspensão a nível ministerial e ficou impedido de funcionar por mais de um ano.

pedagógica, formal) / Serviço Social: “teve um papo sobre a proposta pedagógica atual, as novas diretrizes. / Enfermagem: faz parte da formação do aluno, mas “bem na integração dele com o serviço profissional” - “Acho que a gente tem que fazer parte. O que estamos fazendo é Ensino em Saúde”. / Necessidade de planejar e fazer reflexões críticas sobre a ESF, junto com os alunos e com os demais profissionais / Desafio por ainda não ter ocupado o espaço de psicóloga na ESF.

Interdisciplinaridade: Grande aprendizagem / Atendimento à gestante envolvendo Medicina, Farmácia, Psicologia, Serviço Social: cada um trabalhava a gestante ao seu modo - “Ver o lado de cada um se aprende muita coisa” / Alunos de vários cursos trabalhando em conjunto, pensando em um objetivo comum / “Cada um tem saberes específicos e ninguém domina tudo: - isso é a coisa que o PET mais me ensinou” / “Aquela coisa do médico chegar, solicitar o psicólogo, o psicólogo ir pro médico, sem aquelas muralhas que geralmente a pessoa tem. Essa geração tá tendo isso”. Trabalho integrado de atendimento à gestante sobre uso de drogas na gestação com a participação da assistente social e do psicólogo. "Uma dentista trabalhando a oficina de integração de Trabalho e Renda?" / Interdisciplinaridade e Integralidade não é dividir / PET I: era mto separado ainda. Depois foi que eles começaram a misturar. “Essa mistura foi boa” / PET II: Grupos Mistos: Discussão mais rica- “A gente fazia isso antes, mas não tinha essa constância de atividades, não se tinha essas pernas e braços para acompanhar com a gente” - Trabalho melhor, com mais qualidade, mais reflexão – Alunos planejando, executando, avaliando, todos juntos – Problemas e dificuldades discutidos conjuntamente e soluções construídas em conjunto / Dificuldade de agregar todas as profissões / Grupo misto: Foi muito bom apesar de não ter avançado e da Medicina não ter participado / A universidade não cooperou na questão dos grupos mistos. Horários difíceis para possibilitar a integralidade / A presença da medicina é mto importante, pq nós não tínhamos esse aluno vivenciando essas falas /

CATEGORIA: PNH

Conjuntos de Sentidos:

Fomento da Autonomia e do Protagonismo dos Sujeitos:

Pesquisas: Qualidade de Vida / Todos participaram, a Enfermagem, o Serviço Social / Projeto de pesquisa sobre Humanização.

Controle Social: Ninguém quis participar / Quando se colocou na prática, não houve continuidade / Foi votado por nós mesmos e depois ninguém quis fazer parte do Controle Social / É fácil reclamar / Uma pessoa só não faz o Conselho / No dia da votação, ninguém foi candidato! / Eu não fui, pq sozinha eu não ia fazer / “Serviço Social puxou mais para o Controle Social” / Formação do Conselho comum a todos, apesar da dificuldade para dar posse / O Secretário não tava dando posse / “Tinha que aguardar e isso foi ficando espástico” / Dificuldade de mobilizar a população a partir dessa desmobilização // Conselho Gestor: formado e ativo / Nós é que temos que avançar em outras áreas do controle social - Os frutos foram colhidos agora. Na eleição, votaram (aprox.) duzentas e cinquenta pessoas. Dentre os conselhos gestores de Maceió foi inédito conseguir uma eleição com posse de conselho com base em uma eleição tão concorrida- Muito jogo de cintura. São comunidades que têm várias lideranças, têm várias associações, com objetivos às vezes não tão congruentes - Trabalhamos com os alunos do PET e os líderes comunitários. Fizemos o planejamento desse trabalho em duas reuniões de preparação - Tudo foi pensado pela comunidade, pelos alunos e preceptores.

Gosto pelo trabalho em equipe e descoberta do novo / “A gente sai da universidade, voltada mais para o curso da gente e estar num projeto com várias cabeças pensando e olhando por outros ângulos, é motivador” / Está no PSF quem quer realmente, quem tem predisposição para a coisa, senão não aguenta, não passa muito tempo / Os alunos e futuros profissionais não de lucrar com isso / “Olhar uma situação por vários ângulos, é mto enriquecedor”/ Raros momentos por conta dos horários / No segundo ano do PET, o grupo misto definiu-se pelo eixo da Humanização - Tentou-se integrar o trabalho / Visitas ao usuário / Grupos educativos.

“Uma coisa é pensar de cima pra baixo, outra coisa é construir coletivamente a ação” / Conversas c/os colegas e Direção da UBS para o trabalho em parceria / Preocupação em analisar o distanciamento entre Secretaria Municipal da Saúde e Universidade / Conversas sobre a criação de ser Fórum ou Conselho Gestor Permanente, com representações de preceptor, tutor, usuário e Secretaria de Saúde com o fim de discutir sobre dificuldades e soluções, rede de saúde, encaminhamentos, e outras questões que interferem no trabalho.

Conselho Gestor: Antes: formalmente organizado em livro ata. Aquela gestão do Conselho foi anulada – O PET não existia ainda - Necessidade e dificuldade de juntar a equipe - A Direção anterior apoiou / Depois: “Quem toma conta da Unidade somos nós” – Conquista do respeito por parte da direção atual, após muito trabalho -- Conselho Gestor e Controle Social são únicos na Unidade - É fortalecimento - Estamos na quarta gestão. / Fórum de Defesa do SUS: Participação da comunidade - Conselho Gestor fragilizado pela forma de participação de trabalhadores e da Gestão.

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores:

Parcerias: CRAS, a Escola, o Posto de Saúde, a Creche / Trabalho muito bonito junto com o CRAS / “No dia a dia da Unidade, a gente corre pra lá, corre pra cá”, e às vezes nem sentava pra chamar o pessoal do CRAS pra vir fazer uma palestra / Os alunos se foram e ficaram as parcerias.

Preocupação com o despreparo e falta de esclarecimento da população para fazer anamnese, questionamentos, ter uma conversa mais prolongada / “O usuário acha que é uma besteira conversar” / Diferenças de atendimento entre o usuário considerado Demanda ou PSF, causando rivalidades na população / Ações integradas das equipes de PSF para diminuir essa rivalidade entre usuários de conjuntos residenciais diferentes, por serem ‘Demanda ou PSF’ / Forte compromisso do Serviço Social com o aluno / Pesquisa de Qualidade de Vida / Convívio mto bom entre as 04 equipes de PSF + Demanda Espontânea / Serviço Social requer interação, sair do seu quadrado, romper fronteiras/ Ação em conjunto residencial, juntos com alunos da Enfermagem, Medicina, Psicologia e Serviço Social para a formação de mais um grupo de idosos.

“Senti um ar diferente ao trabalhar mais perto dos colegas” / “Aproximação com os alunos fortaleceu demais meu trabalho, minha prática com a relação ensino-serviço e também com a comunidade” / Laço de equipe muito forte / “Aprendi com o Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Medicina / “A gente ainda sonha em sentar no horário da tarde, e trabalhar sistematicamente a saúde do trabalhador” / “A luta da gente já é antiga dentro da Unidade” / “Por mais que a gente queira juntar, ainda não houve um entendimento” / Melhorou muito.

Gestão Municipal: Omissão da Secretaria acerca da gestão da UBS - Não resolução do problema por conta de questões políticas partidárias - Não chega na Secretaria os problemas das UBS - Dificuldades entre preceptoria e universidade, e dessas duas com a Secretaria.

CATEGORIA: PET-SAÚDE

Subcategoria: PROCESSO

Conjuntos de Sentidos:

PET I: Grupos maiores por curso / **PET II:** Grupos mistos: “alunos se misturavam com outros cursos” / Não aconteceu / Difícil de conciliar / Trabalho multiprofissional e não interdisciplinar / Cursos trabalhando separadamente, em grupos mistos “individuais” / Preceptores trabalhavam com alunos dos próprios cursos. / **PROPET- correção de rumos:** Desligamento por faltas / A gente está com aluno da enfermagem, medicina, nutrição, serviço social, farmácia. “Essa multidisciplinária aí”. Novidade: Preceptor de alunos de outros cursos / “uma coisa só” / Promoção em Saúde / Três subprojetos: Controle Social, Vigilância em Saúde e Drogas / Cada UBS escolhe o que quer trabalhar segundo as necessidades da comunidade / Vigilância em Saúde: doenças crônicas, transmissíveis e não transmissíveis / Controle Social: Conselho Gestor - fortalecer a integração / Preceptora da Medicina: não se sentiu à vontade e nem segura para trabalhar com alunos de outro curso.

Preceptoria como Trabalho de Ensino em Saúde: Extra ao trabalho diário / Objetivo de fazer pesquisa segundo demanda da Unidade / Foge totalmente da rotina / Compromisso interno com a produtividade / Trabalho diário não voltado para pesquisa / Enfermagem: Muitas reuniões / Medicina: Mesmo preceptor do Pró-Saúde - Forma encontrada de disponibilizar a Bolsa para ambos os Programas – Acumulou as funções de Tutor, Preceptor, Supervisor e Coordenador de Estágio / Escolha do Eixo por maior domínio de conhecimento / Ausência de dificuldades de trabalhar em grupo e em elaborar os Relatórios / Grupos Mistos: Oferta de temas para os alunos dos diversos cursos – Não foi possível seguir o cronograma da Universidade. / Grupos Específicos: Forma específica de articulação – O Serviço Social contou com o tutor / Integração ensino-serviço não existe / Desinformação do preceptor.

Pesquisas: Qualidade de Vida e Mortalidade Infantil / Algumas não têm como ser concluídas / Passam de um PET para outro / Ausência de respostas sobre as pesquisas / “Nos mobilizamos naquela pesquisa. Até hoje não teve resposta da universidade” / “Sobrou pro PET II. O PET I pensou, mas não teve pernas suficientes pra fazer” - Pesquisa do grupo misto sobre Qualidade de Vida: não concluída.

Relações entre Serviço e Academia: PET I: Convite dos tutores para ser preceptor / Critério: quem já recebia alunos / PET II: Seleção de preceptores interessante / Mobilização dos agentes comunitários para terem direito / “Todo mundo queria bolsa, até o nível médio” / Proposta do PET-Saúde não foi entendida / Medicina: os alunos

não trabalharam, receberam bolsa na íntegra, não se integraram, não queriam o PET, geralmente são do sexto ano/ Ingressa desde o 1º período / Carga horária do curso muito grande / Difícil tomar conta / Não compareciam às reuniões com todos os alunos / Mais presentes no Denisson, mas não nas outras Unidades / Teve preceptor que nem chegou a conhecer os estudantes / Choque de horário com o estágio rural / “Foi preciso fazer convocação e dizer: ou vocês vão ou perderão a Bolsa ”/ Psicologia: Ingressa até o 7º período / Sem disponibilidade no horário da manhã / Cumpre oito horas p/semana na UBS / Confusão permanente / Medicina e Enfermagem: maior dificuldade / “Um mês pra adequar o horário”/ “Não somos nós. São os alunos” / Toda semana é uma reunião / Horários dos estudantes principalmente da Medicina, Odonto e Enfermagem / Outros cursos: parte da tarde livre. / Desafio / Caminhamos / Facilidade de reunir os profissionais para o grupo misto / Ajustar os horários dos alunos com os nossos horários/ Selecionar alunos do mesmo período / Planejamento em conjunto da UBS e cursos / PET é para o aluno até o 7º período e o Internato é para o aluno do 10º / Aluno do Internato (Pró-Saúde): é inserido na rotina e na produção / Está para aprender o lado técnico da profissão / _Trabalhar a equipe da UBS, o descaso / A gestão só queria ver a parte de recursos / PROPET: Apreensão e surpresa com a redução do nº de Bolsas. O PET- Saúde é muito seletivo / Deve ser para todos / Caso tenha outra atividade em UBS, como em uma disciplina, pode contar essas horas para o PET/ É para o aluno até o 7º período.

CATEGORIA: PET-SAÚDE

Subcategorias: PRECEPTOR E: ESTUDANTE - TUTOR – SI PRÓPRIO

Conjuntos de Sentidos:

Estudante:

Incentivo a ler , estudar, escrever, pesquisar, fazer coisas diferentes / Atualizar-se / Integração / Troca / Aprendizado mútuo / Comprometimento dos alunos / Aprendizado pela renovação, criatividade, talento, vitalidade dos alunos / “É uma coisa que mexe com a gente, com o ego da gente. É o sangue novo que entra e a gente fica até muito comovido”/ Enriquecimento pelas discussões da academia / “A profissão da gente é meio solitária. Com os alunos a gente interage, discute”/ “Não ficar só naquela mesmice, trabalhando, esquecendo de procurar novos horizontes, de pesquisar”/ Ocorrências com a Medicina: Não participaram do grupo misto / Tutora não conheceu os alunos / Recebimento de bolsa sem comparecer às UBS / Pouco envolvimento-atendimento por obrigação / “Cheios de direito, chegam achando que o espaço é dele e não do outro” / Não apresenta interesse de fazer pesquisa com a comunidade / Vem forçado porque é um posto que trabalha os dois horários / “É uma briga” / “Não gosta da atenção básica, pq não aprende na universidade”/ Evolução dos alunos percebida pelas professoras / Entraram direto na Residência e passaram em concurso / Traziam questões sobre a relação teoria-prática nas reuniões do Serviço Social e da Psicologia, no estágio e nas matérias específicas do estágio.

Tutor:

“Tudo muito solto no começo” / Foi uma construção / Várias reuniões antes de receber alunos para decidir como selecionar alunos, períodos / Treinamento / Preocupação em documentar, escrever / Interesse em saber como o trabalho está se desenvolvendo, o que os alunos estão fazendo / Solicitação de frequência de alunos, das atividades diárias desenvolvidas no trabalho / Muita cobrança de relatório / Chegou junto / Desgastou-se muito, viveu esses Programas / Construção de diários de campo / Trouxe a educação popular em saúde / / Reuniões quinzenais pra saber como estava a prática, dificuldades / Fez manual sobre como ser preceptor / “Nunca apareceu” / “Foi várias vezes, mas no grupo misto” / ‘Cadê o tutor?’ / Não acompanhou / Função de informar ao aluno o que é a preceptoria, e não o preceptor. / Teria sido mais rico se tivesse a participação dos demais tutores. / “Não foi na UBS, mesmo sendo convidada” / Falta de comparecimento por falta de tempo “Depende mto de quem tá envolvido nesse processo” / Não tem cronograma de trabalho da preceptoria, cada um faz a seu bel prazer e faz do seu jeito / “Nunca se juntou pra se fazer. Faz tempo que se pede isso”/ “No início, muito bom, integração, maravilhosa, até 2010” / “Não teve tutor na Medicina”/ *Reuniões:* Improdutivas, cansativas, excessivas / Não acompanhou o trabalho, deixou à deriva / “A contribuição hoje, pra o serviço, é quase nenhuma” / Não está fazendo pesquisa /

“Professor perguntou ao aluno se o posto de saúde tinha maca, se tinha lugar pro paciente deitar”.

Ser Preceptor:

Experiência interessante, gradativa, desafiadora, motivadora, maravilhosa / Crescemos muito / A participação dos alunos / Ganho coletivo / Feliz de estar, de contribuir / Não vi como difícil / Foi escolha / Outro olhar para minha experiência / “Quero estar sempre dentro dos projetos, junto da universidade” / “Não posso forçar ninguém” / “Pra que tá com um aluno que tá se sentindo obrigado? / “Não tenho mais estímulo nenhum pra tá com o aluno nessa Unidade” / Proporcionar aos alunos o que não teve: a visão da ESF, outra maneira de ver a saúde, mostrar o paciente como um todo, integral / Gosto pelo trabalho com alunos / “Identifiquei-me” / Retribuição aos bons preceptores de sua formação / Contato com alunos / A novidade de trabalhar com aluno de graduação / Poucos psicólogos para o PET- Saúde / “Sentia-me com perfil” / Interesse pelo Controle Social desde o estágio curricular em escola, juntando professores.

Formação em Saúde:

Enfermagem: Sensível à participação da comunidade/ A história do curso é de tá junto, saber do que o outro tá precisando / Isso é muito forte no curso / Antes, nenhuma preocupação de escrever, sistematizar pra publicar / Antes do PET, trabalhava no ‘estilo tradicional’/ Prepara para atuar na assistência, administração e docência / Medicina: “Tenho um pé no serviço de saúde e um pé na universidade” / Odontologia: Muito fechada / Não procuram essa questão de Saúde Pública / “Ainda bem que os alunos hoje estão mudando, estão vendo a questão do social, da saúde pública” / Antes, era mais a parte curativa / Não existia estágio em campo. / Hoje, tem mais estágios na Unidade e um mês no interior / As pós-graduações (especializações em Saúde Pública e Vigilância em Saúde) abriram os horizontes e a cabeça / Satisfação com a apresentação do próprio trabalho na Mostra de Experiências Exitosas em Saúde / Serviço Social: Necessidade de trabalhar com a população, com o Controle Social. Fazer a população pensar./ Conhecimento dos PPC’s: Responsabilidade dos tutores e não do preceptor, embora considere que deve fazer parte dessa discussão.

Preceptoria como trabalho de Ensino em Saúde:

Requisitos / Responsabilidades: Professor de práticas, supervisor / Ter embasamento teórico para orientar a coleta dos dados na comunidade / Conhecer a comunidade / Estar junto com o estudante, nenhum aluno deve ficar sozinho / Preocupação com a agregação de mais profissões / Trabalhar com o específico de sua área, dentro do todo / Tornar o aluno um profissional capaz de modificar alguma coisa na vida dele / Ajudar alunos a fazerem as coisas juntos / Ser reflexo pro aluno / “O aluno do PET exige mais, tanto na questão de ter que estar mais capacitado, tanto na questão de ter que dar mais atenção a ele” / *Características da função:* Acúmulo, correria / Sobrecarga de trabalho: leva a não se fazer presente / “Começou com os alunos da área que a gente conhece, depois se

tentou integralizar com outras áreas e agora, totalmente com os outros. Quem passar pelas três etapas vai achar uma experiência bem mais interessante” / “O tutor é professor. Eu não sou”/ *Expectativas sobre o Estudante*: Devem ter conhecimento sobre as necessidades de saúde da população / A universidade não deve colocar no PET estudantes fora do período adequado / *Receios*: Trabalhar com alunos de outras áreas / Novo formato do PET: “medo do desconhecido, do que não está sob meu controle, de viver uma coisa nova” / “Enfermagem e Odontologia eram muito mais legitimadas porque os professores já estavam lá, no preto e no branco” / “No principio, meio perdida por nunca ter lidado com isso” / Adaptação progressiva ao Programa / Medo de perder a Bolsa.

CATEGORIA: PET-SAÚDE**Subcategoria: SERVIÇO E ACADEMIA****Conjuntos de Sentidos:****Pró-Saúde:**

No início, obrigatoriedade em ser preceptora: ou aceitava ou pedia transferência da UBS / Preparação como se fosse uma lavagem de candidato político e treinamentos burocráticos / Ninguém era professor, nem tinha recebido aluno / Foi uma imposição e nos sentimos desvalorizadas como profissional após 10 anos na UBS / Relação mais próxima / Foi tudo que tem de bom / A Universidade deu a contrapartida / Na época, todo mundo achou o Pró-Saúde a solução de todos os problemas que a Secretaria não dava conta / Veio mesmo pra desafiar porque teve muitos problemas / Professores não aceitaram a proposta, não quiseram ir pro campo, como tutor / Precisava fazer um monte de adequação / Profissionais, apesar de serem da ESF, só mudaram de lugar. Saíram do consultório do hospital, pro consultório na Unidade / Começaram os questionamentos pra receber os alunos / Não visava a interdisciplinaridade / Veio com outra perspectiva, de recursos, tinha mais dinheiro / Teve que arrumar as Unidades que não tinham espaço físico, tensiômetro / Veio com um monte de coisa boa pra Unidade / A gente se beneficiou demais.

PET-Saúde:

Antes da introdução do PET Saúde, ninguém recebia bolsa. Recebia-se o aluno sem receber incentivo financeiro. Crítica dos outros cursos porque usamos as bolsas do PET-Saúde também para a preceptoria do Pró-Saúde / Em 2009, não teve nenhuma apresentação oficial / Se é um projeto de formação, ele tem que ser amplo, pra todos / Encarou-se o PET como se fosse um PBIC, como se fosse alguma coisa específica, de algum professor que tem seu laboratório e tem uma determinada linha de pesquisa que seleciona, os alunos que são melhores na matéria dele pra trabalhar com ele naquela linha de pesquisa dele / Fraçãozinha do Pró-Saúde / Veio pra aproximar os profissionais / Mobilização da UBS: ficou ao encargo nosso. “Nossas vozes já estavam, cansadas, saturadas nos ouvidos deles” / A questão das bolsas: os que não recebiam, não estavam motivados para estarem em debates, discussões e a universidade: tinha que ter chegado mais, ainda mais / Nós já ficamos antes com as enfermeiras que estavam se formando, independente do valor do PET/ “Quase me comeram viva porque eu não disse quanto era a bolsa. Foi assustador naquela época” / Distanciamento da Universidade / “É como se ela precisasse aprimorar essa aproximação” / “Mas percebo que existe esse sentimento de que há necessidade”. / Não houve integração como deveria / Unidades tiraram o PET por conta de boicote / O PET foi uma luta / Teve boicote e represália /

A gente não conseguia levar os usuários pras discussões, pros seminários, pros debates que aconteciam na universidade / Distanciamento prejudicial, principalmente de usuários e trabalhadores.

PROPET:

Tentativa do MS de institucionalizar o PET como mecanismo de ensino / “Solução que a universidade encontrou pra agradar gregos e troianos” / “A universidade tá num caminho maravilhoso: formar cidadãos para interagir no local onde tem mais necessidades de saúde” / Se for coisa curricular a Universidade deve dar meios / O trabalho integrado que a gente vinha fazendo, toda sexta, reunião do grupo misto, aquela coisa, não tem mais. Se chegar aluno a gente recebe. Não deixa de atender, não.

Pós-Graduação / Produção Científica:

Pós-Graduação: “Ficou combinado que íamos receber alunos e ter em troca capacitação, especialização, mestrado, sair na frente, não concorrer com outros porque íamos ter pontuação maior” / Mestrado Profissional de Ensino em Saúde: critério de estar acompanhando alunos /. Nas 1ª turma e 2ª turma do Mestrado, aprovados preceptores de Medicina, Enfermagem e Odonto/ Pedidos de mais vagas / A única vantagem é no currículo, por ter recebido alunos e ter feito trabalhos com eles / Concorremos com todo mundo / “O Mestrado ia ser bom para a gente, ficamos esperando, não teve retorno da universidade” / *Enfermagem:* não tem inscrição, seleção para Mestrado / Podia abrir especialidade ou Mestrado somente para o pessoal do PET / Capacitados para trabalhar com pesquisa / Foram várias capacitações / Tem dispositivos da universidade que poderiam ser utilizados para melhorar as nossas práticas pedagógicas em campo. Isso particularmente, eu sinto falta e engrandeceria nossa prática / “O NUSP não chega junto, a não ser que a gente queira”.

Produção Científica: Pesquisas / Pesquisa sobre Humanização / Participações em Congressos específicos da Enfermagem, Farmácia, Odontologia, Medicina, Mostra de Experiências Exitosas / Bolsa-estímulo para produzir trabalhos científicos com alunos / *Produção científica:* não existia na UBS / “Isso faz com que vc volte um pouco a ser aluno e tenha aquele espírito de tá aprendendo, de tá querendo escrever um artigo, de participar no Congresso com trabalho e tudo mais. Isso pra mim que tinha me formado, entrei no serviço, já tava esfriando, agora com o PET parece que tou de novo na Faculdade” / Aprendendo sempre alguma coisa, sempre ávido para escrever alguma coisa, ficar estudando / Orientar aluno em pesquisa científica sem ter preparo, “com a cara e a coragem” / A gente fez muita coisa nesse PET II, mas foi pouco foi divulgado coletivamente / Foi divulgado no Congresso Acadêmico, mas quem tava lá ficou apenas com seu curso / As mesmas atividades eram socializadas com alunos de seus cursos específicos, ou na Mostra de Saúde da Família.

Preceptorial como Trabalho de Ensino em Saúde: A necessidade de estudar, de ver outros horizontes / Exigiu docência / Ser chamada de professora é legal / “Nem todo

mundo é apto para entender, dominar e desenvolver todos esses temas” / A gente tem que entender um pouco sobre Pedagogia, como repassar pro aluno, pq às vezes eu posso saber mto mas não sei repassar o conhecimento que tenho / Não tenho técnicas, não tive formação pra fazer esse tipo de trabalho/ No PET, com os preceptores, isso deveria ser melhor trabalhado / Capacitação e Orientação / Diferença entre as preceptorias do PET e do Pró-Saúde: respaldo científico para o estudante / PET II: necessidade de quebrar barreiras, de expor o projeto pra os funcionários da Unidade entenderem porque os alunos estavam ali/ O pessoal se pronunciou que gostou da apresentação/Docência: uma coisa latente / Não houve diminuição da produção dos preceptores: atendimento no Posto, Núcleo de Pró-Saúde, assistência e acompanhamento a alunos / Na Universidade, os médicos que têm acompanhamento de alunos têm uma produção diferenciada, para dar tempo às discussões / “Médica e preceptora: E agora? Onde é que eu vou arrumar tempo?” / “Sufoco”/ Não teve capacitação sobre como receber alunos / / Medicina: desconforto de alguns colegas, não quiseram aceitar / “Teve hora de a gente ficar aperreada / Tanta coisa sem ter tempo e tb sem ter um pouco de noção”/ “Está sobrecarregando o preceptor” / Agentes comunitários acompanham e apoiam o pessoal do PET, fazem visitas, saem junto com os estudantes, fazem palestras / Teve UBS que recusou o PET porque os agentes comunitários não quiseram participar de jeito nenhum / “Falhamos algumas vezes porque não trouxemos eles para as reuniões. A gente se sentava aqui e não chamava eles. Só lembra como a universidade faz com a gente. Só mandar!”/ “Quando a universidade precisou, ela chegou. Botou os alunos, achou o espaço de colocar os alunos, pronto. Fique aí. Se vire. Pior é que desapareceu tudo” / “Se a Universidade não cuida, a gente tb não tem a obrigação de fazer”. “Integração não é isso”/ “Acabaram os grupos, não se vai mais lá” / Ninguém quer nada / “O que é que a universidade dá pra gente do que foi prometido? Foi prometida educação continuada, se prometeu tentar uma bolsa” / “Hoje, quem está no prejuízo é a Secretaria porque é um monte de aluno dentro do serviço. Um Serviço que não dá nem pra gente” / Palestras improdutivas / Ausência de feedback / Falho no começo / A gente foi muito recebido pelo PET/ Não houve dificuldades / Vale a pena ressaltar sempre / Teve colaboração dos agentes de saúde / Agentes de saúde de se negaram a dar qualquer tipo de informação aos alunos / “Se iam a campo, não queriam que o aluno fosse acompanhando e aqui não. Foi totalmente o contrário/ O agente de saúde dizia: "não se preocupe, diga aos alunos que tal dia eu vou pra área e levo eles. Pra onde eles quiserem, apresento aos pacientes, olhe, o pessoal é da universidade, tá aqui, vão fazer pesquisa.”/ A gente ficou muito próximo da Ufal / “Participei de outros encontros pelo meu Conselho e marcava sempre encontro na Biblioteca com o grupo, porque a gente ficou tão próximo da Universidade, que dava até vontade de estar lá dentro estudando novamente.A gente teve essa oportunidade”/ A gente foi chamada pra fazer. Não houve discussão / A Universidade recebeu o PET pronto/ A universidade e os cursos poderiam fazer seus projetos / “A gente trabalha aqui meio solto, mesmo tendo um conjunto da Saúde”.

Formação em Saúde:

Antes: Igual pra todo mundo/ A gente só atendia ali na universidade, fechadinha, ouvindo muita transmissão, aquele método de estudar pra passar/ Não era uma relação muito boa porque não ouvia o outro / O que mudou: A relação ensino-serviço. Isso, sim, foi um marco muito forte /A Universidade começou a chegar junto, a introduzir projetos, abrir campos de estágio na capital, a fazer toda essa avaliação. Conhecimento dos PPC's: Participei da reformulação do projeto pedagógico do curso de Enfermagem, por conta das exigências do Pró-Saúde / “Fico com o Pró-Saúde no 5º ano e nunca me mostraram a grade” / “A gente fica com aluno do 8º período já há um bom tempo e eu que fico perguntando aos alunos como é que está o currículo” / Na Medicina, já faz parte da grade ficar três meses nas Unidades de Saúde / “Os outros cursos ainda não têm. Acho que eles estão vendo isso pra depois implantar. Acho que com o PET eles estão fazendo uma experiência” / Por dentro da formação com a construção dos diários de campo dos alunos / “Eu nunca li o projeto da enfermagem que vai para o Ministério”.

APÊNDICE E - Artigo para Submissão – Integração entre Ensino e Serviço na primeira década do século XXI e a busca de fortalecimento do SUS

TÍTULO: Inte(g)ração Ensino-Serviço e o fortalecimento do SUS na primeira década do século XXI.

TÍTULO RESUMIDO: Inte(g)ração Ensino-Serviço no SUS

AUTORES: 1º autor - Cristina Camelo de Azevedo; 2º autor – Élda Azevedo Hennington; 3º autor - Jefferson de Souza Bernardes.

ENDEREÇO COMPLETO DOS AUTORES:

1º autor - Cristina Camelo de Azevedo:

Mestre em Ciências UNIFESP; Professora Adjunto III da Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Alagoas Av. Desembargador Valente de Lima, 432/202, Jatiúca, Maceió /

CEP: 57035-556

E-mail: cris.camelo@gmail.com

2º autor – Élda Azevedo Hennington

Doutora em Saúde Coletiva/UNICAMP; Pesquisadora da FioCruz/RJ.

Rua Bom Pastor107/804, Bloco 2, Tijuca/RJ.

CEP: 20521-060

E-mail: elidahennington@gmail.com

3º autor- Jefferson de Souza Bernardes:

Doutor em Psicologia Social (PUCSP); Professor Adjunto IV da Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Alagoas Av. Roberto Mascarenhas de Brito 426/803, Bloco I. Jatiúca, Maceió /

CEP: 57037-900

E-mail: jbernardes.ufal@gmail.com

RESUMO

Este artigo objetiva apresentar o estado da arte e os diálogos tecidos sobre a temática integração ensino-serviço em saúde. Procura também contextualizar a integração entre os Ministérios da Saúde e da Educação no sentido de articular políticas e ações voltadas para a formação e educação permanente da força de trabalho em saúde em consonância aos preceitos e necessidades do SUS. Foi realizada revisão de literatura do tipo narrativa utilizando-se artigos disponíveis na BVS, Lilacs e Scielo, segundo os critérios: a) pertencerem ao período compreendido entre janeiro de 2000 a março de 2011; b) serem artigos que relatassem reflexões, experiências ou pesquisas em cenários nacionais de ensino e/ou serviços de saúde. Os artigos foram examinados segundo os preceitos da análise de discurso, e ao apresentarem e problematizarem a integração entre ensino e serviço, destacaram seis grandes temas, que, embora tomados como categorias para a sistematização da análise, encontram-se interligados e não possuem a pretensão de esgotar a temática, mas sim destacar algumas questões para o enriquecimento do debate acerca da integração ensino-serviço na área de saúde.

Palavras-chave: Integração Docente Assistencial; Formação de Recursos Humanos; Condições de Trabalho; Humanização dos Serviços; Educação Profissional em Saúde Pública.

Title: Teaching-Service Integration in Health and strengthening of SUS in the first decade of this century.

ABSTRACT

This article presents the state of the art and dialogue on the subject fabrics teaching-service integration in health. It also seeks to contextualize the integration between the Ministries of Health and Education in order to coordinate policies and actions for training and continuing education of the workforce in health in line with principles and requirements of SUS. We performed a literature review of the narrative type using items available in VHL, Lilacs and Scielo databases, according to the criteria: a) belong to the period from January 2000 to March 2011, b) are articles that reported thoughts, experiences or research scenarios national education and / or health services. Articles were examined according to the precepts of discourse analysis, and present and problematize the integration between teaching and service, highlighted six major themes, which, though taken as categories for the systematic

analysis, are interconnected and have no intention of exhausting the subject, but rather to highlight some issues to enrich the debate about the teaching-service integration in healthcare.

Keywords: Teaching Service Integration, Human Resources Training, Working Conditions; Humanization Services, Public Health Professional Education.

INTRODUÇÃO

Os avanços para o Sistema Único de Saúde (SUS) sempre significaram investir na manutenção, qualificação e gerenciamento dos recursos humanos em saúde, aspectos considerados fragilidades centrais do sistema. A partir da década de 1990, a parceria entre os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), resultou políticas e programas de impacto no sistema de saúde brasileiro. Pelo MEC, em 1996, foi aprovada a nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB), que demandou a formulação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para cada curso superior¹.

Quando as Instituições de Ensino Superior (IES) e entidades profissionais iniciaram as discussões acerca de suas diretrizes para a formação do profissional de nível superior, houve oportunidade para o MS envidar esforços para executar o instituído no art. 200, inciso III, da Constituição Federal Brasileira, que atribuía ao SUS a ordenação da formação de recursos humanos para trabalhar no Sistema². Como resultado, as DCNs de doze cursos de graduação pertencentes à área da saúde – Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional - deixaram claro que as IES deveriam investir na formação de profissionais comprometidos com as políticas de saúde, capacitando-os para atuar em todos os níveis da atenção à saúde.

Entretanto, a caracterização dos perfis que definiram competências e habilidades profissionais a serem desenvolvidas necessitava de mais tempo para ser assimilada e de maior diversificação dos cenários de práticas para os estudantes, compatíveis com a complexidade do que estava sendo exigido. Desde 2001, fruto da parceria MS/MEC, foram criados programas indutores da preparação de docentes, profissionais da rede de saúde e estudantes. A parceria entre MS/MEC foi potencializada com a criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), vinculada ao Ministério da Saúde, cujas atribuições destacavam a promoção da ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, da articulação com órgãos e entidades educacionais, sindicais, de fiscalização do exercício profissional, movimentos sociais, e com entidades representativas da educação dos profissionais, tendo em vista a formação, o desenvolvimento profissional e o trabalho no setor de saúde³.

Desde então, a SGTES participa junto ao MEC, coordenando as políticas e programas fundamentais para a qualificação dos recursos humanos do setor da

saúde, por exemplo: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional - Pró-Saúde⁴, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde⁵, o Pró-Residência³, a Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS³ e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - EPS³.

No âmbito da Gestão do Trabalho, a SGTES coordena o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – DesprecarizaSUS⁶. No SUS, a precarização do trabalho é uma das questões que mais têm preocupado gestores e lideranças. Na década de 1990 observou-se o aumento da precarização do trabalho em saúde, em função da decisão governamental de que o setor da saúde não seria estratégico e, portanto, os trabalhadores não ficariam no regime estatutário das relações de trabalho. A partir daí, os trabalhadores da saúde passaram a ser regidos por diversas modalidades contratuais, tais como cooperativas, sistemas de bolsas de trabalho, contratos temporários, prestação de serviços por meio da CLT etc⁶.

A criação da SGTES não só reafirmou a relevância da questão dos recursos humanos para a Política Nacional de Saúde, como seus resultados têm influenciado as secretarias estaduais e municipais de saúde para estruturarem e ampliarem seus próprios órgãos de recursos humanos, e difundirem os programas da agenda da política nacional de gestão do trabalho e da educação em saúde⁶.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão de literatura do tipo narrativa em que foram pesquisados os documentos disponíveis nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (Lilacs) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), de acordo com os seguintes critérios: a) estarem no período compreendido entre o ano de 2000 a março de 2011; b) serem artigos que relatassem reflexões teóricas, experiências ou pesquisas em cenários de ensino e/ou serviços de saúde existentes no Brasil.

Para realizar o levantamento foi utilizado o descritor DeCS/MeSH - *integração docente assistencial* para a pesquisa na Lilacs, e na base SciELO, a associação dos conjuntos de palavras *formação-serviços-saúde; formação-trabalho-saúde; educação permanente-saúde; recursos humanos-serviços-saúde*. A diversificação dos descritores utilizados deveu-se à necessidade de garantir a amplitude da busca, pelo fato do foco da pesquisa abordar duas grandes temáticas – ensino e serviço - que produzem diversas interfaces entre a educação e o trabalho em saúde. O emprego

variado das associações de palavras possibilitou o acesso ampliado a artigos que documentaram discussões, análises e pesquisas decorrentes da definição de políticas públicas que favoreceram o surgimento de programas indutores da parceria entre ensino e serviço.

Foram selecionados 256 artigos, assim distribuídos: na base de dados Lilacs, 37 artigos. Na base de dados SciELO, 219 artigos, sendo: 187, a partir do conjunto de palavras *formação-serviços-saúde*, 20, através das palavras *formação-trabalho-saúde*; 11, com o conjunto de palavras *educação-permanente-saúde*; e, por fim, 01 artigo a partir das palavras *recursos-humanos-saúde*.

Após a leitura detalhada de todos os resumos, foram selecionados 59 artigos que apresentaram relação direta com o foco e objetivos da pesquisa. Os artigos foram examinados segundo os preceitos da análise por categorias *a posteriori*⁷, e ao apresentarem ou problematizarem a integração entre ensino e serviço, abordaram em geral, seis grandes temas: a) as universidades e a formação em saúde; b) a integração ensino-serviço; c) o trabalho em saúde e suas interfaces com a formação e a educação permanente em saúde; d) o trabalho em equipe; e) a escuta à comunidade e aos usuários; f) o papel do Estado.

É necessário esclarecer que esses temas, tomados como categorias para sistematização da análise, não apareceram isoladamente nos artigos, mas sim entrelaçados, demonstrando a complexidade das realidades estudadas. Além disso, não possuem a pretensão de esgotar a temática, mas lançar algumas questões para o enriquecimento do debate acerca da integração ensino-serviço na saúde. Os resultados da análise são apresentados a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

AS UNIVERSIDADES E A FORMAÇÃO DO TRABALHADOR DA SAÚDE

Os artigos que apresentam a formação na área da saúde nas instituições de ensino superior destacaram: concordância com as novas orientações curriculares a partir da prática dos egressos e a necessidade de continuar refletindo sobre os novos currículos; concordância parcial com as novas orientações curriculares, por achar que as ações repercutem pouco na prática dos egressos, pois conteúdos e práticas ainda são incipientes, fragmentados e as metodologias de ensino, em sua maioria,

privilegiam a educação bancária; sugestões, recomendações e ações efetuadas para mudar a realidade.

Os artigos divulgaram estudos teóricos e/ou experiências ocorridas nas instituições formadoras, a partir da implantação de disciplinas, estágios e uso de metodologias inovadoras. Mostraram que as reformas curriculares dos cursos da saúde ainda não produziram mudanças consistentes no perfil profissional, apesar de se ter acreditado, desde a década de 1980, que essas mudanças seriam decorrentes dos novos modelos de atenção, em função do processo de democratização da área. Nessas análises, não são levadas em consideração a profundidade do novo conceito de saúde, nem tampouco o conservadorismo da universidade para lidar com essas mudanças⁸.

Aproximadamente 25 estudos registraram a oferta de disciplinas tais como Saúde Coletiva, Planejamento e Gerenciamento em Saúde e estágios curriculares, avaliando seus conteúdos e práticas, principalmente, após a implantação de reformas efetuadas segundo as novas DCNs. A maioria dos artigos concentrou-se no período de 2006 a 2010, e é originária dos cursos de Enfermagem e Medicina, seguidos pela Odontologia, o que nos leva a considerar se essa produção científica decorre dos investimentos efetuados pelo governo federal nesses três cursos de graduação desde o início da década de 2000, através do Promed e Pró-Saúde.

Os artigos apresentam que os cursos de graduação da área da saúde ressaltam a necessidade de que seus projetos pedagógicos desenvolvam ações de fortalecimento do SUS e levem em consideração as diversidades regionais e os diferentes perfis epidemiológicos existentes no país, ou seja, as necessidades das pessoas e das populações^{9 10 11}.

As novas DCNs reafirmam a importância sobre as metodologias de ensino-aprendizagem para que privilegiem a diversificação de cenários de práticas desde o início da formação superior, com os espaços de realização da atenção primária à saúde, convivendo com cenários sociais que permitam ao estudante aproximar-se das diferentes necessidades de saúde da população e ampliem o foco da formação profissional¹². Programas de extensão envolvem professores, estudantes e população em novas experiências voltadas à humanização, ao cuidado e à qualificação da atenção à saúde¹³.

Os artigos que focaram o trabalho desenvolvido no âmbito dos cursos, preocupam-se em repensar a atitude docente, orientando-o para um docente mediador do processo dialógico com os estudantes, produzindo, conjuntamente, novos conhecimentos, assumindo uma atitude problematizadora que estimule o educando a abandonar sua condição de ser apenas um receptor de conteúdos¹⁴.

Indagações como: *formados para atuar onde e como?*¹⁵ surgiram nas instituições de educação e saúde do país, comprometidas com o futuro da saúde pública. Estas instituições perceberam que era preciso fomentar a inserção nos espaços de ensino-aprendizagem não apenas na academia ou nos serviços, mas em ambos, como uma rede a ser refeita em seus nós, para acolher pessoas necessitadas à atenção integral.

Em estudo sobre o processo de avaliação a que se submeteram vinte e oito escolas médicas brasileiras, numa iniciativa da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), foi constatado que a maioria das escolas está em movimento de saída de seus muros para proporcionar aos estudantes maior experiência nos diferentes níveis de atenção à saúde, efetuando parcerias com prefeituras, unidades da atenção primária, secundária e terciária, indo ao encontro do preconizado nas DCN¹⁰. Nesta mesma avaliação, o vetor que analisou o Âmbito Escolar mostrou que o planejamento das práticas da escola e do serviço ainda é bastante conservador e a perspectiva da integralidade no cuidado em saúde é a que mostra maior dificuldade. O vetor Âmbito da Prática confirmou um ensino tradicional, fragmentado em disciplinas, pautado em especialidades, com dificuldades de proporcionar ao futuro profissional: vivenciar demandas espontâneas nas necessidades de saúde; realizar diagnóstico diferencial em quadros clínicos; tratar e encaminhar de forma adequada; trabalhar em equipe¹⁰.

Não foram encontrados nos artigos, questionamentos sobre a importância das reformas curriculares na área da saúde, mas sim a demonstração dos esforços dos cursos para alcançar o perfil de egressos cujas competências e habilidades promovessem repercussões no fortalecimento do SUS. No entanto, ainda não se tem evidências precisas que indiquem se o novo perfil de egresso já está promovendo resultados profícuos e consistentes.

A INTEGRAÇÃO ENTRE ENSINO E SERVIÇO COMO CONDIÇÃO ESSENCIAL PARA O AVANÇO DO SUS

Os artigos que abordaram a integração entre ensino e serviço destacaram: as vantagens da integração para alunos e egressos, bem como para os profissionais de saúde, gestores, usuários do SUS; as dificuldades que ainda persistem para a sua consolidação, sugestões ou recomendações; e, por fim, as ações efetuadas para mudar a realidade.

Os artigos abordaram as interações entre a academia e os serviços de saúde, principalmente no período entre 2006 a 2008. Verificou-se interesse dos autores em obter informações dos alunos e profissionais do serviço sobre as práticas de disciplinas desenvolvidas tanto em hospitais de ensino quanto em unidades de saúde, demonstrando a relevância em construir significados e práticas em espaços privilegiados para a incorporação da integralidade no processo de ensino-aprendizagem, mediante a participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes^{15,16,17}.

Poucos artigos apresentaram pesquisas em que o foco era centrado nos docentes. Inclusive, algumas pesquisas expuseram suas reclamações sobre a ausência destes nos cenários de práticas da APS. Vale a pena destacar este aspecto e lançar como desafio que pesquisas futuras respondam a esta questão. De qualquer forma, as relações entre docentes e trabalhadores ganha relevo por seu tensionamento. Os profissionais do serviço se queixam que a universidade quer estar no serviço sem levar em consideração os trabalhadores, determinando objetivos acadêmicos definidos *a priori*. Afirmam que a universidade está mais envolvida com atividades de pesquisa, pondo em segundo plano a prestação de cuidados. A academia solicita que os profissionais participem na supervisão dos estudantes, sem uma discussão ou presença mais efetiva do docente. Por parte dos docentes, estes reclamam que os profissionais do serviço são pouco atualizados, voltam-se mais para as atividades rotineiras do trabalho, preocupam-se mais com a produtividade e se esquecem da educação permanente¹⁷.

Os artigos também atestaram a presença das políticas e programas criados para o fortalecimento do SUS, desde a década de 1980, a exemplo do Programa de Integração Docente Assistencial (IDA), da Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC), da Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (IETC), que procuraram gradativamente, integrar instâncias isoladas entre si: a academia com suas contribuições para o ensino e a pesquisa; os serviços de saúde e a comunidade com seus saberes de cunho popular¹⁸. Algumas das políticas e programas criados nas décadas de 1990 e 2000, a exemplo da ESF, da Política Nacional de Educação

Permanente e do Pró-Saúde são apresentadas pelos autores dos artigos como um esforço visível do governo federal para ampliar e assegurar as possibilidades de viabilização do SUS, apesar da precarização do trabalho presente na rede da atenção primária à saúde, bem como das dificuldades de se estabelecer uma integração entre ensino e serviço a partir de relações mais horizontalizadas.

Sobre a ESF, surgem as experiências indicativas de ganhos para a formação profissional. Os estudantes referiram que durante o estágio na ESF, são desenvolvidas práticas que comumente não ocorrem em outros estágios, como a discussão de casos sobre saúde mental, atuação em equipes multidisciplinar e assistência centrada na família¹⁹.

Contudo, também há a visão de que ainda existem lacunas a serem preenchidas, pois à medida que os estudantes aprendem aspectos técnicos de sua profissão, não aprendem como articular-se com as outras profissões, a focar a vida vivida dos pacientes e, muito menos, a intersectorialidade em Saúde²⁰.

Sobre a Educação Permanente em Saúde, concepções variadas enriqueceram a discussão nos artigos, que mostraram: a proposta da EPS como descentralizadora, transdisciplinar e propiciadora de democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas¹¹. No SUS, os lugares de produção de cuidado são, ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica, pois concentram as vivências do cotidiano, o encontro criativo entre trabalhadores e usuários²¹.

Lidar com as mudanças de ambientes complexos como os do SUS estimula a reflexão de que as ações para a mudança precisam ser antecedidas de estudos de contexto, buscando planejamentos orientadores de ações. Nem sempre as propostas destinadas ao cumprimento das políticas e programas têm conseguido atender a esses requisitos. Uma pesquisa sobre os desdobramentos de um curso de especialização em Ativação de Processo de Mudança na formação superior de profissionais de saúde, iniciado em 2005, apresentou as dificuldades vivenciadas pelos profissionais para terminarem seus TCC's, que consistiam na implementação de processos de mudanças nos seus locais de atuação, revelando o quão é difícil instalar o novo e superar barreiras de natureza estrutural, humana, metodológica e de aprendizagem. A pesquisa chamou a atenção porque destacou a precarização tanto

da academia quanto dos serviços de saúde, não como impeditiva dos processos de mudança, porém significativamente dificultadora²².

O TRABALHO EM SAÚDE E SUAS INTERFACES COM A FORMAÇÃO E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Os artigos desta categoria analisaram e refletiram sobre: o trabalho (principalmente, no que tange a infraestrutura, equipamentos e materiais); e a gestão dos serviços e sua organização (principalmente a acessibilidade dos usuários aos serviços que fazem parte da rede de saúde, possibilitando continuidade nos tratamentos). Abordaram, também: a situação dos recursos humanos quanto a escassez, vínculos empregatícios, remuneração, qualificação e existência ou não de programas de capacitação; e sobre os modos como o trabalho nos estabelecimentos de saúde se realizam e estão organizados, facilitando ou não o planejamento e a execução das atividades.

Sobre as políticas de provimento de pessoal e remuneração dos recursos humanos identificaram-se dificuldades de fixação dos profissionais em algumas regiões do país, enquanto em outras se consegue efetuar o provimento temporariamente²³, tudo isso acrescido de modificações da realidade demográfica e epidemiológica que provocam alterações nas necessidades e demandas populacionais por atenção à saúde, sinalizando a urgente necessidade de articulação entre a formação profissional e a organização do sistema de saúde⁹.

Em duas pesquisas desenvolvidas em serviços de saúde, em cidades distintas, foram relatadas situações que abordaram a problemática de provimento e remuneração de pessoal do setor saúde. A primeira, ocorrida nos serviços de vigilância sanitária em três municípios da região metropolitana de Porto Alegre/RS observou-se o fato de que, embora os serviços fossem diferentes, em geral, as coordenações lidavam com distintas formas de vínculo empregatício, carga horária, diferenças de escolaridade e salariais dos profissionais de sua equipe²⁴. A segunda pesquisa, realizada em Botucatu/SP, observou-se que o desestímulo dos médicos em permanecer no PSF se deve à falta de reconhecimento de seu trabalho por parte de outros médicos e da população. Além disso, os médicos consideraram o salário baixo e as condições de trabalho desfavoráveis²⁵.

Os problemas pertencentes à administração dos serviços de saúde e ao planejamento das atividades, tanto nos níveis de gestão municipais (secretarias de saúde) quanto nos níveis de gestão setorial (estabelecimentos de saúde) são

identificados através de problemas diversos, tais como: burocracia excessiva¹⁶, excesso de trabalho^{16,25}, ineficácia dos planejamentos¹⁶, falta de acompanhamento do trabalho¹⁶, ineficiência do uso de estratégias de gestão de pessoas²⁶, poucos investimentos na infraestrutura física e da precarização de equipamentos e materiais, dificultando o trabalho dos estabelecimentos de saúde, bem como o trabalho entre profissionais, estudantes e docentes^{12,22,24}.

Como recomendações para a superação ou minimização da precariedade dos serviços de saúde se fazem necessários:

apoios a exemplo da remuneração adicional aos pequenos municípios como fator de correção das desigualdades, incentivo às unidades mistas de atenção integral à saúde (saúde da família, leito de observação, centro de reidratação, oficina de arteconvivência, procedimentos de mais alta técnica ou mediante suporte de aparelhos etc.) e apoio à transformação dos modelos de atenção dos pequenos hospitais para que respondam à retaguarda complementar mais justificada em cada realidade locorregional demonstrariam ênfase no desenvolvimento humano com recursos setoriais específicos da saúde²³.

Os autores investigaram como os processos de trabalho em saúde são realizados para promover o atendimento às necessidades de saúde da população. Consideram que a interação entre as ações de educação permanente, a democratização das relações e o empoderamento dos trabalhadores, sobre seu próprio trabalho, são fundamentais para a melhoria dos serviços.

Quando o ambiente de trabalho é propício a conflitos entre os atores, e não há um processo de negociação permanente, o gerenciamento dos serviços de saúde enfrenta obstáculos para contemplar os interesses da coletividade e necessidades dos usuários e trabalhadores²⁷. Nos estabelecimentos de saúde, as exigências são contraditórias, mas os trabalhadores constroem uma prática para contorná-las, que só é eficaz porque é rica em conhecimentos²⁸. Considera-se que não há como pensar a interface entre ensino e trabalho sem a mediação da educação permanente¹⁷, embora ela apresente grandes desafios, principalmente, quando envolve ambientes de elevados riscos sociais e ambientais²⁹.

Entretanto, apesar dos contínuos investimentos efetuados para a melhoria dos processos de trabalho em saúde, os artigos constataram que ainda há longo caminho a ser percorrido para que os gestores se preocupem em fomentar ações de educação permanente que fortaleçam práticas do cuidado em saúde, compatíveis com o princípio da integralidade^{21, 24}.

Faltam espaços de escuta, de participação e de tomada de decisões que envolvam os profissionais de saúde. Os trabalhadores sentem-se desprestigiados e sem autonomia, seja pela limitação no uso dos recursos e/ou principalmente pelo pouco espaço de participação nas decisões. Os profissionais clamaram pela criação de mecanismos de participação no processo decisório de trabalho²⁴.

Evidencia-se que a forma como o trabalho está organizado e é gerenciado, sacrifica a subjetividade, aumenta a produtividade, desagrega coletivos e separa o trabalho do conjunto da vida²⁷. Neste contexto, os profissionais da saúde necessitam repensar não apenas suas práticas, mas problematizarem suas relações com os polissêmicos conceitos de trabalho e de cuidado e as relações de poder daí derivadas. A formação rígida e fragmentada em profissões e, dentro destas, em especialidades, propiciam a manutenção de uma relação sujeito-objeto, em lugar de relações sujeito-sujeito, mais humanizadoras³⁰.

Identificou-se que os artigos sobre o trabalho em saúde utilizando a perspectiva ergológica, propõem problematizar e ressignificar a perspectiva funcionalista do campo da Administração Científica. Argumenta-se que o campo entre trabalho e saúde é complexo e, portanto, necessita de novas leituras para os desafios que se avolumam, principalmente, orientadas para as modificações nas atividades do trabalho em saúde, investindo em novas propostas e estratégias que insiram os trabalhadores, desde o início de sua formação, no cotidiano das práticas e ações de saúde, numa perspectiva coletiva, considerando que o “trabalho vivo” em saúde deve ter ênfase na promoção da saúde e redução das vulnerabilidades^{31,32}.

O TRABALHO EM EQUIPE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E NAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO

Algumas questões sobre esse tema já foram apresentadas na categoria sobre a integração entre ensino e serviço, por ser a equipe um de seus elementos basais. Porém, é importante destacar que a abordagem sobre o trabalho em equipe efetuada nos artigos retrata o interesse e a busca persistente pela interdisciplinaridade. A idéia de que o processo de trabalho é um espaço de aprendizado e ressignificação do próprio trabalho para a equipe, volta a ser citada aqui, por demonstrar ser um dos elementos de confluência dos pensamentos de alguns autores^{11,26,27}. Estes consideram que o trabalho coletivo ainda é fragmentado, produz estranhamento no próprio trabalhador em relação ao próprio processo de trabalho, seu contexto e resultados²⁶. E é esse trabalho coletivo nas instituições de saúde que sustenta um projeto de ação contínuo e duradouro²⁷ e que, ao se incluir o usuário, define a

qualidade da resposta assistencial¹¹. O trabalho em equipe é o terreno fértil da interdisciplinaridade, para o qual é preciso lembrar que trocar saberes não significa perda de espaço ou da identidade profissional, muito menos a sobreposição de profissões^{13,17}.

O PSF é considerado pelos autores o lugar no qual a equipe potencializa suas ações, mesmo que, por vezes, o exercício da comunicação, da parceria e da interdisciplinaridade se desenvolva de forma ainda incipiente, no qual o outro é visto como vaidoso, que gosta de ostentar poder, dificultando assim a interação profissional^{18,32}.

A ESCUTA À COMUNIDADE E AOS USUÁRIOS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE E UNIVERSIDADE

Foram poucos os artigos encontrados com pesquisas sobre os usuários ou a comunidade. Um dos artigos, ao efetuar a análise das vozes do controle social, constatou que as falas eram marcadas por vozes da academia ou dos serviços, não se encontrando falas da população⁸.

Uma pesquisa efetuada em 2005, numa UBS de Fortaleza-CE, com os usuários, obteve um conjunto significativo de informações sobre os serviços de saúde ofertados, tais como: as razões da procura da Unidade, grau de satisfação e insatisfação com a oferta dos serviços, com o atendimento efetuado, bem como as sugestões de melhoria para a gerência dos serviços. Nos resultados, ganharam destaque a atitude cordial por parte de alguns profissionais, a garantia do atendimento e a limpeza da unidade. Apareceram, também, sentimentos de revolta quanto à necessidade de chegar de madrugada na UBS para garantir o atendimento, bem como a constatação de problemas quanto a não comunicação quando os médicos faltam ou, quando do encerramento da entrega de fichas, evitando a espera desnecessária³³.

Em outro artigo do qual participaram estudantes de Odontologia e usuários, foram relatados por estes últimos, problemas na comunicação e nas relações com os estudantes. Argumentou-se que isso se deve ao fato de, na formação, os estudantes serem incentivados a privilegiar a técnica em detrimento de uma visão integral de cuidado³⁴.

Enfim, com base na constatação de que poucos artigos trouxeram as vozes de comunidades e usuários, duas indagações: a) em quais níveis efetivos de importância

o usuário é inserido na relação com os profissionais e no próprio sistema? b) como o controle social está sendo significado e operacionalizado?

O PAPEL DO ESTADO NA DEFINIÇÃO DE PARCERIAS ENTRE MEC/MS PARA DESENVOLVER AÇÕES DE FORTALECIMENTO DO SUS

As inúmeras reformas de Estado que têm visado dar sustentabilidade à Reforma Sanitária e concretização do SUS foram citadas por vários autores^{8,9,15,17,23,25,26,32}. Visando pôr em prática o que foi estabelecido como responsabilidade do SUS, no sentido de ser o ordenador da formação em saúde no país, a parceria MEC/MS tem ocorrido através dos inúmeros programas criados nas décadas anteriores e alguns deles citados neste trabalho. Através dos artigos, verificou-se que, paulatinamente, esta parceria procura, até os dias atuais, reduzir as lacunas e exigências identificadas pelos atores partícipes dessas instituições e de outras instâncias sociais, acerca do atendimento às exigências de concretização do sistema de saúde brasileiro.

Houve elogios e críticas às reformas de Estado efetuadas para garantir a continuidade do SUS, ora reconhecendo a complexidade dessas reformas, protagonizadas por importantes segmentos sociais e políticos¹¹, ora tecendo críticas à maneira desarticulada, por exemplo, como a parceria MS/MEC vem trabalhando na discussão da política de recursos humanos⁸. Houve também recomendações, tais como a de se criar novas definições das responsabilidades dos órgãos gestores federais, estaduais e municipais e da população local, a busca por soluções mais adequadas à resolução dos problemas de acesso e de efetividade da atenção prestada, e de maior impacto sobre os níveis de saúde da população¹⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que diz respeito à integração ensino-serviço, os seis temas apresentados levantam questões centrais para o desenvolvimento do SUS. O primeiro deles apresentou a questão dos lugares ocupados pela academia nesta integração, principalmente, como *locus* privilegiado (mas não único) para a formação do trabalhador em saúde e que as reformas curriculares ainda são, em sua maioria, incipientes, não institucionalizadas e ainda distantes do perfil profissional que atenda as necessidades de saúde da população.

O segundo dos temas orientou-se para a análise da integração ensino-serviço, sobressaindo a importância da articulação destas instâncias para o desenvolvimento

da formação em saúde. Historicamente, academia e serviços quase sempre experienciaram momentos tensos em suas relações. As formas de indução da integração ensino-serviço parecem estar surtindo efeitos, apesar de ainda existirem dificuldades, barreiras e resistências para que isso ocorra de maneira ampla e satisfatória. Investimentos na capacitação, tanto dos profissionais em saúde quanto dos professores têm sido fundamentais.

O terceiro tema centrou-se no trabalho em saúde e suas interfaces com a formação e a educação permanente. Sobressaíram-se as discussões em torno da precarização do trabalho. Nos ambientes de trabalho (unidades básicas e outros serviços) onde atuam profissionais de saúde e docentes, referenciou-se uma elevada tensão em duas direções: primeiro, quando o profissional vivencia a insegurança sobre o futuro do emprego e da conquista de uma remuneração que dê respaldo às suas necessidades humanas e sociais; segundo, quando ele luta contra a falta de adequação constante das condições de trabalho. Essas constatações levam a outro tipo de preocupação: que exemplo de mundo do trabalho está sendo marcado nos estudantes ao vivenciam tais situações?

As discussões sobre a saúde do trabalhador no SUS parecem isentar os próprios espaços de trabalho como locais que precisam ser reconhecidos como ambientes de trabalho precarizados e objetos de intervenção na perspectiva da Saúde do Trabalhador. Possivelmente, pelo fato dos trabalhadores de saúde não serem considerados usuários do próprio sistema, não possuindo, portanto, direitos básicos vinculados ao universo do trabalho e da própria saúde.

A política de desprecarização do trabalho no SUS teve como foco central combater as consequências de fatores econômicos e históricos que determinam situações deploráveis de vínculo dos profissionais e proteção social tais como as terceirizações abusivas e diversidade de formas de contratação, dentre outras.

Também se faz necessário refletir sobre mudanças que precisam ocorrer na gestão da rotina diária dos profissionais de saúde, por exemplo, para que ações oriundas de políticas como a Educação Permanente possam ser viabilizadas no horário normal de trabalho, sem produzir excedentes de horas trabalhadas. Afinal, essas prerrogativas rotineiras naturalizadas findam por provocar o desinteresse dos trabalhadores para participar de atividades que irão lhe proporcionar, em longo prazo, o empoderamento de seu trabalho e uma maior eficácia dos microprocessos de trabalho.

O tema seguinte abordou a questão do trabalho em equipe, destacando pesquisas e a preocupação para o exercício interdisciplinar. Os artigos apresentam a importância do exercício entre as distintas disciplinas no campo da saúde. Destaca a ausência da interdisciplinaridade na própria formação e na prática profissional.

Em penúltimo, na temática da escuta à comunidade e aos usuários dos serviços de saúde, ficou evidenciada as poucas pesquisas com esta perspectiva. As apresentadas relataram as dificuldades das relações entre profissionais, estudantes e comunidades ou usuários.

Por fim, o papel do Estado para o fortalecimento do SUS. Os diferentes conteúdos e abordagens dos artigos analisados sobre integração ensino-serviço em saúde evidenciam o avanço encontrado na criação de programas decorrentes das políticas públicas voltadas para o fortalecimento do SUS. Destaca-se também a adesão dos atores – gestores, profissionais, estudantes e usuários – expressa por meio do empenho em participar dos projetos desenvolvidos pela academia e pelos serviços de saúde.

Questões como as apresentadas acima necessitam ser constantemente trazidas para discussão, com o intuito de ampliar o número de profissionais que auxiliem o fortalecimento do SUS e dos espaços de formação para a área da saúde, renovando suas regras e práticas. Um alcance diferenciado do momento atual no que diz respeito à prática dos princípios do SUS pode durar ainda algumas décadas, mas o nosso papel será sempre em defesa do direito à saúde e de práticas mais cidadãs, dignas, equitativas e integrais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial União**. 23 dez 1996. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf> Acesso em 20 março 2011.
2. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm Acesso em 10 de março de 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Folder sobre a Educação e o Trabalho na Saúde: a política e suas ações**. Brasília: SGTES, dezembro de 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/area.cfm?id_area=382. Acesso em maio de 2011.

4. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-Saúde**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26639. Acesso em abril 2011.
5. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **PET-Saúde**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1597. Acesso em abril de 2011.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório do Seminário Nacional sobre a Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS**. Brasília, SGTES, 2003. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_seminario_desprecarizacao2.pdf. Acesso em abril 2011.
7. Minayo, MC, Deslandes, SF, Neto, OC, Gomes, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23^a ed. Petrópolis, Ed. Vozes, 2004.
8. Bonetti OP, Kruse MHL. A formação que temos e a que queremos: um olhar sobre os discursos. **Rev Bras Enf**; vol. 57 [3]: 371-79, 2004.
9. Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev Saúde Pública**; 44: 383-393, 2010.
10. Stella, RCR. et al. Cenários de prática e a formação médica na assistência em saúde. **Rev Bras Educ Med**; 33 (supl.1): 63-69, 2009.
11. Ceccim R B, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**; 14 [1]: 41-65, 2004.
12. Gil CR, Turini B, Cabrera MAS, Kohatsu M, Orquiza SMC. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. **Rev Bras Educ Med**; 32 [2]: 230-9, 2008.
13. Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad Saúde Pública**; 21[1]: 256-265; fev. 2005.
14. Arruda MP, Araújo AP, Locks GA, Pagliosa FL. Educação Permanente: uma estratégia metodológica para a formação de professores de saúde. **Rev Bras Educ Méd**; 32 [4]: 518–524, 2008.
15. Ferreira LSM, COTTA RMM, Lugarinho R, Oliveira MS. Construção de Espaço Social Unificado para formação de profissionais da saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, p. 304-309, 2010.
16. Moimaz SAA, Saliba NA, Zina LG, Saliba O. Práticas de ensino-aprendizagem com base em cenários reais. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.14, n.23, p. 69-79, jan/mar 2010.
17. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, dez. 2008.
18. Tanji S, Silva CMSLMD, Albuquerque VS, Viana LO, Santos NMP. Integração ensino-trabalho-cidadania na formação de enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), vol. 31, n.3, p. 483-90, set 2010.
19. Campos MAF, Forster A. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na

sua formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, vol.32, n.1, pp. 83-89, 2008.

20. Moretti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface** (Botucatu) [online], São Paulo, vol.13, n.30, p. 153-166, 2009.

21. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, p.427-38, 2007.

22. González A D, Almeida MJ. Ativação de mudanças na formação superior em saúde: dificuldades e estratégias. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, vol.34, nº2, 2010.

23. Ceccim RB, Pinto LF. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, vol.31, n.3, p.266-277, 2007.

24. Garibotti V, Hennington EA, Selli L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.22, n.5, p.1043-1051, maio 2006.

25. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, vol.33, nº3, p.393-403, 2009.

26. Peduzzi M, Del Guerra DA, Braga CP, Lucena, FS, Silva JAM. Atividades Educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, vol.13, n.30, p.121-34, jul./set. 2009.

27. Scherer MDA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol.43, nº4, 2009.

28. Assunção AA, Belisário SA, Campos, FE, D'Ávila LS. Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Vol.23, Supl. 2, p. 193-201, 2007.

29. Pessanha RV, Cunha FTS. A aprendizagem -trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Revista Texto & Contexto Enfermagem** [online] - UFSC, Florianópolis (SC), vol.18, n.2, 2009.

30. Ferreira MLSM, Cotta RMM, Oliveira MS. Construção Coletiva de Experiências Inovadoras no Processo Ensino-Aprendizagem na Formação de Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, vol.33, nº2, p. 240–246, 2009.

31. Sant'Anna SR.; Hennington EA. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. **Revista Interface (Botucatu)** [online], São Paulo, vol.14, n.32, p. 207-215, 2010.

32. Villa EA, Aranha, AVS. A formação dos profissionais da saúde e a pedagogia inscrita no trabalho do programa de saúde da família. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, vol.18, nº4, p. 680-7. Out-Dez 2009.

33. Moura ERF, Santos MS; Pereira CG, Rocha CP, Santos LKX. A voz do usuário e a gerência do serviço de saúde. **Revista Atenção Primária à Saúde**, UFJF, Juiz de Fora (MG), vol.11, n.2, p. 181-188, abr.-jun. 2008.

34. Nuto SAS, Noro LRA, Cavalsina PG, Costa, ICC, Oliveira AGRC. O processo ensino aprendizagem e suas conseqüências na relação professor-aluno-paciente. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 11, nº1, p.89-96, 2006.

ANEXO A - Autorização SMS de Maceió para a pesquisa

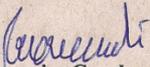

ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO

AUTORIZAÇÃO

Autorizamos a prof^a Ms. **Cristina Camelo de Azevedo**, professora adjunta da Universidade Federal de Alagoas, para desenvolver a pesquisa de Doutorado em Saúde Pública – ano 2009 da ENSP/FIOCRUZ, intitulada **Integração Ensino-Serviço em Unidade de Saúde do município de Maceió: preceptorias do PET-Saúde/Saúde da família na perspectiva da Política de Humanização em Saúde**, no período de agosto de 2012 a agosto de 2013, com o objetivo de aprofundar a compreensão sobre as relações ensino-serviço que ocorrem nas Unidades Básicas de Saúde de Maceió, identificando, a partir dos discursos e práticas dos preceptores do Programa PET-Saúde / Saúde da Família, os aspectos das atividades destes preceptores que se aproximam ou se distanciam dos parâmetros explícitos nas DCN, PNH e PET-Saúde/Saúde da Família.

A referida pesquisa deverá ter o acompanhamento das Coordenações desta Secretaria, comprometendo-se a pesquisadora de apresentar os resultados de sua pesquisa, ao término do trabalho, no ano de 2013.

Maceió, 18 de julho de 2012.


Adeilson Loureiro Cavalcante
Secretário Municipal de Saúde de Maceió.

Rua Dias Cabral, Nº 569 – Sala 411 – Centro – Maceió/AL – CEP 57020-250
Fone: (82**) 3315-5226



ANEXO B - Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/ FIOCRUZ

PROJETO DE PESQUISA

Título: Integração Ensino-Serviço em Unidades de Saúde do município de Maceió: preceptorias do PET-Saúde/Saúde da Família na perspectiva da Política Nacional de Humanização em saúde

Área Temática:

Pesquisador: CRISTINA CAMELO DE AZEVEDO

Versão: 2

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ

CAAE: 04557312.3.0000.5240

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 75707

Data da Relatoria: 07/08/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa de Cristina Camelo de Azevedo intitulado Integração Ensino-Serviço em Unidades de Saúde do município de Maceió: preceptorias do PET-Saúde/Saúde da Família na perspectiva da Política Nacional de Humanização em saúde compõe a tese vinculada ao Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ. Seus orientadores são a Prof^a Dr^a Éilda Azevedo Hennington (Fiocruz) e como segundo orientador está o Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes (UFAL). Ele tem como principal objetivo aprofundar a compreensão sobre as relações ensino-serviço que ocorrem nas Unidades Básicas de Saúde do município de Maceió-AL.

A pesquisadora tem como hipótese de que foi se tornando mais evidente que o Pró-Saúde e o PET-Saúde têm incentivado à universidades a se movimentar em direção à rede de serviços, dando-se conta de que a conhece pouco.

Para isso, a pesquisadora utilizará as técnicas para a produção de informações que serão a observação participante e as rodas de conversa. Os discursos produzidos serão analisados através do referencial das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, de Mary Jane Spink (2000).

A pesquisa será realizada em quatro Unidades Básicas de Saúde pertencentes aos VI e VII Distritos Sanitários de Maceió. Os sujeitos da pesquisa serão os vinte e três preceptores do PET-Saúde / Saúde da Família da UFAL-Campus Maceió, de quatro UBS, sendo: 03 assistentes sociais, 08 enfermeiros, 01 farmacêutico, 04 médicos, 03 odontólogos e 04 psicólogos.

Objetivo da Pesquisa:

Aprofundar a compreensão sobre as relações ensino-serviço que ocorrem nas Unidades Básicas de Saúde de Maceió, identificando, a partir dos discursos e práticas dos preceptores do Programa PET-Saúde / Saúde da Família, os aspectos das atividades destes preceptores que se aproximam ou se distanciam dos parâmetros explicitados nas DCN, PNH e PET-Saúde/Saúde da Família.

Como objetivo secundário, a pesquisadora visa analisar e destacar a contribuição que o PET-Saúde tem trazido para a interação entre o ensino superior e os serviços de saúde. Descrever os aspectos que constituem o papel de preceptor do PET-Saúde da Família, no que tange às atribuições desenvolvidas, responsabilidades e necessidades vivenciadas no exercício do papel.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora considera como possível risco que a averiguação do ambiente de trabalho voltada para explorar os aspectos da precarização e situações de violência ocorridos no ambiente de trabalho possa provocar inquietações em indivíduos ou grupos. Para minimizar isso, pretende desenvolver a pesquisa a partir de contatos detalhados e cuidadosos com os gestores e trabalhadores das unidades básicas de saúde a serem pesquisadas, garantindo a compreensão dos objetivos da pesquisa e aceitação consciente de participar dela. A pesquisadora irá a cada uma das quatro UBS, em horário previamente agendado com os trabalhadores da saúde, para realizar apresentação similar, de modo a garantir a sensibilização, adesão e participação no projeto.

A pesquisadora considera como possível risco que a averiguação do ambiente de trabalho voltada para explorar os aspectos da precarização e situações de violência ocorridos no ambiente de trabalho possa provocar inquietações em indivíduos ou grupos. Para minimizar isso, pretende desenvolver a pesquisa a partir de contatos detalhados e cuidadosos com os gestores e trabalhadores das unidades básicas de saúde a serem pesquisadas, garantindo a compreensão dos objetivos da pesquisa e aceitação consciente de participar dela. A pesquisadora irá a cada uma das quatro UBS, em horário previamente agendado com os trabalhadores da saúde, para realizar apresentação similar, de modo a garantir a sensibilização, adesão e participação no projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As pendências foram respondidas de maneira satisfatória.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pendências no termo foram respondidas de maneira satisfatória.

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 16 de Agosto de 2012

Assinado por:

Ângela Fernandes Esher Montz

Profª Ângela Esher
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/UNISP