GRACIELA SOARES FONSÊCA

Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de São Paulo (Campus Capital): estudo avaliativo

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Profa. Dra. Simone Rennó Junqueira

São Paulo
2012

Fonsêca GS. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de São Paulo (Campus Capital): estudo avaliativo. Dissertação apresentada ao Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Ciências Odontológicas.

Aprovado em: / /2012

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a)._____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a)._____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a)._____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Aqueles que sabem o que querem e que se entregam com fervor sem temer às lágrimas, ao sofrimento e à saudade, sem deixar-se contagiar por atos e sentimentos negativos, acreditando no ser humano, na justiça e no amor, trilham o caminho escolhido com êxito. Agradeço à Deus por iluminar esse caminho.

Gratidão sublime aos meus pais, **Paulo** e **Eliene**, por todo carinho, amor e dedicação que oferecem à mim, desde o momento em que me deram a vida. Por me fazerem acreditar que os meus horizontes poderiam ser ampliados e disponibilizarem os instrumentos para que eu pudesse lutar em favor dos meus ideais, por entenderem minha ausência e apoiarem as minhas decisões. Sem vocês, esse momento não existiria. Muito obrigada!

Aos meus irmãos, **Gleika** e **Maurício**, pelo carinho e cumplicidade que ultrapassam qualquer distância ou diferença.

À **Cesar**, meu namorado, pelo amor, cuidado e companheirismo, reflexos da sua grandeza de ser humano, que foram capazes de suavizar as limitações encontradas nesse percurso e multiplicar as alegrias.

Aos meus tios e primas residentes em São Paulo pela preocupação com o meu bem estar e pelo incentivo.

À **Universidade de São Paulo** por propiciar minha permanência e o usufruto de sua riqueza acadêmica e cultural.

À professora **Simone Junqueira**, orientadora desse trabalho, agradeço pela parceria e disponibilidade manifestada durante todo o período de desenvolvimento da pesquisa. Sua excelência profissional e seu caráter humanizado foram propulsores para a realização do trabalho. Agradeço também pela confiança, pelo carinho, por entender minhas limitações e pelas oportunidades proporcionadas.

À professora **Maria Ercília** por oferecer contribuições significativas para o desenrolar do trabalho, por compartir seu saber e sua sabedoria, por confiar e abrir portas em minha trajetória.

Ao professor **Carlos Botazzo** pela partilha de saberes e experiências que trouxeram reflexões acadêmicas e de vida capazes de agregar na minha formação enquanto profissional e ser humano.

Agradeço aos demais professores do Departamento de Odontologia Social. Nas entrelinhas desse trabalho estão ocultas as contribuições de cada um de vocês. De forma peculiar, agradeço à **Cilene Junqueira** e à **Fernanda Almeida**, com as quais convivi de forma mais próxima.

À professora **Fátima Oliver** pela contribuição oferecida na banca de qualificação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa concedida.

Aos professores **Jamilly Musse** e **Jeidson Marques** pelos exemplos de luta, superação e profissionalismo que se tornaram. Obrigada pelo incentivo iniciado ainda na graduação, por me fazerem acreditar que o sonho era alcançável e pela amizade dispensada em todo esse período de incertezas.

À professora **Ana Áurea** por direcionar meus primeiros passos na pesquisa, por ter despertado em mim o desejo de militar na Saúde Coletiva, pela torcida e pela amizade.

À professora **Eliene Sacerdote** pelo auxílio na revisão do texto.

Às secretárias do Departamento de Odontologia Social, **Sônia**, **Andréia** e **Laura**, pela prontidão e pela disponibilidade em ajudar.

Aos funcionários do Sistema de Documentação Odontológica, especialmente a **Vânia**, à **Glauci** e à **Cláudia**, pela normalização do trabalho final.

Aos sujeitos do estudo por fornecerem a essência desse trabalho.

Às amizades que superaram a distância, se fortaleceram e contribuíram para me manter firme, em especial, agradeço à **Dani**, à **Bada**, à **Clarinha** e à **Gabriela**.

Aos colegas de Pós-graduação pelo convívio sempre enriquecedor.

Às novas amizades construídas em São Paulo, **Erika**, **Alexandra**, **Dhiego**, **Vitor**, **Roseane** e **Carolina**, dentre muitos outros, que nos momentos de angústia, quando a saudade da família, a ansiedade e o medo se fizeram presentes, representaram o refúgio e o acolhimento. Obrigada também por proporcionarem momentos de alegria e descontração, na riqueza de um convívio multicultural e multiprofissional nas entranhas do CRUSP, o que colaborou para meu amadurecimento intelectual, humano e cultural.

À **Angela** pela a amizade já consolidada e sempre crescente. Pela companhia constante, por ouvir, entender e oferecer sua mão amiga nos momentos mais difíceis.

À **Alana**, pela amizade que teve início nos primeiros anos da minha graduação e por ser uma das pessoas que mais entendeu os medos e as insatisfações, devido a semelhança da nossa trajetória acadêmica e da nossa história de vida.

Por fim, estendo os meus agradecimentos à todos que torceram pela minha felicidade, aos que sorriram e choraram comigo, aos que aprenderam e ensinaram e aos que me apoiaram e me incentivaram nesse longo percurso que se iniciou muito antes da pós-graduação.

"A principal meta da educação é criar homens que sejam capazes de fazer coisas novas, não simplesmente repetir o que outras gerações já fizeram. Homens que sejam criadores, inventores, descobridores. A segunda meta da educação é formar mentes que estejam em condições de criticar, verificar e não aceitar tudo que a elas se propõe."

Jean Piaget

RESUMO

Fonsêca GS. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de São Paulo (Campus Capital): estudo avaliativo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, 2012. Versão original.

O Sistema Único de Saúde (SUS) avançou muito desde o seu surgimento, entretanto, ainda existem muitos desafios que precisam ser superados. Entre eles, encontram-se a qualificação e a formação dos profissionais de saúde. Os cursos de graduação em saúde têm privilegiado uma formação tecnicista e fragmentada, incapaz de formar a força de trabalho necessária à resolução dos problemas de saúde da população brasileira. Neste sentido, há necessidade de desenvolver instrumentos direcionados ao incentivo de mudanças curriculares no ensino superior em saúde, tendo como um dos eixos a interação com os serviços de saúde. Cita-se, nesse contexto, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). A presente investigação se propôs a avaliar o PET-Saúde instituído na Universidade de São Paulo (USP), campus Capital. Os sujeitos do estudo foram tutores, preceptores e alunos de odontologia que integraram o Programa em algum momento da sua existência. Foi utilizada uma abordagem qualitativa, sendo a coleta de dados realizada com o auxílio das técnicas Delphi e de Grupo Focal. O tratamento do material coletado foi orientado pela análise de conteúdo. Os dados levantados evidenciaram que, apesar das mudanças já implementadas, o modelo formador em odontologia apresenta fragilidades no sentido de atender completamente as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), visto que é persistente a tendência tecnicista, biologicista e fragmentada. Os sujeitos reforçaram que a aproximação dos estudantes com os cenários de prática é capaz de auxiliar no processo formativo de alunos e na qualificação de profissionais inseridos nos serviços e professores dos cursos de graduação em saúde. Além disso, o PET-Saúde proporciona a ampliação do olhar do estudante em direção ao processo saúde/doença e o despertar para atuação futura no âmbito do SUS. A imersão no Programa foi responsabilizada pela quebra de pré-conceitos e pela consequente compreensão da organização da Atenção Primária e do trabalho desenvolvido no setor. Uma das vantagens apontadas pelos moldes de interação ensino-serviço do PET-Saúde consiste no estabelecimento da interdisciplinaridade no processo

formador o que, dentre outras características, o conforma como um modelo de interação ensino-serviço mais próximo do ideal almejado. Como principais limites foram apontados a incompatibilidade de horários entre os protagonistas do programa, a distância dos cenários de prática em relação às unidades de ensino, além da ausência de diretrizes operacionais claras e da heterogeneidade de organização das atividades pelas unidades de saúde. Os resultados do estudo traduzem o PET-Saúde como um poderoso instrumento de indução de mudanças na concepção dos profissionais de saúde, contribuindo para uma formação condizente com as necessidades do SUS.

Palavras-chave: Odontologia. Educação superior. Recursos humanos para a saúde. Pesquisa qualitativa. Técnica delfos.

ABSTRACT

Fonsêca, GS. Education Program of Work for Health of the University of São Paulo (Capital Campus): evaluation study [thesis] São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, 2012.

The Unified Health System of Brazil has advanced greatly since itsestablishment, but there are many challenges that need be overcome. Among them are the qualification and the education of health workers. Health courses have privileged a technicist and fragmented education, that is unable to create the workforce needed to solve the health problems of the Brazilian population. So there is a need to create instruments directed to the encouragement of curriculum changes in the higher health education , based on the interaction with health services. In this context, the Education Program of Work for Health is pointed out. The research evaluated the Education Program of Work for Health established at the University of São Paulo, Brazil. The study subjects were dental students, preceptors and tutors in the program. A qualitative approach was used and data collected using the Delphi technique and focus group. The material obtained was treated by Bardin analysis of content . Data collected evidenced that despite changes already implemented, dentistry education model presents fragilities onfully meeting the National Curriculum Guidelines since much students keep the technicist, fragmented and biologicist tendency. The subjects reinforcedthat students approximation with practice scenarios is able to assist in the formation process of students and qualification of professionals inserted in services and of health courses professors. Moreover, the Education Program of Work for Health provides a wider view from students toward the health/disease process and also an awakening for later operating in the Unified Health System. The immersion in the program was responsible for breaking preconceptions and for the consequent understanding of the organization of Primary Care and of work in the sector. One of the advantages pointed by the model of interaction between teaching and service by the Education Program of Work for Health is the establishment of interdisciplinarity in the formation process that, among others characteristics, conforms it as a model of interaction between teaching and service closest to the desired ideal. The incompatibility of schedules between the protagonists of the program, the distance of

the practice scenarios in relation to teaching units besides the absence of clear operational guidelines and diverse organization of activities by health units were pointed as the main limitations. The study results reflect the Education Program of Work for Health as a powerful tool to induce changes in the conception of health professionals, contributing to an education consistent with the needs of the Unified Health System.

Keywords: dentistry. Higher education. Human resources for health. Qualitative research. Delphi technique.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 2.1 - Eixos e vetores do Pró-Saúde 34

Gráfico 2.1 - Valores absolutos e percentuais dos cursos contemplados nos projetos selecionados para o Pró-Saúde 35

Gráfico 2.2 - Valores absolutos e percentuais dos cursos contemplados nos projetos selecionados para o Pró-Saúde II 36

Gráfico 2.3 - Distribuição dos projetos PET-Saúde selecionados por regiões em 2009 40

Gráfico 2.4 - Distribuição dos projetos PET-Saúde selecionados por regiões em para os anos letivos de 2012-2012 41

Gráfico 2.5 - Distribuição dos cursos selecionados pelo PET-Saúde em 2009 e em 2010-2012 41

Tabela 2.1 - Abrangência nacional do PET-Saúde, segundo número de projetos selecionados, número de grupos PET-Saúde, quantidade de bolsas e número de participantes, em relação às três modalidades em 2011 ... 42

Gráfico 2.6 - Temas de pesquisa propostos pelos projetos selecionados para os anos de 2010-2012 43

Quadro 2.2 - Disciplinas ligadas ao PET-Saúde USP Capital 51

Figura 2.1 - Modelo lógico do PET-Saúde USP Capital 53

Figura 2.2 - Mapa do município de São Paulo com destaque para a região oeste 53

Tabela 2.2 - Número de tutores, preceptores, alunos de graduação em odontologia e demais alunos de graduação, segundo unidade de saúde e ano de participação 54

Gráfico 2.7 - Distribuição dos protagonistas do PET-Saúde USP Capital, por categorias profissionais, nos primeiros meses do período 2010-2012 55

Figura 2.3 - Conformação e disponibilização de bolsas em um grupo PET-Saúde 56

Tabela 2.3 - Valores investidos, no formato de bolsas, no PET-Saúde USP e Brasil 57

Tabela 4.1 - Divisão dos sujeitos da pesquisa por grupos 61

Quadro 4.1 - Disponibilização das rodadas para condução da coleta de dados com o grupo T 69

Quadro 4.2 - Eixos e categorias inicialmente consideradas no estudo 71

Quadro 5.1 - Eixos e categorias reformuladas durante a análise.....73

Quadro 5.2 - Principais diferenças entre a inserção de alunos através do PET-Saúde e por outros dispositivos de integração 116

Quadro 5.3 - Eixos, assertivas e pontuação final de grau de concordância.....163

Figura 5.1 - Relações estabelecidas entre os protagonistas do PET-Saúde.....168

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CAAB	Clínica Ampliada de Atenção Básica
CAPS	Clínica Ampliada de Promoção de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Câmara de Educação Superior
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DECS	Descritores em Ciências da saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação Superior
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FFMUSP	Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
IES	Instituição de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PRO	Projeto Região Oeste
PROMED	Programas de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SESU	Secretaria de Educação Superior
SETEC	Secretaria da Educação Profissional e Tecnológica
SINAES	Sistema de Avaliação da Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFMS	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
UFPA	Universidade Federal do Pará
UNIMONTES	Universidade de Montes Claros
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
USP	Universidade de São Paulo
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 17
2 REVISÃO DA LITERATURA 19
2.1 A Formação dos profissionais de saúde no contexto do SUS 19
2.1.1 Interdisciplinaridade, integração ensino-serviço e pesquisa: sustentáculos para adequar a formação. 24
2.2 Formação para o trabalho em saúde bucal 27
2.3 Aspirações de mudanças na formação em saúde 32
2.4 O PET-Saúde como catalisador da transformação 37
2.5 Os atores do PET-Saúde 44
2.6 O PET-Saúde USP Capital 49
3 PROPOSIÇÃO 58
4 METODOLOGIA 59
4.1 Aproximação com o objeto de pesquisa: construindo e reconstruindo o PET-Saúde 59
4.2 Tipo de Estudo 60
4.3 Sujeitos da pesquisa 60
4.4 Técnica e instrumentos para a coleta de dados 61
4.4.1 Parte A. 62
4.4.2 Parte B. 63
4.5 Etapas Metodológicas 64
4.5.1 Questões éticas 64
4.5.2 Coleta de dados 65
4.5.2.1 grupo A 66
4.5.2.2 grupo P 67
4.5.2.3 grupo T 68
4.6 Análise de dados. 70
4.6.1 Parte A. 70
4.6.2 Parte B. 71
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO. 73
5.1 Parte A. 73

5.1.1 Eixo 01: Formação/qualificação para o SUS 73
5.1.2 Eixo 02: Conhecimentos sobre o SUS 93
5.1.3. Eixo 03: Integração ensino/serviço/comunidade 111
5.1.4 Operacionalização do programa..... 122
5.2. Parte B..... 158
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 171
REFERÊNCIAS..... 174
APÊNDICES 190
ANEXOS 198

1 INTRODUÇÃO

Desde a implantação do SUS, a articulação entre novos conceitos e práticas de saúde tem sido um dos elementos propulsores da mudança pretendida nos modelos assistenciais (Tavares et al., 2007). Entretanto, os avanços teórico-metodológicos observados não têm sido suficientes para impedir a ocorrência de lacunas na transformação e na inovação das práticas de saúde, o que parece estar relacionado, principalmente, à escassez de reflexões acerca da natureza e das especificidades dos componentes do trabalho em saúde: objeto, meios/instrumentos (aí incluídos a força de trabalho e o trabalho propriamente dito – as práticas de saúde), finalidade, além de análises também sobre a formação profissional voltada às práticas em Saúde Coletiva (Silva et al., 2004).

Na dimensão do ensino, há necessidade de desenvolver instrumentos que possam aprimorar a formação do futuro trabalhador em saúde, com vistas à mudança do modelo assistencial que, preponderantemente, vem tomando como objeto das práticas em saúde, a doença no âmbito individual (Tavares et al., 2007).

No tocante à dimensão da atenção à saúde, é preciso investir em formas de captação de necessidades de saúde que ampliem o objeto das práticas para além do hegemonicamente identificado com os problemas individuais já instalados (Pereira et al., 2005) ou com as necessidades restritas aos programas predeterminados (Vieira et al., 2007).

Os cursos de graduação na área da saúde, especificamente a odontologia, têm privilegiado a formação fundamentada no modelo que se caracteriza pela ênfase no tecnicismo, nas práticas curativas e individualizadas, e na fragmentação do conhecimento pelas especialidades. Tais características não são capazes de formar a força de trabalho necessária à resolução dos problemas de saúde bucal da população.

A articulação das Instituições de Ensino Superior (IES) com o SUS é fator imprescindível para que a missão de fortalecimento e aperfeiçoamento do próprio SUS pela universidade seja efetivada (Silva et al., 2004).

Uma forma de incentivar a inserção de IES nas unidades de saúde foi a criação do PET-Saúde, pelo Ministério da Saúde, por meio das Secretarias de

Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), e pelo Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Educação Superior (SESU). Este Programa é destinado a viabilizar o aperfeiçoamento e a especialização em serviço, bem como a iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos professores, profissionais e estudantes da área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS.

A participação no PET-Saúde constrói uma relação de ensino/aprendizado pautada na atenção à saúde da população e oferece ao aluno a possibilidade de verificar uma situação real vivenciada por uma equipe de saúde em um serviço público.

Como experiência de ensino fortalecedora de laços e compromissos da universidade pública com o SUS no município de São Paulo, o PET-Saúde da USP é entendido como um contribuinte para potencializar a compreensão compartilhada de problemas e necessidades de saúde, bem como o acompanhamento de pessoas e famílias no nível local. Presume-se que ações e práticas pedagógicas como essa permitem ampliar o alcance do conceito de história social das doenças, da promoção da saúde e da prevenção de doenças nos ambientes de convívio, na assistência às demandas e necessidades por saúde da população e na educação permanente em saúde como estratégia de trabalho em Equipes de Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Vieira et al., 2007).

O estudo se justifica ao passo que busca contribuir para o desenvolvimento do conhecimento no campo do ensino de graduação em saúde ao avaliar uma atividade de integração da academia com os serviços. Acredita-se que essa estratégia amplia o próprio campo de conhecimentos da pedagogia universitária e contribui para o aprimoramento da formação e melhoria da qualidade da atenção em saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A formação dos profissionais de saúde no contexto do SUS

A Reforma Sanitária se constitui em um intenso movimento político que mobilizou a sociedade brasileira em prol da construção da consciência sanitária e, como consequência das lutas empreendidas, o direito à saúde foi reconhecido na Constituição de 1988 (Brasil, 1998), numa perspectiva integral e universal, por intermédio do delineamento do SUS.

> O SUS e seu novo modelo foram um acontecimento raro e precioso. Tornou-se um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, organizado em rede de serviços e garantindo acesso universal e gratuito a todas as pessoas, constituindo um fator de democratização e distribuição equitativa dos recursos aplicados. Traduziu-se, assim, em exemplo da participação do Estado na garantia dos direitos humanos e na realização de cidadania e justiça social (Amoretti, 2005, p. 138).

O SUS não pode ser traduzido como um mero prestador de serviços assistenciais. Na realidade, ele se configura como um sistema complexo, responsável por articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com ações de cura e reabilitação (Vasconcelos; Pashe, 2009). Destarte, demanda profissionais qualificados para empreender as práticas com base nessa lógica.

De acordo com Almeida e Ferraz (2008), os processos educativos formais que legitimam socialmente os profissionais de saúde são considerados processos de formação. A formação pode ser entendida como um conceito atrelado à educação como instituição em uma dada sociedade, ou seja, o sistema educacional, público e privado, representado pelas escolas e universidades. Nesse processo, o sujeito educando percorre um currículo que contém disciplinas de natureza geral e profissional com o objetivo de prepará-lo para o exercício da cidadania e da prática específica de uma profissão.

É sabido que, historicamente, a formação dos recursos humanos para a saúde se caracteriza, dentre outros aspectos, pela fragmentação e especialização. Esse decurso teve seu marco com a publicação do Relatório de Abraham Flexner, em 1910, que abordou aspectos da formação médica norte-americana. O modelo

flexneriano estimula a fragmentação do conhecimento e induz a uma excessiva objetivação dos processos de aprendizagem, além de enfatizar o biologicismo e o mecanicismo, exacerbando o saber clínico em detrimento das dimensões do social e do subjetivo (Zilbovícius, 2007). Esse relatório se converteu na base para a implantação do ensino e da prática médica em diversas partes do mundo (Junqueira, 2009).

Entretanto, é notável a inadequação do ensino superior às demandas de saúde da população. Até a década de noventa, os cursos eram formulados, como preconizava a legislação vigente na época, por meio de currículos mínimos. Esses currículos eram fixados pelo Conselho Federal de Educação e se caracterizavam por excessiva rigidez e pela reprodução idêntica por todo o país. Tais adjetivações inibiam as IES no sentido de inovar os seus projetos pedagógicos.

A questão da necessidade de reforma no preparo dos profissionais de saúde adquiriu grande fulgor após a realização da Conferência de Alma Ata, ocorrida em 1978. Na ocasião, a Atenção Primária em Saúde (APS) foi reconhecida como chave para alcançar a meta de saúde para todos até o ano 2000 (Alma-Ata, 1978).

Refletindo grande influência das discussões de Alma Ata, a 7ª Conferência Nacional de Saúde do Brasil, em 1980, promoveu um debate significativo sobre o desenvolvimento de recursos humanos adequados ao trabalho nos serviços básicos de saúde (Brasil, 1980). A 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco precursor da implementação do SUS, apontou a inadequada formação de recursos humanos como um dos responsáveis pela ineficiência e ineficácia do setor saúde, devido às deficiências em nível técnico e nos aspectos éticos e de consciência social no processo formador (Brasil, 1986a).

O SUS preceitua a transformação dos processos de formação de recursos humanos para o trabalho em saúde. Deve ser oferecido um ensino condizente com os seus princípios, através da formação de perfis profissionais voltados à promoção da saúde, ajustado à evolução epidemiológica de cada localidade, centrado em uma perspectiva universalista, abordando, além disso, a esfera técnico-científica.

Ressalta-se que a Constituição de 1988 (Brasil, 1988) atribui ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação dos recursos humanos, traduzindo a obrigação compartilhada com o setor educação para adequar a formação dos profissionais de saúde. Além disso, o comprometimento do SUS com a formação de

pessoal com o perfil demandado pelo sistema, encontra-se expressa na Lei Orgânica da Saúde que define entre as atribuições da União a participação na formulação e na execução da política de formação de recursos humanos para a Saúde (Brasil, 1990).

Entretanto, quatro anos após a promulgação da Constituição Federal, o retrato apresentado era o seguinte:

> A realidade da doença soma-se a doença do Sistema de Saúde que tem, dentre outros, os seguintes sintomas: absoluta falta de apoio político-financeiro à universidade brasileira, que se encontra sucateada e deficiente em seus quadros docentes, acarretando a formação inadequada de Recursos Humanos para a saúde [...] e ausência de uma política que propicie a integração do aparelho formador com o sistema de prestação de serviço (Brasil, 1992, p. 17).

Durante a 10º Conferencia Nacional de Saúde, em 1997, afirmou-se que a formação dos trabalhadores de saúde deveria viabilizar um atendimento de boa qualidade técnica, humanizado e ágil, com os trabalhadores prestando continuamente informações adequadas e qualificadas, atuando com profissionalismo e compromisso com a melhoria da qualidade das ações oferecidas à população usuária. Na época, colocou-se a necessidade de iniciar um processo de revisão dos currículos mínimos dos cursos de nível superior, adequando-os às realidades locais e regionais, aos avanços tecnológicos, às necessidades epidemiológicas e às demandas quantitativas e qualitativas do SUS (Brasil, 1997a).

Na contemporaneidade, as demandas da sociedade com relação a área da saúde aumentaram e se tornaram mais complexas. A transição epidemiológica e demográfica brasileira evidencia a necessidade de formar diferentemente para corresponder às necessidades de saúde (Carvalho; Ceccim, 2009).

É interessante abrir um parêntese para apontar que, paralelamente a essas discussões, tomando em conta a efervescência dos debates sobre APS desencadeada após a Conferência de Alma Ata, se conformava no país o Programa Saúde da Família, em 1994. Inicialmente constituído como um programa, foi posteriormente concebido como uma estratégia, e propõe a reorganização da prática assistencial com base na APS (Merhy; Franco, 2003). Seu objetivo constitui, essencialmente, estruturar o sistema público de saúde por meio do redirecionamento das prioridades de ações, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS (Andrade et al., 2009).

Voltando a questão da formação, em 1996, foi sancionada a Lei 9.394, Lei de Diretrizes e Bases da Educacional Nacional (LDB), que favoreceu a incorporação da flexibilidade na organização curricular, atendendo à necessidade de uma profunda revisão de toda a tradição que burocratiza os cursos e se revelava incongruente com as tendências contemporâneas de considerar a formação em nível de graduação como uma etapa inicial da formação continuada (Brasil, 1996a).

No ano seguinte, o Conselho Nacional de Educação (CNE) emitiu o Parecer 776 que orienta para as DCN. Segundo o documento, o currículo mínimo se revela ineficaz para garantir a qualidade de formação desejada, devido à falta de inovação e a ausência de estímulo à diversificação (Brasil, 1997b, p. 2).

> Os cursos de graduação precisam ser conduzidos, através das Diretrizes Curriculares, a abandonar as características de que muitas vezes se revestem, quais sejam as de atuarem como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, passando a orientar-se para oferecer uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional.

As discussões sobre a temática da formação de recursos humanos se seguiam na tentativa de aperfeiçoar o SUS e, durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano 2000, afirmou-se que o problema se encontrava muito além da formação técnica, sendo imprescindível o estímulo para a formar profissionais que tenham vivido e refletido sobre o acesso universal, a qualidade e a humanização na Atenção à Saúde. Os participantes explicitaram que a formação dos profissionais não estava orientada, naquele momento, para o atendimento da população usuária do SUS (Brasil, 2000).

> O Ministério da Educação precisa adequar o currículo das escolas de profissionais de saúde, incluindo como prioridade as ações de Atenção Básica. Os profissionais são, hoje, formados para uso intensivo de tecnologia médica e para a especialização, o que não é um perfil adequado para o SUS. Essa lógica estimula o abuso do diagnóstico armado, em detrimento da avaliação clínica do paciente, dando origem a um número enorme de exames subsidiários, agravando a busca e a espera da clientela, dificultando o acesso. As universidades não estão cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o Controle Social. A formação dos trabalhadores da saúde não se orienta pela leitura das necessidades sociais em saúde. É conduzida sem debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS (Brasil, 2000, p. 42).

Em consonância, o relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2003a, p. 127) sustenta que se deve:

> Modificar o modelo de formação dos profissionais de saúde, hoje centrado na atenção à doença, reformulando o currículo dos cursos dos profissionais de saúde, considerando temas teóricos e práticos relacionados com a promoção, a vigilância e a atenção integral à saúde, o controle social e o caráter multiprofissional e interdisciplinar das práticas da saúde. Incluir conteúdos disciplinares em informação e comunicação social sobre a diversidade étnica, cultural e racial do povo brasileiro, aspectos da subjetividade relacionados com a atenção e a educação em saúde, redução de danos, atenção básica e saúde da família, qualidade da atenção, direitos e deveres de cidadania, e organização e funcionamento do SUS.

As DCN, referidas anteriormente, objetivam servir de referência para as instituições na organização de seus programas de formação, permitindo flexibilidade e priorização de áreas de conhecimento na construção dos currículos plenos que privilegiem, no perfil de seus formandos, as competências intelectuais que reflitam a heterogeneidade das demandas sociais (Brasil, 2003b).

Nesse panorama, iniciou-se o processo de elaboração de DCN nas mais variadas áreas do ensino superior. Conjuntamente, as IES e demais entidades vinculadas à educação na esfera da saúde iniciaram a organização das DCN específicas para os cursos de graduação em saúde.

Além dos desafios e contradições das mudanças paradigmáticas da educação num contexto de transformações, a implantação das DCN na área da saúde enfrenta uma missão ainda mais desafiadora, o rompimento das estruturas curriculares clássicas, adeptas do biologicimos e do tecnicismo, e o comprometimento da academia com a formação de recursos humanos em harmonia com as coordenadas do SUS e às necessidades do processo saúde/doença da população brasileira (Zilbovícius, 2007).

> De forma claramente explícita, as DCN delineiam competências que dizem respeito à inserção do futuro trabalhador da saúde em uma sociedade complexa e multifacetada – na qual os processos de diagnóstico e tratamento são permeados por determinados contextos socioeconômicos – e, para tal, faz-se necessária uma abordagem pedagógica que contemple essas necessidades (Zilbovícius, 2007, p. 76).

O propósito é estabelecer um perfil profissional no qual a formação de nível superior se torne um processo contínuo, autônomo e permanente, com uma sólida formação básica e uma formação profissional fundamentada na competência

teórico-prática, observadas a flexibilização curricular, a autonomia e a liberdade das instituições de inovar seus projetos pedagógicos de graduação, para o atendimento das contínuas e emergentes mudanças (Brasil, 2003b).

2.1.1 Interdisciplinaridade, integração ensino-serviço e pesquisa: sustentáculos para adequar a formação

> Correspondendo a uma nova etapa do desenvolvimento do conhecimento científico e de sua divisão epistemológica, e exigindo que as disciplinas científicas, em seu processo constante e desejável de interpenetração, fecundem-se cada vez mais reciprocamente, a interdisciplinaridade é um método de pesquisa e de ensino suscetível de fazer com que duas ou mais disciplinas interajam entre si [...]. O objeto utópico do método interdisciplinar, diante do desenvolvimento da especialização sem limites das ciências é a unidade do saber. Unidade complexa, sem dúvida, mas que parece construir a meta ideal de todo saber que pretende corresponder às exigências fundamentais do progresso humano (Japiassu, 1989, p. 145).

A interdisciplinaridade se coloca como uma possibilidade de corrigir distorções causadas pelo excesso das especializações e sua consequência – a fragmentação do conhecimento (Araújo, 2004).

O paradigma da Integralidade tem como imagem-objetivo a ser alcançada, no que se refere aos programas de graduação dos profissionais da saúde, uma formação mais contextualizada, que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais para enfrentar os problemas do processo saúde-doença. Implica estimular uma atuação interdisciplinar que respeite os princípios do SUS (Campos; Belisário, 2001).

Durante a graduação, predominam as práticas individualizadas, sendo o trabalho coletivo abordado nas atividades teóricas, o que gera dificuldades para o desenvolvimento do trabalho em equipe quando esses profissionais assumirem um serviço em que seja necessário interagir com saberes e ações. É necessário propiciar desde a graduação, vivências interdisciplinares, onde o aluno possa interagir e construir, internamente o conceito de trabalho em equipe (Freire, 2008).

> Situações concretas como a questão pedagógica e o planejamento da sociedade que necessitem articular diferentes saberes, ciências e práticas formariam um quadro geral de demandas a exigirem uma reflexão e atuações práticas interdisciplinares. No caso da saúde, a busca de ações integradas na prestação de serviços, ou a associação de docência e serviço, ou a questão da interface entre o biológico e o social passam pelo

> campo genericamente denominado relações interdisciplinares. Trata-se da tentativa de sair da compartimentalização, que estaria presente também na pesquisa, procurando dar uma resposta aos problemas de saúde que regra geral não são disciplinares (Nunes, 1995, p.97-98).

Uma forma de garantir a vivência interdisciplinar no processo de formação é estimular o contato dos estudantes, precocemente, com os serviços de saúde. Nesse sentido, o artigo 27 da Lei Orgânica da Saúde coloca os serviços de saúde como campo para o ensino e a pesquisa, ou seja, como locais de ensino-aprendizagem que expressam indissociabilidade entre a assistência, a gestão e a informação em saúde (Brasil, 1990).

Em conformidade, as DCN apontam para uma nova fase da relação entre o ensino e os serviços de saúde. Entretanto, esta relação é complexa, envolve o ensino, a pesquisa, a prestação de serviços de saúde e dependerá de muitos fatores locais, exigindo esforços intersetoriais para consolidá-las.

As experiências reais vivenciadas no trabalho com a comunidade são impossíveis de serem reproduzidas nas salas de aula e desenvolvem habilidades específicas para uma prática profissional coletiva, comprometida com a sociedade e sensível para a melhoria das condições de saúde da população (Araújo, 2004).

Assim, transformações no processo de formação dos recursos humanos devem ocorrer no mundo do trabalho do SUS. O questionamento que advém desta conclusão diz respeito aos cenários onde se dá, na prática, a interação entre o serviço e a academia e que possibilitem uma adequada atividade pedagógica dentro de um contexto que não é, originalmente, um cenário pedagógico e sim, tem como objetivo definido, o atendimento da população (Araújo; Zilbovícius, 2008).

Uma proposta de ação estratégica para transformação dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas, implicaria trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, colocando em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço e educação permanente em saúde (Ceccim; Feurwerker, 2004).

Quanto mais criticamente se exerça a capacidade de aprender, mais se constrói e se desenvolve a curiosidade epistemológica, sem a qual não é possível alcançar o conhecimento cabal do objeto (Freire, 2004).

> Enquanto na concepção 'bancária'[1], o educador vai 'enchendo' os educandos de falso saber, que são os conteúdos impostos, na prática problematizadora, vão os educandos desenvolvendo o seu poder de captação e de compreensão do mundo que lhes aparece, em suas relações com ele, não mais como uma realidade estática, mas como uma realidade em transformação, em processo (Freire, 2008, p. 71).

Dessa maneira, a interação dos alunos com a realidade do trabalho, da qual eles serão atores importantes no futuro, denota uma rica fonte de produção de conhecimentos e de pesquisa, com potencial de auxiliar na formação de profissionais críticos e reflexivos (Freire, 2004).

Entende-se por pesquisa toda atividade voltada para a solução de problemas, sendo uma prática de investigação, indagação e/ou inquirição da realidade. É através dela que se torna possível, no âmbito da ciência, elaborar um conhecimento, ou um conjunto de conhecimentos, que auxilie na compreensão da realidade e oriente ações para transformá-la (Pádua, 1997).

Segundo Freire (2004, p. 29), "não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino. Esses quefazeres se encontram um no corpo do outro".

A LDB (Brasil, 1996a) consolida como uma das finalidades do ensino superior o incentivo ao trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o desenvolvimento da ciência, da tecnologia e da criação e difusão da cultura com a consequente compreensão do homem e do meio em que vive.

No entanto, o que se percebe é que a pesquisa na área da saúde, em geral, não aprofunda estudos nas temáticas da APS que permitam analisar aspectos relevantes como efetividade, qualidade e resolubilidade. Igualmente, muitos serviços próprios das IES se baseiam nas demandas disponíveis de pesquisa e especialização sem atender à rede do SUS (Brasil, 2007a).

É premente a necessidade de reorientação das pesquisas desenvolvidas na área da saúde, com ênfase na investigação das necessidades da comunidade, organização e financiamento dos serviços de saúde, experimentação de novos modelos de intervenção, incorporação de novas tecnologias e desenvolvimento de indicadores que possibilitem o monitoramento da resolubilidade da atenção (Brasil, 2007a).

---

[1] Concepção para a qual a educação é o ato de depositar, de transferir e transmitir valores e conhecimentos (Freire, 2008).

2.2 Formação para o trabalho em Saúde Bucal

A Saúde Bucal estabelecida no serviço público se caracterizou, durante um grande período, por procedimentos prestados de maneira assistemática, pela livre demanda de pacientes (Pinto, 2008), marcado por técnicas mutiladoras baseadas na queixa-conduta.

Conforme consta no Relatório da primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal, efetivada em 1986, o modelo de prática odontológica era capaz de cobrir apenas 5% da população total, sendo adjetivado como ineficaz, ineficiente, monopolizador, de alto custo, baseado em densas tecnologias, elitista, iatrogênico e mutilador (Brasil, 1986b).

Como reflexo dessa forma de organizar a atenção em saúde bucal, a formação em odontologia, ao longo dos anos, priorizou os aspectos biológicos e flexnerianos se mantendo distante das demandas sociais. As discussões sobre o processo saúde-doença, que apontavam a saúde como um bem socialmente determinado, tardaram a alcançar os currículos das faculdades de odontologia. Como consequência, era estimulada a formação de profissionais preparados para desenvolver uma atenção odontológica elitizada, desligada da ideia de bem-estar, voltada a uma necessidade de saúde que, apesar de ser demonstrada por todos, era disponibilizada apenas para a elite financeira da população (Haddad; Morita, 2006).

O relatório Gies publicado em 1926, direciona os ditames cientificistas e positivistas do Relatório Flexner para a Odontologia (Junqueira, 2009), confirmando a noção individualista do profissional, eximindo-o de uma abordagem crítica de sua prática e desprezando a concepção de Integralidade da Atenção.

É possível listar diversos problemas referentes à formação odontológica, como a falta de integração da maioria das faculdades de odontologia com os problemas de saúde bucal da população, a proliferação de faculdades que visam apenas objetivos comerciais, o ensino desvinculado da realidade, o pouco ou o nenhum conhecimento sobre o SUS por parte dos professores, e a estrutura curricular inadequada, com formação humanística deficiente e centrada na técnica (Araújo, 2004). Nesse enquadramento, é evidente que os profissionais não são

preparados de forma adequada para atuar na perspectiva da atenção integral à saúde e desenvolver ações de promoção, proteção e prevenção.

Para ser um profissional de saúde há necessidade do conhecimento científico e tecnológico, mas também de conhecimento de natureza humanística e social relativo ao processo de cuidar, de desenvolver projetos terapêuticos singulares, de formular e avaliar políticas e de coordenar e conduzir sistemas e serviços de saúde. As escolas tendem a oferecer um “pacote” de conhecimentos que inclui os procedimentos “de ponta” e as novidades tecnológicas e farmacológicas, mas deixam de lado o cotidiano dos serviços e da gestão (Carvalho; Ceccim, 2009).

Esses fazeres e saberes arraigados à odontologia podem ser apontados como responsáveis, em parte, pelas condições ainda deficientes de saúde bucal da população brasileira (Brasil, 2004a), apesar dos significativos avanços verificados no final da década passada (Brasil, 2011). É notório que a mutilação dentária marca fortemente adultos e idosos, retratando as necessidades demandadas e não contempladas pelo modelo de atenção e pelo modelo formador (Narvai; Frazão, 2008).

Tornou-se veemente a necessidade de um programa de Saúde Bucal, inserido no SUS, universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado, preparado para garantir uma prática odontológica (Brasil, 1986b) capaz de superar as desigualdades em saúde bucal do país.

Com este intuito, a Saúde Bucal foi inserida, no ano 2000, na Estratégia Saúde da Família (ESF). O início dessa mesma década, no Brasil, foi marcado por uma mudança política significativa com a eleição de um presidente oriundo das forças políticas de oposição ao governo anterior. Como afirmaram Narvai e Frazão (2008), essa mudança possibilitou a redefinição da Política Nacional de Saúde Bucal e instituiu o Programa Brasil Sorridente, consubstanciado no documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004b).

> Essas diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado, focando a promoção de saúde e a intervenção nos fatores que colocam a vida em risco, incorporando ações programáticas e intersetoriais, tomando como base a humanização da saúde (Brasil, 2004b, p. 2).

O documento pressupõe um compromisso com a qualificação da APS, Integralidade nas ações de saúde bucal, diagnóstico das condições de saúde-doença da população para estabelecimento do melhor projeto terapêutico, através do trabalho das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF (Brasil, 2004b).

É necessário que se construa um processo de trabalho em que a ESB deixe de ser referência odontológica para as Equipes de Saúde da Família e iniciem um processo integrado de planejar, implementar e avaliar suas ações, onde os profissionais de saúde bucal façam parte da equipe. O trabalho da ESB deve ser componente estruturante do projeto de intervenção da ESF, não se restringindo ao campo odontológico, mas realizando intervenções em todas as possibilidades de enfrentar os problemas na sociedade (Manfredini, 2006). As ações em saúde bucal devem pautar-se na interdisciplinaridade tendo em vista a consolidação do modelo de atenção proposto (Brasil, 1993).

Não obstante, a inclusão da Saúde Bucal na ESF se defronta com a precária disponibilidade de cirurgiões-dentistas preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade.

O profissional que tem composto estas equipes ainda vem sendo formado, parcialmente, segundo um modelo que privilegia o tratamento de doenças, trabalha de forma autônoma, não tem experiência de trabalho em equipe e tem pouca familiaridade com as instâncias do SUS (Morita; Kriger, 2004). A ausência de articulação entre a graduação em odontologia e as políticas de saúde trabalha em direção antagônica às necessidades da população e da consolidação do sistema de saúde. É interessante ressaltar que além de avançar na cobertura, eficiência e eficácia, o trabalhador da saúde tem um papel primordial nessa história (Haddad; Morita, 2006).

Os fóruns de discussão e reflexão sobre saúde bucal, há pelo menos 20 anos, inferem a necessidade de mudanças no ensino da odontologia no Brasil. Processos de avaliação de naturezas distintas, evidenciam falta de preparo dos professores para as atividades de docência e de investigação, baixa produção de conhecimentos, currículos antigos, dissociação entre teoria e prática, desarticulação entre os ciclos básico e clínico, formação que favorece o uso indiscriminado de alta tecnologia e prática profissional descontextualizada (Araújo, 2004).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, ocorrida em 2003 apresenta uma importante análise da relação entre ensino superior em odontologia e as necessidades do SUS. Nessa época, de acordo com Zilbovícius (2007), o contexto da educação odontológica encontrava-se em outro patamar do ponto de vista quantitativo, devido ao significativo crescimento no número de faculdades de odontologia no país.

> O sistema de ensino superior não está cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o Controle Social. A formação dos trabalhadores da saúde bucal não se orienta pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal. É conduzida sem debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do Ministério da Educação, das universidades públicas e privadas, das instituições formadoras de trabalhadores de nível médio para a saúde e das associações de especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados. Dessa forma, se cristalizam barreiras para o SUS exercer o preceito constitucional de ordenar os recursos humanos para o Sistema e persistem as inadequações dos profissionais para sua implantação e desenvolvimento efetivos, resultando em dificuldades para as práticas integrais de atenção e queda da qualidade dos serviços de saúde (Brasil, 2004c, p. 55).

O ensino nutre-se, principalmente, de conhecimentos que vêm de outros países e que têm pouca relação com os problemas da sociedade brasileira. Além disso, a pesquisa estuda problemas relativamente superficiais, com pouca ou nenhuma participação das comunidades a que se destinam, quando têm destinação social, e a extensão universitária passa à margem do sistema universitário e do sistema de saúde, levando à comunidade, de forma paternalista e unilateral, os resíduos das preocupações universitárias (Araújo, 2006).

A construção de um novo modelo pedagógico deve ter como perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, como princípios norteadores dos movimentos de mudança, sustentados na integração curricular, em modelos pedagógicos mais interativos, na adoção de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador do processo de construção de conhecimento (Araújo; Zilbovícius, 2008).

Similar à formação dos profissionais das demais áreas da saúde, que se encontra numa perspectiva de desafios de mudança, a formação odontológica choca-se com uma profunda reflexão acerca dos paradigmas e conceitos

pedagógicos que perfazem o contexto educacional na formação de profissionais da saúde bucal (Zilbovícius, 2007).

Destarte, seguiu-se o ordenamento das DCN para os cursos de graduação em odontologia, aprovadas pelo CNE em fevereiro de 2002, por intermédio do Parecer CNE-CES[2] nº 3, de 19 de fevereiro (Brasil, 2002a). O documento representa a concepção institucionalizada de que o ensino odontológico pode sofrer importantes transformações, sem perder a qualidade ou desprezar os avanços técnico-científicos da odontologia (Zilbovícius, 2007).

As definições contidas nas DCN sinalizam uma mudança paradigmática na formação, buscando materializar um profissional crítico, capaz de, dentre outros critérios, trabalhar em equipe e de levar em conta a realidade social. Propõem um cirurgião-dentista com perfil generalista, com sólida formação técnico-científica, humanística e ética, orientada para a promoção de saúde, com ênfase na prevenção de doenças bucais prevalentes (Brasil, 2002a).

As DCN para os cursos de graduação em odontologia (Brasil, 2002a, p. 1) definem como objeto:

> Permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referenciais nacionais e internacionais capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolubilidade no SUS, considerando o processo de Reforma Sanitária Brasileira.

Apontam ainda que:

> A formação do cirurgião-dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe (Brasil, 2002a, p. 3).

As DCN designam uma mudança na concepção de assistência à saúde bucal, na medida em que abordam a questão da atenção integral e do desenvolvimento multiprofissional, enfatizando o trabalho em equipe (Zilbovícius, 2007).

---

[2] Câmara de Educação Superior – Ministério da Educação.

2.3 Aspirações de mudanças na formação em saúde

Desponta-se a necessidade de desenvolver instrumentos que possam aprimorar a formação do futuro trabalhador em saúde (Tavares et al., 2007). Investir somente na graduação não é suficiente para formar o profissional que a sociedade necessita e que o sistema de saúde requer, ou seja, os Ministérios da Saúde e da Educação precisam manter-se próximos, estabelecendo um diálogo que enfrente poderes assinalados em distintas esferas e instituições políticas, acadêmicas e dos serviços de saúde. É inerente a necessidade de buscar o engendramento de novas relações de responsabilidade e compromisso entre as instituições de ensino e o SUS, de modo que possibilite a cogestão dos processos, para que realmente se alcance mudanças significativas na formação em saúde (Garcia; Carvalho, 2009).

No âmbito do Ministério da Educação está implementado, há alguns anos, o Programa de Educação Tutorial[3], destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial mediante a concessão de bolsas de iniciação científica para estudantes de graduação e bolsas a professores tutores de áreas diversas (Brasil, 2005a). O Programa busca estimular as atividades extracurriculares, entendendo-as como um complemento à formação acadêmica, visando ampliar e aprofundar os objetivos e os conteúdos que integram as estruturas curriculares, no intuito de gerar melhorias na formação acadêmica (Brasil, 2002b).

Ao longo desses anos de construção do SUS, outras iniciativas propiciaram o desenvolvimento de certo pensamento crítico e estimularam o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação. Uma expressão significativa é o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), elaborado pelos Ministérios da Saúde e da Educação que pode ser considerado a primeira iniciativa conjunta direcionada a promover mudanças nos cursos de graduação na área da saúde com prioridades bem definidas (Ceccim; Feurwerker, 2004). Ele foi iniciado em 2002 e abarcava o objetivo geral de:

---

[3] O Programa de Educação Tutorial foi criado em 1979 sendo inicialmente denominado como Programa Especial de Treinamento. Em 2004, o nome foi alterado para Programa de Educação Tutorial (Brasil, 2002b).

> Reorientar os produtos da escola médica (profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados) com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da Atenção Básica (Goulart, 2009, p. 613).

Nas palavras de Goulart et al. (2009, p. 613):

> O PROMED foi o primeiro programa governamental de incentivo a mudanças dirigido às escolas médicas com vistas à formação de um profissional que atenda às necessidades do SUS. Esta iniciativa já vinha acontecendo em diferentes instituições de ensino no Brasil.

No intuito de adequar e institucionalizar a formação de recursos humanos ao trabalho no SUS e torná-la coerente com as DCN e com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES)[4], o Ministério da Educação, por meio da SESU, da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP) e o Ministério da Saúde, por meio da SGTES, estabeleceram uma parceria para cooperação técnica, em 2005. Desde então, passaram a desenvolver projetos e programas que articulam as bases epistemológicas da saúde e da educação superior (Brasil, 2005b).

Em 2007, pelo Decreto de 20 de junho, foi instituída a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Em suma, ela se caracteriza pela função consultiva em relação à ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, em conformidade com as políticas nacionais de educação e saúde e os objetivos, princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2007b).

Essa aproximação inicial, fortalecida pelo decreto citado acima, ocasionou a execução de ações setoriais que articulam a política da educação e a política da saúde, com o objetivo de qualificar a formação para o SUS. A primeira dessas ações foi a criação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), influenciado pela avaliação do PROMED (Campos et al., 2010), implementado pela Portaria Interministerial nº 2.101 de 03 de novembro de 2005 (Brasil, 2005c).

Pode-se considerar que, em suma, o Pró-Saúde almeja a aproximação da academia com os serviços públicos de saúde, entendendo essa prática como um mecanismo indispensável para potencializar o aprendizado, levando em

---

[4] Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior instituído pela Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004. Dentre os objetivos estão a melhoria da qualidade da educação e o aprofundamento dos compromissos e responsabilidades sociais das IES, o respeito à diferença e à diversidade, além da afirmação da autonomia e da identidade institucional (Brasil, 2004c).

consideração a realidade socioeconômica e sanitária da população brasileira (Brasil, 2007a).

Além disso, o Pró-Saúde propõe que os objetivos de mudança sejam construídos em torno de três eixos – orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica – direcionados à integração das IES com o serviço público de saúde de maneira a propiciar respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção de conhecimento e na prestação dos serviços, tendo como finalidade maior, em todos esses casos, o fortalecimento do SUS (Brasil, 2007a).

Toda proposta encontra-se pautada nos princípios da Integralidade, em sua dimensão individual e coletiva garantida pela vivência interdisciplinar nos serviços de saúde (Campos et al., 2010).

Os eixos referidos pelo Pró-Saúde se decompõem, cada um, em três vetores, como ilustrado no quadro a seguir (quadro 2.1):

Eixos	**Vetores**
Orientação teórica	Determinantes de saúde e doença;
	Pesquisa ajustada a realidade local;
	Educação permanente;
Cenários de prática	Integração ensino-serviço;
	Utilização dos diversos níveis de atenção;
	Integração dos serviços próprios das IES com os serviços de saúde;
Orientação pedagógica	Integração básico-clínica;
	Análise crítica dos serviços;
	Aprendizagem ativa;

Quadro 2.1 – Eixos e vetores do Pró-Saúde

Os vetores podem ser hierarquizados para cada IES em outros três estágios que se inicia de uma situação mais conservadora ou tradicional até alcançar a situação e o objetivo desejados (Brasil, 2007a).

> O processo de reorientação da formação profissional em saúde, portanto, deverá ser avaliado em função do desenvolvimento dos eixos referidos, porém, a descrição que se apresenta sobre cada um deles não constitui regra de padronização, mas sim um exemplo que oriente a necessidade de levá-los em conta como elementos estruturantes da mudança. Espera-se nesta etapa, contar com a criatividade dos proponentes para que possam sugerir e desenvolver soluções verdadeiramente inovadoras (Brasil, 2007a, p.17).

O primeiro edital para seleção nacional do Pró-Saúde contemplou apenas os cursos de graduação em medicina, enfermagem e odontologia, as três profissões que já integravam a ESF, conforme o gráfico 2.1.

Os projetos inscritos foram oriundos de diversas IES, distribuídas por todo território nacional e de naturezas distintas (públicas e privadas), aceitando-se como habilitadas a participar do processo, todos os cursos de graduação em medicina, enfermagem e odontologia reconhecidos pelo Ministério da Educação.

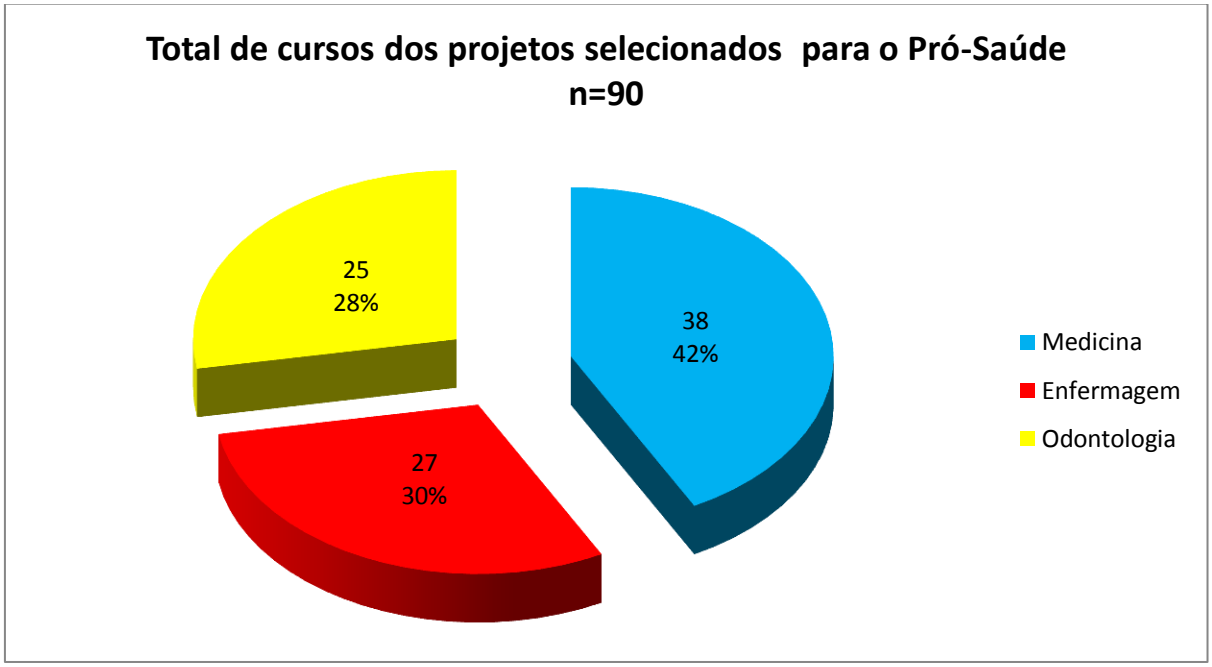

Gráfico 2.1 – Valores absolutos e percentuais dos cursos contemplados nos projetos selecionados para o Pró-Saúde (Brasil, 2007a)

O segundo edital do Programa foi lançado em 2007, abrangendo os cursos de graduação das quatorze profissões que integram a área da saúde, conforme elencado na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 287[5] (Brasil, 1998b),

[5]Assistentes Sociais, Biólogos, Biomédicos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais (Brasil, 1998b).

no intento de modificar o processo de formação, com a geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, por meio de uma abordagem integral do processo saúde-doença (Brasil, 2007c). Nesse processo seletivo foram contemplados 265 cursos da área da saúde (Campos et al., 2010) (gráfico 2.2).

A segunda seleção apresentou peculiaridades em relação à primeira, como a exigência de um projeto único por cada IES que incluísse um ou mais cursos de graduação da área da saúde, o que gerou a necessidade de elaboração de projetos comuns pelas IES interessadas em participar do Programa, compartilhando saberes e cenários de prática. Acrescido à isso, foi exigida uma maior participação das Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde, seja na construção e implementação dos projetos, seja responsabilizando-se pelos investimentos dos recursos do Programa, destinados aos serviços de saúde, que seriam utilizados pelas IES como cenários de prática (Campos et al., 2010).

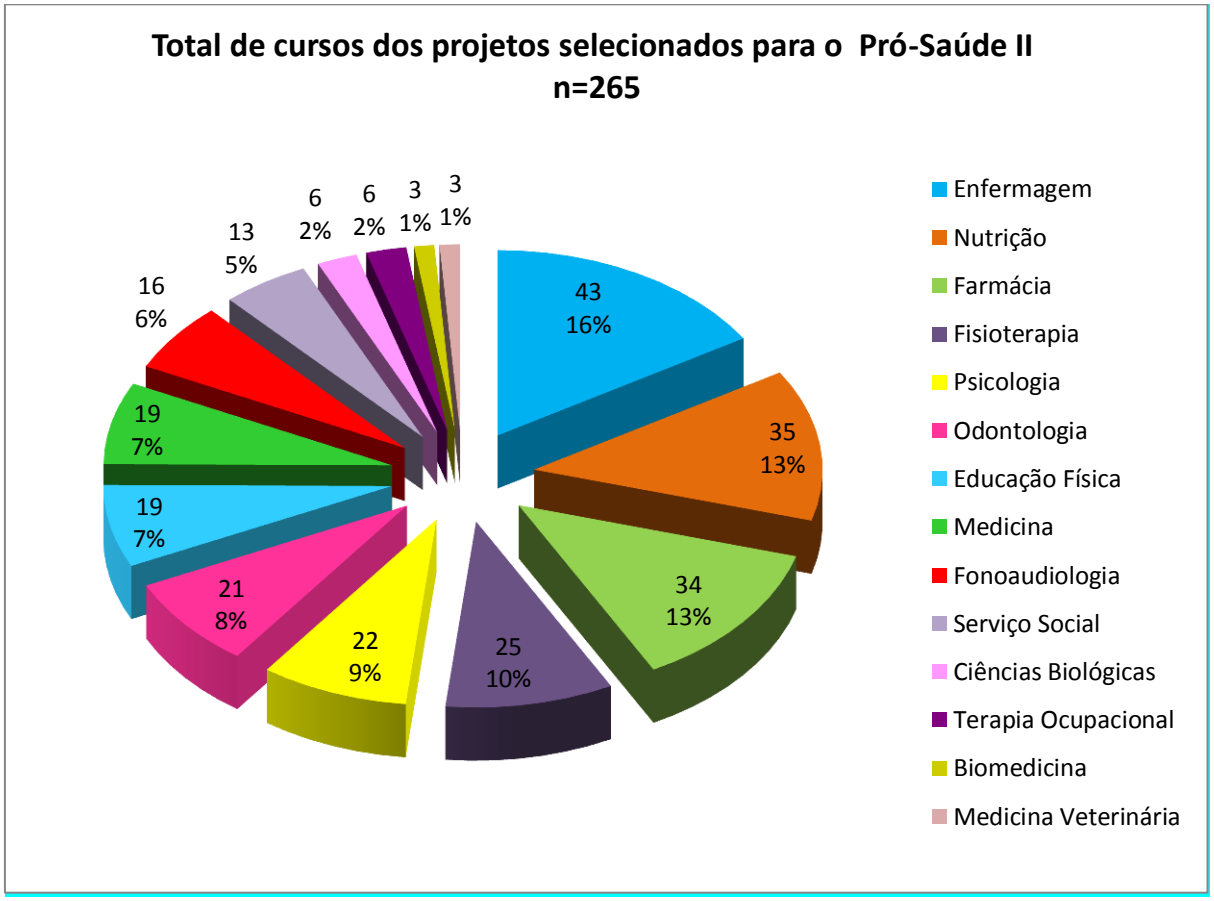

Gráfico 2.2 - Valores absolutos e percentuais dos cursos contemplados nos projetos selecionados para o Pró-Saúde II (Campos et al., 2010)

O êxito do Pró-Saúde é visível e as principais inovações positivas apontadas são a maior articulação das IES com os serviços de saúde, a institucionalização das ações com a implantação das comissões de gestão e acompanhamento local e o reconhecimento das mesmas como espaço efetivo de articulação entre a instituição de ensino e os gestores dos serviços de saúde. Por outro lado, são evidentes alguns limites e dificuldades com destaque à falta de continuidade dessa articulação decorrente das mudanças de gestores, a infraestrutura limitada dos serviços de saúde e a insuficiência de espaços que garantam a efetiva participação dos profissionais no desenvolvimento dessas atividades (Brasil, 2007a).

2.4 O PET-Saúde como catalisador da transformação

Uma das ações derivadas do Pró-Saúde para garantia de alcance dos seus objetivos constitui-se na criação do PET-Saúde. O Programa foi instituído em 2008, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na ESF (Brasil, 2008a). Caracteriza-se como uma das ações direcionadas ao fortalecimento da APS, em conformidade com as necessidades do SUS e como fio condutor da interação ensino-serviço-comunidade, eixo básico para reorientar a educação na área da saúde (Brasil, 2009a).

O Programa caracteriza-se como um instrumento para a qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, com a perspectiva da inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimentos e pesquisa nas IES (Brasil, 2008a).

São objetivos específicos do PET-Saúde (Brasil, 2008a, p. 27):

> I - possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características sociais e regionais;
> II - estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da

> indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação;
> III - desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar;
> IV - contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde;
> V - contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País;
> VI - sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira;
> VII - induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional; e
> VIII - fomentar a articulação entre ensino e serviço na área da saúde.

Com o PET-Saúde, trabalho, ensino e aprendizagem misturam-se nos cenários de produção de saúde como processos de cognição e subjetivação e acontecem simultaneamente como expressão da realidade. Ele busca incentivar a interação ativa dos estudantes e docentes dos cursos de graduação em saúde com os profissionais dos serviços e com a população (Haddad et al., 2009).

Para o PET-Saúde, a interdisciplinaridade favorece uma formação acadêmica condizente com o desenvolvimento atual da ciência (Brasil, 2008b). Nessa perspectiva, aposta no aprendizado por meio do estabelecimento dos grupos de aprendizagem tutorial, de natureza coletiva e interdisciplinar.

Tão importante quanto discutir a formação de recursos humanos para o SUS, é encontrar as melhores alternativas para enfrentar a situação dos profissionais já inseridos no sistema, minimizando os efeitos da formação inadequada e buscando meios de garantir que suas práticas atendam aos desafios que estão sendo colocados para a implementação do SUS (Gil, 2005). Nesse intento, o PET-Saúde ainda caracteriza-se como um instrumento para a qualificação dos profissionais em serviço.

Denota condição essencial para a continuidade do financiamento do PET-Saúde que as IES integrantes instituam e mantenham Núcleos de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica, constituídos por alunos de graduação, profissionais dos serviço e professores que compõem o Programa, representantes da direção da faculdade, professores e pesquisadores vinculados aos cursos de graduação, outros alunos e residentes de medicina de família e comunidade e/ou residência multiprofissional em saúde da família (Brasil, 2008a).

Faz parte do rol de responsabilidade dos Núcleos de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica (Brasil, 2008a, p. 27):

> I - coordenar a inserção dos alunos na rede de Atenção Básica;
> II - produzir projetos de mudanças curriculares que promovam a inserção dos alunos na rede de Atenção Básica;
> III - desenvolver ações para a capacitação dos preceptores de serviço vinculados à ESF;
> IV - incentivar e produzir pesquisa voltada para a qualificação da Atenção Básica;
> V - coordenar a revisão de diretrizes clínicas da atenção básica, em consonância com as necessidades do SUS; e
> VI - incentivar e capacitar tutores acadêmicos vinculados à universidade para a orientação docente de ensino e pesquisa voltada para a Atenção Básica.

O convite para a apresentação de propostas para concorrer ao PET-Saúde, foi feito através do edital nº 12 de setembro de 2008 (Brasil, 2008b). Os projetos deveriam ter duração de um ano (ano letivo de 2009) e contemplar os cursos de graduação da área da saúde dispostos na Resolução CNS 287[6] (Brasil, 1998b), de 08 de outubro de 1998, com participação obrigatória do curso de medicina. O edital colocou a necessidade da elaboração dos projetos em parceria pelas IES e pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), com o compromisso de implementá-lo conjuntamente (Brasil, 2008b).

Às propostas caberia descrever as ações e sua vinculação com a ESF, abrangendo alguns requisitos mínimos, tais como (Brasil, 2008b, p. 82):

> I - Interdisciplinaridade, que favoreça uma formação acadêmica condizente com o estágio atual de desenvolvimento da ciência;
> II - Atuação coletiva, envolvendo ações conjuntas por bolsistas de diferentes cursos e estágios de adiantamento no curso de graduação, que possuam objetos de trabalho em comum;
> III - Integração contínua entre os bolsistas e os corpos discente e docente do curso de graduação;
> IV - Contato sistemático com a comunidade, promovendo a troca de experiências em processo crítico e de mútua aprendizagem; e
> V - Planejamento e execução de um programa de atividades que contribuam com a integração ensino-serviço, reforçando a atuação de acordo com as diretrizes da atenção básica no SUS.

Para a seleção dos projetos, foram eleitos alguns critérios, conforme listado abaixo (Brasil, 2008b, p. 82):

---

[6] Assistentes Sociais, Biólogos, Biomédicos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais (Brasil, 1998b).

> I - Existência de integração ensino-serviço-pesquisa, com ênfase na Atenção Básica e ESF;
> II - Alunos da graduação com atividades curriculares regulares nas Unidades de Saúde da Família;
> III - Tutores acadêmicos e preceptores do serviço com dedicação às atividades com alunos de, no mínimo, 8 horas semanais, sem detrimento de suas atividades didáticas e assistenciais;
> IV - Constituição dos Núcleos de Excelência Clínica aplicada à Atenção Básica, na área de Medicina de Família e Comunidade e nas áreas das demais profissões para as quais a IES estiver se candidatando. É condição para a continuidade do financiamento das bolsas que as IES instituam e mantenham os Núcleos, como contrapartida ao Programa.

O resultado do primeiro processo de seleção dos projetos que se candidataram ao PET-Saúde foi homologado pela Portaria Conjunta nº 3, de 30 de janeiro de 2009. Foram contemplados 83 projetos, distribuídos por todo o território nacional, como ilustra o gráfico 2.3 (Brasil, 2009b).

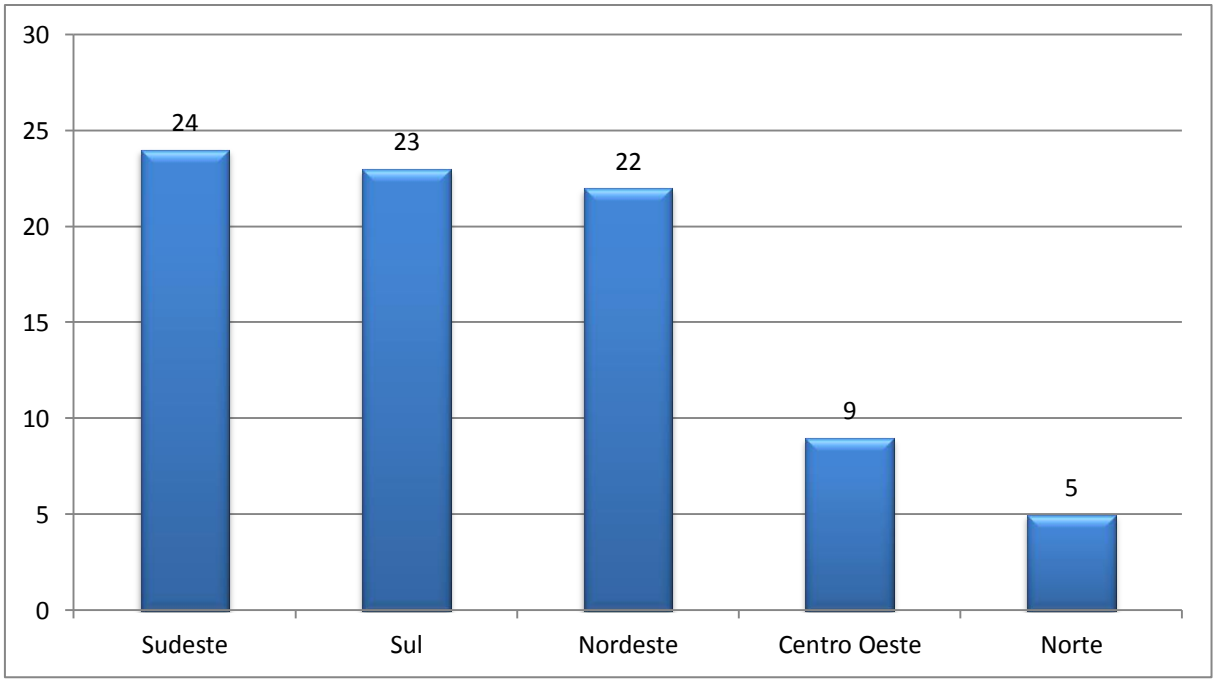

Gráfico 2.3 – Distribuição dos projetos PET-Saúde selecionados por regiões em 2009 (Brasil, 2009b)

O segundo edital, lançado em 16 de setembro de 2009, de forma distinta do primeiro, contemplou projetos para dois anos letivos, iniciando-se em 2010 e estendendo-se até o início de 2012 (Brasil, 2009a). Nas demais especificações, não

houve diferenças significativas em relação ao primeiro edital. O resultado foi homologado pela Portaria nº 1, de 05 de fevereiro de 2010. Foram contemplados 111 propostas, distribuídas conforme o gráfico 2.4 (Brasil, 2010a).

Em 2010, criou-se duas novas modalidades de grupos PET: o PET-Saúde/Vigilância em Saúde (Brasil, 2010b) e o PET-Saúde/Saúde Mental-Crack, álcool e outras drogas (Brasil, 2010c).

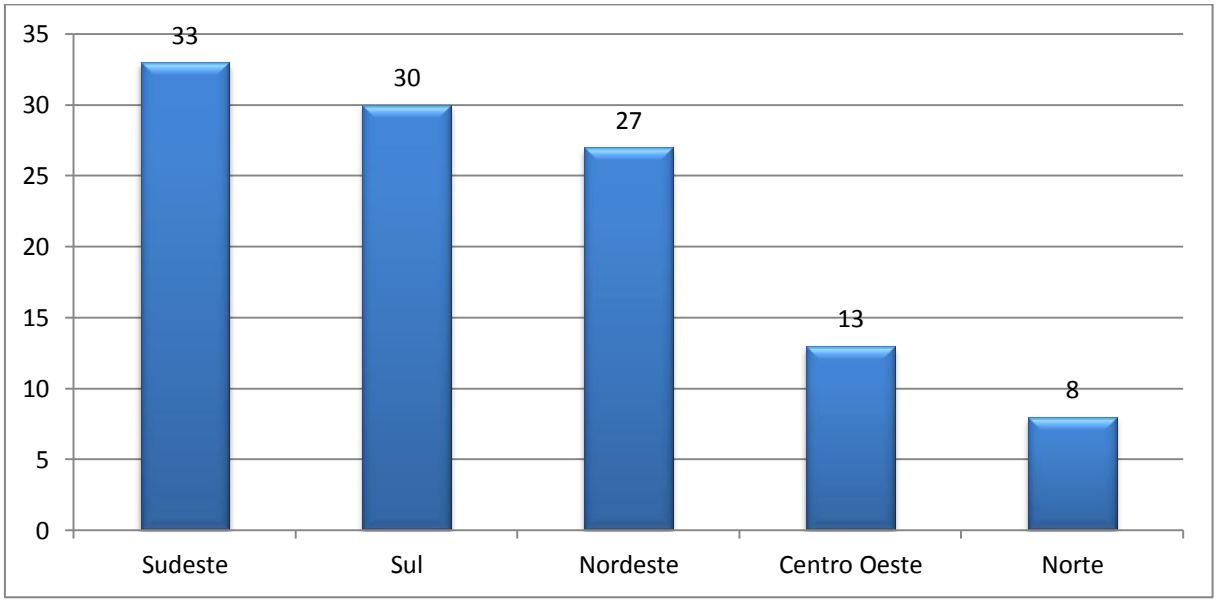

Gráfico 2.4 – Distribuição dos projetos PET-Saúde selecionados por regiões para os anos letivos de 2010-2012 (Brasil, 2010a)

O gráfico 2.5 apresenta os cursos de graduação envolvidos no PET-Saúde.

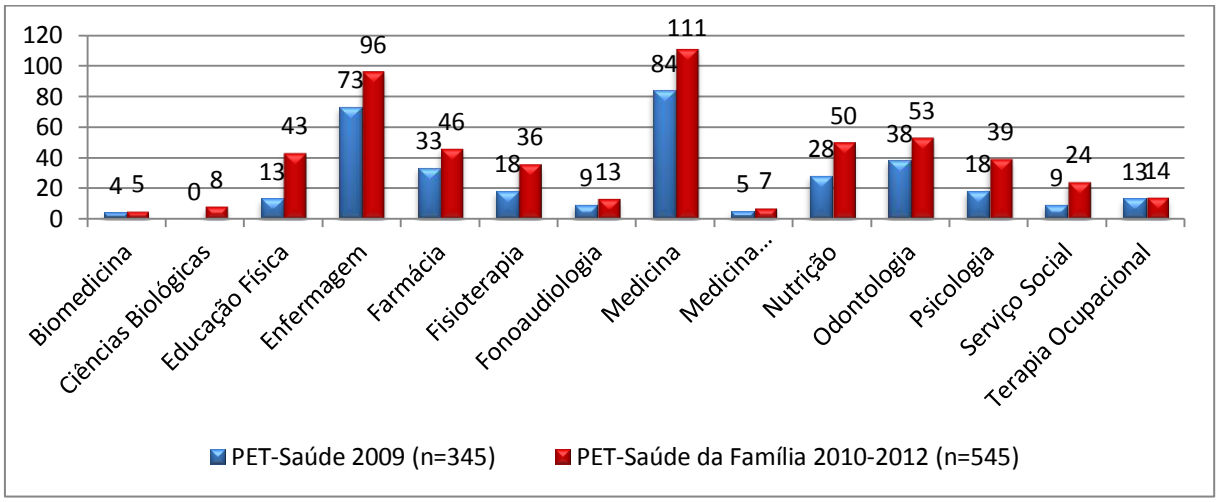

Gráfico 2.5 – Distribuição dos cursos selecionados pelo PET-Saúde, em 2009 (PET-Saúde) e em 2010-2012 (PET-Saúde da Família (Brasil, [2012?])

A abrangência nacional do programa aparece na tabela 2.1, com relação ao número de projetos em desenvolvimento no ano de 2011, ao número de grupos formados, ao número de bolsas disponibilizadas por mês, e ao número de cursos envolvidos.

Tabela 2.1 - Abrangência nacional do PET-Saúde, segundo número de projetos selecionados, número de grupos PET-Saúde, quantidade de bolsas e número de participantes, em relação às três modalidades, em 2011 (Brasil, [2012?])

	Número de projetos selecionados	**Número de grupos PET-Saúde**	**Bolsas/mês**	**Números de cursos participantes**
PET-Saúde/Saúde da Família	111	484	9.196	545
PET-Saúde/ Vigilância em Saúde	70	143	1.595	298
PET-Saúde/Saúde Mental/Crack	69	80	1.280	38
Total	**250**	**709**	**12.071**	***Cursos de uma mesma IES, podem estar envolvidos em diferentes projetos.**

O PET-Saúde admite o indispensável papel da pesquisa para a formação dos profissionais da área de saúde e exige o desenvolvimento de planos de pesquisa para os alunos de graduação candidatos à bolsa de iniciação ao trabalho, especificando seus objetivos e sua relação com a qualificação da APS (Brasil, 2008b).

As pesquisas devem ser desenvolvidas levando em consideração as temáticas prioritárias para o SUS, no sentido de proporcionar avanços e aprimoramento do sistema, além de contribuir para consolidar o perfil criativo e inovador do futuro profissional de saúde. A título de ilustração, o gráfico 2.6

apresenta um levantamento dos temas de pesquisa propostos pelos projetos PET-Saúde selecionados para o período de 2010-2012.

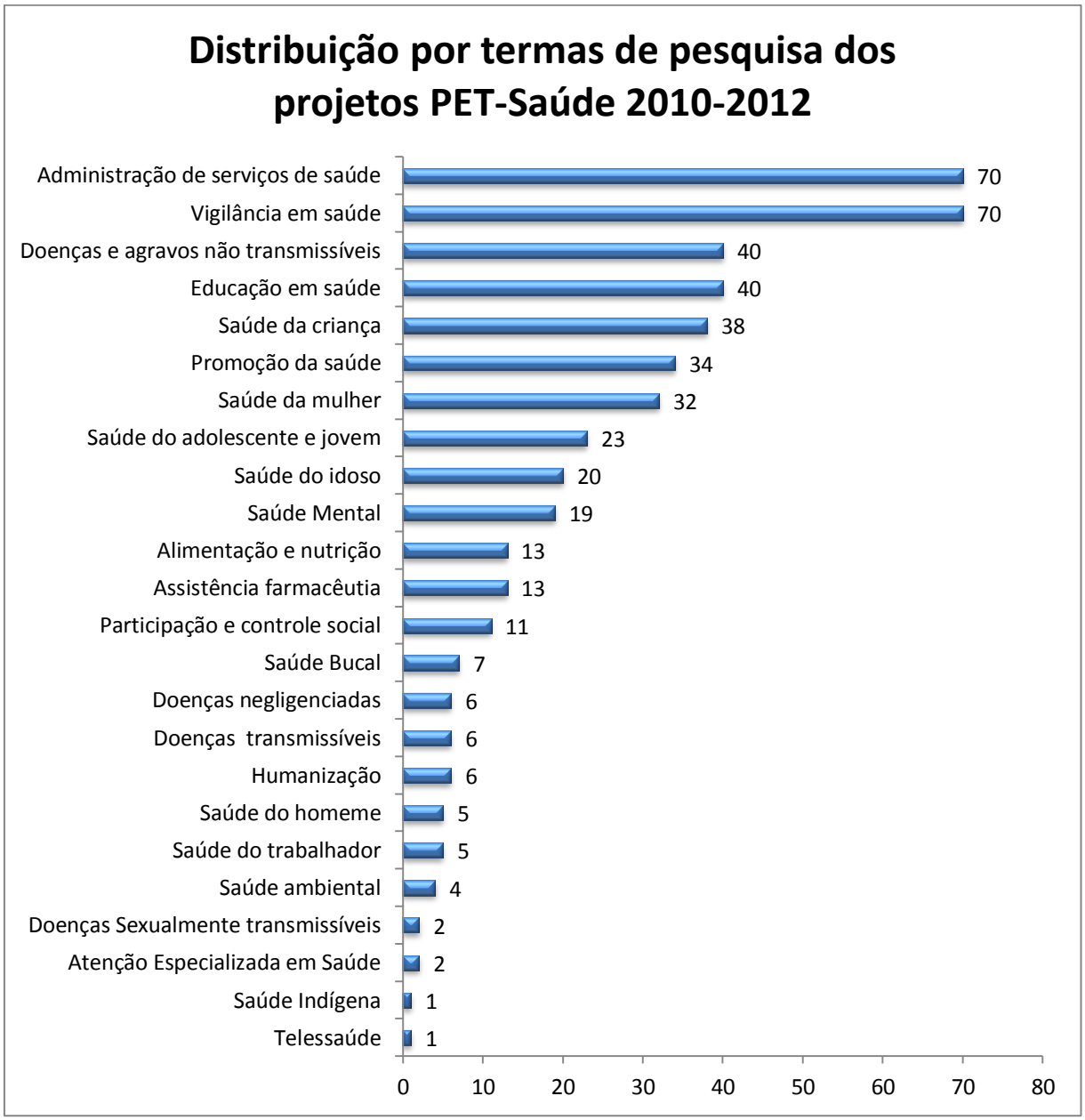

Gráfico 2.6 – Temas de pesquisa propostos pelos projetos selecionados para os anos de 2010 e 2012 (Brasil, [2012?])

A avaliação do PET-Saúde é realizada com base em indicadores e diretrizes presentes nos relatórios técnicos – semestral e final – das atividades desenvolvidas

por cada um dos grupos. Esses indicadores incluem a participação dos alunos nas atividades propostas, os projetos de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidos, o alinhamento das atividades às políticas públicas, a interdisciplinaridade, as publicações e a participações dos alunos, dos preceptores e dos tutores em eventos acadêmicos. No entanto, esse tipo de avaliação, apesar de ter sua relevância reconhecida, não é capaz de evidenciar a realidade de uma forma mais objetiva, detalhada e transparente, o que contribui para justificar a realização do presente estudo.

Espera-se que as ações preconizadas pelo programa repercutam positivamente na construção de novos perfis profissionais, em favor da integralidade e resolubilidade da atenção à saúde prestada à população. Entre os resultados almejados, destacam-se o fortalecimento da ESF, o desenvolvimento de planos de pesquisa em consonância com áreas estratégicas de atuação da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde, a constituição de Núcleos de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica e a adoção de novas práticas de atenção e experiências pedagógicas, contribuindo para a reorientação da formação e implementação das DCN dos cursos de graduação da área da saúde.

2.5 Os atores do PET-Saúde

O artigo 3º da Portaria nº 422, de 3 de março de 2010, que estabelece as orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do PET-Saúde, aponta os seguintes atores como integrantes do programa (Brasil, 2010d, p. 53):

> I - o Ministério da Saúde, por intermédio de seus órgãos e/ou Secretarias;
> II - o Ministério da Educação, por intermédio da Secretaria de Educação Superior (SESU);
> III - as Instituições de Educação Superior (IES), selecionadas por meio de editais próprios;
> IV - as Secretarias de Saúde; e
> V - os grupos PET-Saúde.

A mesma portaria designa as atribuições técnico-administrativas a serem desempenhadas pelos Ministérios, pelas IES e pelas Secretarias de Saúde, da seguinte forma (Brasil, 2010d, p. 53):

- Ministérios da Saúde e da Educação:

> I - apreciação de propostas, critérios, prioridades e procedimentos para a extinção e criação de novos grupos PET-Saúde;
> II - proposição de critérios, prioridades e procedimentos estabelecidos pela Comissão de Avaliação;
> III - formulação de propostas referentes ao funcionamento e à avaliação do PET-Saúde;
> IV - proposição de critérios e procedimentos para o acompanhamento e a avaliação do PET-Saúde;
> V - proposição de estudos e programação para o aprimoramento das atividades do PET-Saúde;
> VI - manifestação sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo DEGES[7]/SGTES/MS.

- IES:

> I - selecionar os tutores acadêmicos e estudantes participantes;
> 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[8]-PET-Saúde, por meio do coordenador dos projetos selecionados.

- Secretarias de Saúde:

> I - selecionar e indicar nomes dos preceptores bolsistas;
> 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.

Os grupos de educação tutorial conformados pelo PET-Saúde compõem-se de três atores, aqui considerados como os protagonistas do programa – o tutor, o preceptor e o aluno de graduação.

Além desse conjunto de atores, apesar de não estar explicitado em nenhum dos documentos relacionados ao Programa, reconhece-se o relevante e indispensável papel exercido pela comunidade, sem a qual a efetividade da proposta ficaria reduzida.

Uma dificuldade advinda dessa temática refere-se à ausência de especificações claras e detalhadas, nos documentos que regem o Programa, para o desempenho das funções condizentes a cada um dos protagonistas.

O vocábulo tutor é utilizado desde o século XIII e significa guarda, defensor, protetor, curador, ou seja, aquele que exerce uma tutela, que ampara, protege,

---

[7] Departamento de Gestão da Educação na Saúde.
[8] Sistema de Informações Gerenciais do PET-Saúde.

defende. Os significados variam de acordo com área em que é utilizado, indo do direito (indivíduo que exerce uma tutela, que ampara e protege) à administração (quem ou o que supervisiona, dirige, governa), passando pela agricultura (estaca ou vara que se enterra no solo para amparar uma planta de caule frágil, flexível ou volúvel) (Houaiss, 2001).

O termo encontra grande variabilidade, confusão e até sobreposição na área da educação nacional e internacional. Aqui, a abordagem será restrita ao Brasil.

Para aproximar a compreensão da significação da palavra e da sua função no PET-Saúde, se fará uma rápida descrição da utilização do termo em outras ações voltadas para a formação de profissionais de saúde.

Na década de 70 do século passado, o Programa de Educação Tutorial, na época denominado Programa Especial de Treinamento, definia como tutor o professor responsável pelo planejamento e supervisão das atividades, bem como pelo desempenho do grupo de alunos sob sua orientação (Brasil, 2002b). Nesse programa, existente até os dias atuais, o tutor mantém uma relação direta com os alunos, sem o intermédio de outros atores.

O tutor assume o papel do facilitador na Aprendizagem Baseada em Problemas e no ensino orientado pela problematização por meio do “aprender a aprender” (Saliba et al., 2008).

Na modalidade de Educação à Distância, o tutor é o educador virtual que acompanha o processo de aprendizagem dos alunos. Também chamado de orientador, o tutor atua como mediador do processo de aprendizagem, ou seja, é aquele que estabelece uma rede de comunicação e aprendizagem multidirecional, através de diferentes meios e recursos da tecnologia da comunicação (Wikipédia, 2012).

Nas residências multiprofissionais a função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, exercida por profissional com titulação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, três anos (Brasil, 2012b).

No que concerne às residências médicas, os vocábulos tutor e preceptor são usados para designar a mesma função. O artigo 2º da Resolução 005 (Brasil, 2004d, p. 19), de 2004, do Conselho Nacional de Residência Médica, traz que “o

preceptor/tutor terá a atribuição de orientar diretamente os médicos residentes do programa de treinamento".

Na especificidade do PET-Saúde, os tutores são professores das IES que devem realizar a supervisão docente-assistencial, dirigida aos profissionais da saúde, exercendo o papel de referência para os preceptores e/ou para os estudantes vinculados ao programa. A função do tutor deve ser exercida por pelo menos oito horas semanais, como parte de sua atividade universitária, sem detrimento das funções acadêmicas às quais está incumbido (Brasil, 2008a).

Para serem selecionados como tutores, os docentes devem estar vinculados à IES participantes do PET-Saúde, em regime integral, com atuação efetiva na docência em cursos de graduação da área da Saúde da Família e possuir vínculo com orientações de pesquisas (Brasil, 2008b).

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

De acordo com Botti et al. (2008), a literatura médica apresenta distintas funções para o preceptor, sendo mais relevantes as de orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que melhorem a competência clínica e ajudem o graduando e o recém-graduado a compreender de forma mais efetiva o exercício da profissão.

No âmbito da integração entre academia e serviços de saúde, preceptores são os trabalhadores das UBS que acompanham e orientam as atividades dos estudantes (Trajman et al., 2009).

Nas residências multiprofissionais, o preceptor é representado pelo profissional vinculado à instituição formadora ou executora, responsável por supervisionar diretamente as atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolvem o Programa (Brasil, 2012).

Como já afirmado, nos programas de Residência Médica, os termos tutor e preceptor detêm o mesmo significado. Da mesma forma, os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) conceituam preceptoria como sinônimo do vocábulo tutoria, da seguinte maneira:

> Experiência prática em medicina e serviços relacionados a saúde que ocorre como programa educacional no qual o estudante em treinamento profissional trabalha fora do ambiente acadêmico sob a supervisão de um profissional estabelecido no campo específico. (BVS, 2012).

No PET-Saúde, os preceptores detêm a função primordial de supervisionar e orientar as ações dos alunos no serviço. Eles devem ter uma experiência mínima de dois anos na área de atuação, ou o título de especialista em Saúde da Família, ou em Medicina de Família Comunidade, ou ter concluído residência em Medicina de Família e Comunidade credenciada junto à Comissão Nacional de Residência Médica, e exercer atividades no âmbito da ESF. O preceptor deve desempenhar sua função por pelo menos oito horas semanais, como parte das atividades normais da Equipe de Saúde da Família, à qual ele seja vinculado (Brasil, 2008a). Para serem contemplados, os profissionais da ESF devem estar devidamente relacionados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e serem designados pelo gestor municipal de saúde (Brasil, 2008b).

O grupo de alunos, denominados na legislação que regulamenta o PET-Saúde como monitores estudantis (Brasil, 2008a; Brasil 2010e), é composto por estudantes de graduação, regularmente matriculados em IES integrantes do PET-Saúde. À eles compete o desenvolvimento de atividades de pesquisa, sob orientação do tutor e do preceptor e de atividades de iniciação ao trabalho no campo da ESF (Brasil, 2008a).

Os documentos afirmam que a monitoria estudantil denota uma função facilitadora da comunicação docente/discente na graduação e na pós-graduação (Brasil, 2008a; Brasil, 2010e).

Entretanto, novamente se está diante de uma utilização imprecisa do termo. O Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa (Houaiss, 2001) conceitua monitor como o indivíduo encarregado do ensino e da orientação de esportes ou de certas disciplinas; afirma, ainda, que monitor é o estudante que, por ser mais adiantado, atua como auxiliar do professor junto à classe.

Na concepção de Haag et al. (2008), a monitoria se caracteriza por oferecer apoio pedagógico aos alunos interessados em aprofundar conteúdos ou amenizar dificuldades em relação à matéria trabalhada em aula. Os monitores são estudantes que obtiveram aprovação em determinada disciplina e, posteriormente, retomam a mesma disciplina para, além de reforçar seus conhecimentos, auxiliar os outros

estudantes no processo de aprendizagem. Na maioria dos casos, a monitoria estudantil é remunerada.

Na Educação à Distância, são atribuições do monitor incentivar, dar informações precisas sobre o acesso e sobre as ferramentas de ensino do curso e contribuir para a autonomia do aluno.

Torna-se patente que o os termos possuem um uso polissêmico e, muitas vezes, indefinido a ponto de ocasionar ambiguidades e dificuldades para o estabelecimento das atividades que devem ser desenvolvidas.

Julga-se condizente os dizeres de Botti e Rego (2008) quando eles afirmam que é indispensável padronizar o uso das palavras no intuito de gerar certeza do que está se falando ao utilizá-las.

2.6 O PET-Saúde USP Capital

A USP foi contemplada, em 2006, com o Pró-Saúde, recebendo incentivos para intensificar as mudanças curriculares em alguns cursos da área de saúde – medicina, enfermagem e odontologia.

Conforme mencionado anteriormente, o PET-Saúde foi elaborado como uma derivação do Pró-Saúde para garantia de que seus objetivos seriam alcançados.

Em 2009, os cursos de medicina, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, enfermagem e odontologia da USP tiveram sua proposta aprovada e iniciaram as atividades do PET-Saúde USP Capital. No ano seguinte, foram incluídos também os cursos de educação física, ciências farmacêuticas, nutrição e psicologia (USP, 2009).

O PET-Saúde USP Capital conta com o auxílio das disciplinas vinculadas à Atenção Básica em cada um dos cursos. Elas objetivam contribuir para a formação profissional pautada nos princípios da cidadania, no reconhecimento da autonomia dos usuários, na interação com a população e com as equipes de saúde, na busca de soluções para os problemas identificados e no envolvimento com os resultados da assistência (quadro 2.2) (USP, 2010).

No curso de Odontologia, dois componentes curriculares estão vinculados ao PET-Saúde: Clínica Ampliada de Promoção de Saúde e Saúde Coletiva em Odontologia.

Na disciplina Clínica Ampliada de Promoção de Saúde são trabalhados, essencialmente, os conteúdos ligados ao território e os problemas que dele derivam, em associação à discussão sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, à Promoção da Saúde e à organização dos serviços de Atenção Básica, enfatizando a ESF. As explanações teóricas são acompanhadas do envolvimento dos estudantes com o território e com os serviços de Atenção Básica da região Oeste do município de São Paulo.

A disciplina de Saúde Coletiva em odontologia trabalha os conteúdos relacionados às políticas públicas de saúde bucal vigentes no Brasil, incluindo as diferentes dimensões das relações sociais, no sentido de possibilitar o entendimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença, dos conceitos de epidemiologia, de planejamento, de organização e de gerenciamento dos serviços de saúde bucal. A organização da disciplina inclui atividades práticas, com a realização de ações coletivas dirigidas a grupos populacionais determinados.

Ambas almejam promover a formação de profissionais conscientes de seu papel social e científico no resgate integral da saúde da população, propiciar o desenvolvimento de uma prática de saúde bucal pautada pela qualidade, eficiência e resolubilidade, inserida nos princípios do SUS.

A oportunidade de participação da USP no PET-Saúde ocorreu em um momento no qual as unidades de ensino inicialmente envolvidas (enfermagem, medicina e odontologia) já conduziam processos de reorientação curricular, apoiados pelo Pró-Saúde.

A SMS de São Paulo realiza a gestão da rede de serviços por meio da parceria entre os setores público e privado. Em outubro de 2008, foi assinado um convênio interinstitucional para a gestão dos serviços de saúde, entre a SMS de São Paulo e a Fundação Faculdade de Medicina (FFMUSP), denominado Projeto Região Oeste (PRO). O contrato de gestão prevê que FFMUSP-PRO assuma gradativamente a responsabilidade pelo desenvolvimento dos serviços de saúde do Butantã/Jaguaré e maior articulação das atividades de ensino e pesquisa. No caso deste convênio, há uma plataforma de ensino e pesquisa que alicerça o

estabelecimento das metas e atividades de gestão, convergentes com os princípios da USP.

Curso	***Disciplina***
Enfermagem	*07012-02: Necessidades de saúde dos grupos sociais e Enfermagem;*
Educação Física	*HSP 144: Fundamentos de Saúde Pública e Educação Física;*
Farmácia	*FBF0350: Organização Farmacêutica;* *HSP0146: Farmacoepidemiologia;* *FBF0338: Atenção Farmacêutica;*
Medicina	*MSP 0670: Atenção Primária em Saúde I;* *MSP 0671: Atenção Primária em Saúde II;*
Nutrição	*HSP0133: Gerenciamento Institucional;,* *HSP0116: Promoção da Saúde;* *HNT0203: Educação Nutricional;*
Odontologia	*ODS 0102: Clínica Ampliada de Promoção da Saúde;* *ODS0705: Saúde Coletiva em Odontologia;*
Fisioterapia	*MFT837: Prática Clínica Supervisionada em Atenção Primária à Saúde e Grupos Terapêuticos;*
Fonoaudiologia:	*MFT0805: Estágio Supervisionado em Atenção Primária em Audiologia;* *MFT00326: Estágio Supervisionado em Atenção Primária em Fonoaudiologia;*
Terapia Ocupacional	*MFT0778: Estágio Supervisionado VI - Terapia Ocupacional em atenção comunitária e territorial em reabilitação;* *MFT0834: Estágio Supervisionado IX - Terapia Ocupacional em geriatria e gerontologia;* *MFT0308: Estágio Supervisionado I Deficiência Física;*
Psicologia:	*PSC1727: Atendimento Clínico - processo diagnóstico;* *PSC2733 Atendimento Clínico I;*

Quadro 2.2 – Disciplinas ligadas ao PET-Saúde USP Capital

As faculdades e escolas que compõem o Conselho Diretor do PRO elaboraram a plataforma de ensino conjuntamente e esta articulação tem sido fundamental para a realização do PET-Saúde USP Capital.

Os objetivos do Programa desenvolvido na USP são (USP, 2010, p. 3):

> I - Aprimorar a participação dos alunos de graduação no ensino de campo das disciplinas de Atenção Primária em Saúde e Saúde Coletiva dos diferentes cursos envolvidos, efetivando a aproximação com os profissionais da rede por meio de um projeto comum;
> II - Fortalecer o processo de reconhecimento das necessidades de saúde presentes na população adstrita das Unidades de Saúde participantes do

> projeto, visando à adequação das tecnologias de atenção à saúde na Estratégia Saúde da Família;
> III - Contribuir para o desenvolvimento de tecnologias interdisciplinares de cuidado para lidar com os principais problemas de saúde priorizados pelas equipes das unidades de saúde
> IV - Propiciar aos estudantes a vivência de atividades acadêmicas complementares que fortaleçam a compreensão do trabalho em equipe, da atuação generalista e das ações de promoção à saúde como eixos centrais da Estratégia Saúde da Família.
> V - Valorizar a contribuição da pesquisa articulada à assistência como processo de aprimoramento do trabalho e com potencial de transformação da realidade epidemiológica no território de atuação das Unidades de Saúde integrantes do Projeto.
> VI - Aprofundar o processo de articulação e ampliação do Pró-Saúde na USP, bem como a expansão da ESF e implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na região do Butantã, zona oeste do município de São Paulo.

Tomando como base o referencial teórico/documental, foi elaborado um modelo lógico para o referido estudo (figura 2.1). O modelo lógico é a ideia que operacionaliza um objeto-modelo, que é uma situação real ou suposta como real (Medina et al., 2010).

A USP integra a região do Butantã, que faz parte da Coordenação Regional de Saúde Centro-Oeste, onde são desenvolvidas as atividades do Pró-Saúde e do PET-Saúde. A área geográfica total dessa região engloba os distritos administrativos do Rio Pequeno e Raposo Tavares, com uma população de, aproximadamente, 200.000 habitantes (figura 2.2).

Em 2009, integraram o programa quatro UBS com ESF; em 2010, mais duas unidades foram incorporadas. São elas: UBS Jardim Boa Vista; UBS Eng. Guilherme H. P. Coelho (conhecido como Vila Dalva); UBS Jardim São Jorge; UBS Paulo VI; UBS Jardim D'Abril e Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (conhecido como Centro de Saúde Escola Butantã).

A Faculdade de Odontologia da USP (FOUSP) desenvolveu, ao longo dos últimos anos, algumas modificações na estrutura curricular, objetivando atender as DCN e formar profissionais com o perfil almejado para atender às demandas do SUS. Conforme já citado, cabe às disciplinas Clínica Ampliada de Promoção da Saúde e Saúde Coletiva em Odontologia abordar assuntos promotores de conhecimentos, ideias, habilidades, capacidades formais e, também, disposições e atitudes relacionadas às práticas de saúde na esfera do SUS. A dinâmica das disciplinas comporta, além de discussões teóricas, visitas supervisionadas, estrategicamente planejadas, aos serviços básicos de saúde no intuito de agregar

“conhecimentos reais” à formação dos alunos, como os aspectos relacionados ao planejamento, organização e gerenciamento de práticas públicas de saúde.

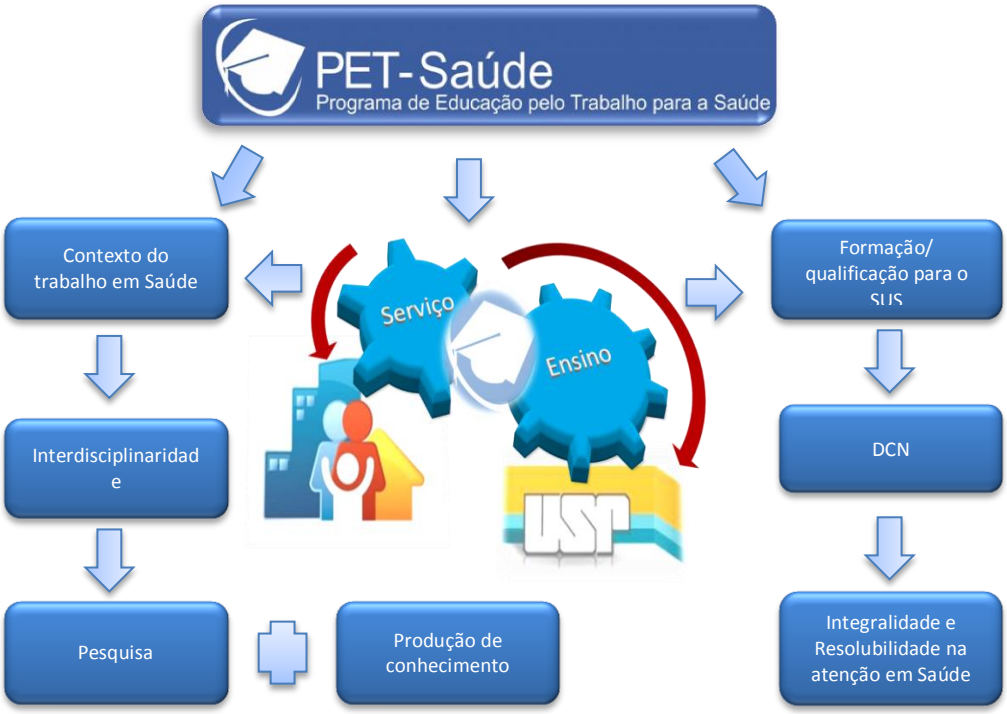

Figura 2.1 – Modelo lógico do PET-Saúde USP Capital

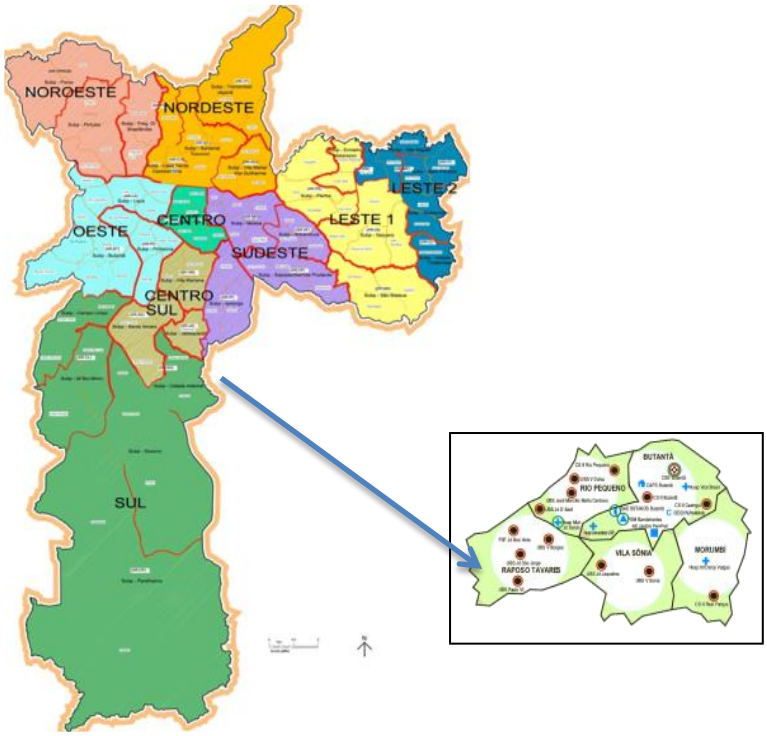

Figura 2.2 – Mapa do município de São Paulo com destaque para a região Oeste

No entanto, todos os esforços de integração do processo de ensino-aprendizagem da graduação em odontologia da FOUSP à rede de serviços públicos de saúde têm baixa sustentabilidade e limitam-se às visitas pontuais aos serviços de saúde. A informalidade das parcerias e as mudanças constantes dos gestores dificultam a integração entre as diferentes Instituições.

O PET-Saúde USP Capital se configura como um possível dispositivo capaz de superar essa realidade e aprimorar o ensino de graduação em odontologia da USP, bem como nos demais cursos que aderiram ao Programa.

No primeiro ano de vigência do programa (2009) foram 30 alunos da graduação do curso de odontologia. Para o período 2010-2012, 24 alunos de odontologia foram selecionados como bolsistas. A distribuição dos participantes nos dois anos de existência do programa encontra-se disponível no tabela 2.2.

Cada dupla de alunos foi orientada por um preceptor da respectiva UBS. Além disso, cada unidade possuía um ou dois tutores. A categoria profissional dos tutores e dos preceptores não coincidia, necessariamente, com a dos alunos. O gráfico 2.7 retrata as categorias profissionais envolvidas no PET-Saúde USP Capital, e a distribuição dos tutores, dos preceptores e dos estudantes bolsistas envolvidos durante os primeiros meses do período 2010-2012.

Tabela 2.2 – Número de tutores (T), preceptores (P), alunos de graduação em Odontologia (AO) e demais alunos de graduação (A), segundo unidade de saúde e ano de participação (Araújo et al., 2011)

Unidade de Saúde	2009				2010-2012			
	T	P	AO	A	T	P	AO	A
Jardim Boa Vista	03	16	13	22	02	12	05	19
Jardim São Jorge	02	13	08	14	02	12	05	20
Vila Dalva	02	13	06	21	02	12	05	19
Centro de Saúde Escola Butantã	01	06	03	09	01	06	02	10
Paulo VI	-	-	-		02	12	06	17
Jardim D'Abril	-	-	-		01	06	01	11
TOTAL	08	48	30	66	10	60	24	96

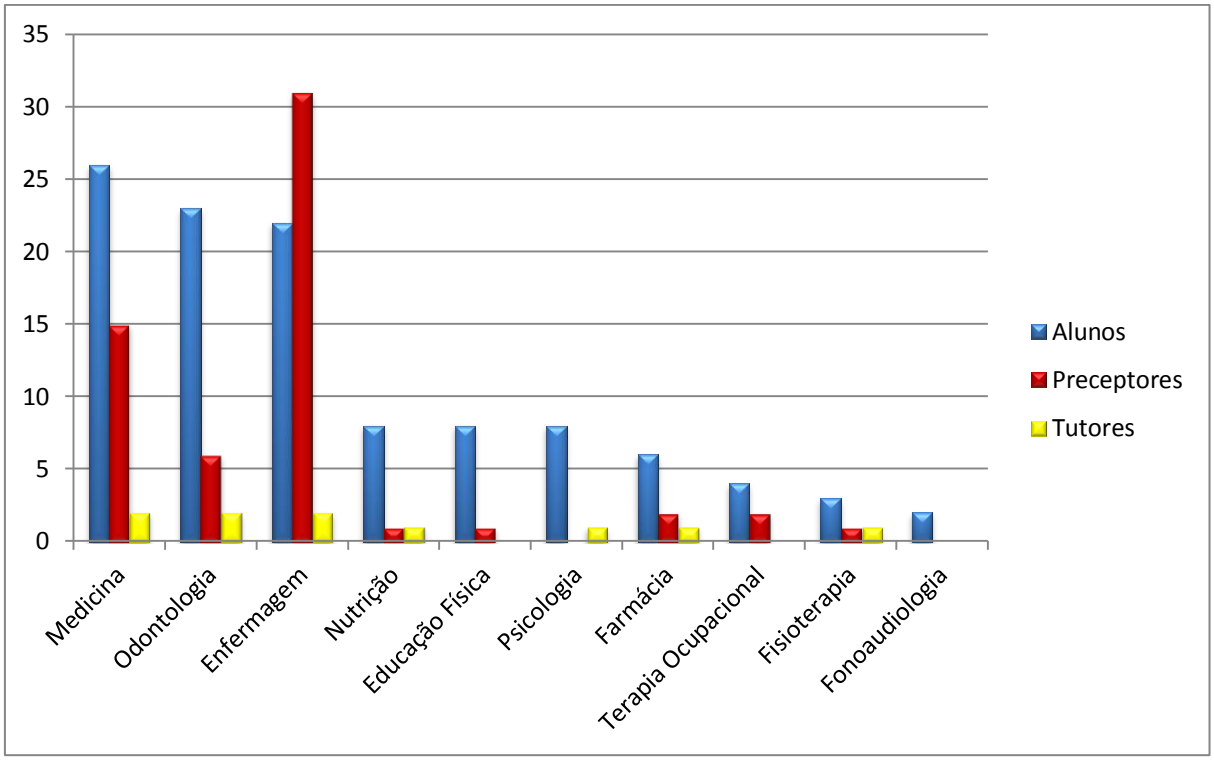

Gráfico 2.7 – Distribuição dos protagonistas do PET-Saúde USP Capital, por categorias profissionais, nos primeiros meses do período 2010-2012

O PET-Saúde destina bolsas àqueles que exercem funções de tutoria acadêmica, preceptoria e monitoria estudantil (Brasil, 2010f), repassadas considerando-se a proporção de um tutor acadêmico para seis preceptores e doze estudantes, sendo (2008a, p. 27):

> I - uma bolsa mensal para cada tutor acadêmico que se dedicar às atividades de ensino e pesquisa voltados para a Atenção Básica durante 8 (oito) horas semanais;
> II - uma bolsa mensal para cada preceptor que se dedicar 8 (oito) horas semanais às atividades educativas com 1 (um) a 2 (dois) residentes de medicina de família e comunidade ou 2 (dois) alunos de graduação dos cursos da área da saúde; e
> III - uma bolsa mensal para cada estudante monitor, condicionada à produção de conhecimento relevante na atenção básica em saúde e relacionada à atividade de iniciação ao trabalho.

As bolsas PET-Saúde têm como referência valores pagos pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Atualmente, o valor para as bolsas de tutores acadêmicos e de preceptores é de R$ 1.045,89 (um mil e quarenta e cinco reais e oitenta e nove centavos) e o da bolsa incentivo para os

estudantes é R$ 360, 00 (trezentos e sessenta reais), correspondente ao valor da bolsa de iniciação científica.

Os repasses financeiros são operacionalizados pelo Fundo Nacional de Saúde, em parceria com o Banco do Brasil, por meio de depósitos efetuados diretamente nas contas dos beneficiários. Todos os bolsistas participantes do Programa recebem um cartão bancário PET-Saúde (Brasil, 2010g).

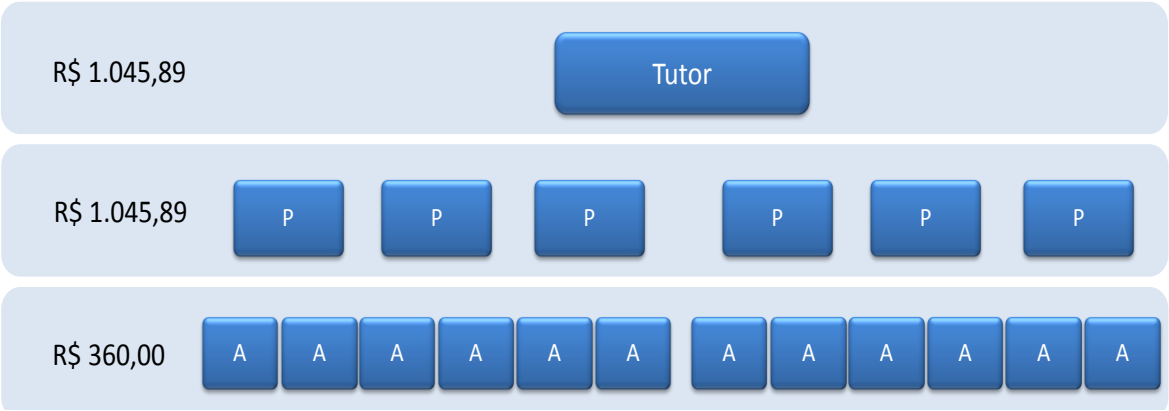

Figura 2.3 – Conformação e disponibilização de bolsas em um grupo PET-Saúde

Com base na figura anterior (figura 2.3), para conhecer o valor investido, na forma de bolsas, para cada grupo PET-Saúde, pode-se utilizar a seguinte fórmula:

BT + (6 x BP) + (12 x BA), sendo:

BT – Bolsa de tutoria;

BP – Bolsa de preceptoria;

BA – Bolsa de monitoria estudantil.

Fazendo as devidas substituições, tem-se o cálculo:

1.045,89 + (6 x 1.045,89) + (12 x 360,00) = 11.641,23

Se cada grupo de educação tutorial “custa” R$ 11.641,23 por mês, estima-se um investimento, nos três anos de existência do Programa, por parte do Ministério da Saúde, de R$ 177.971.124,24 com a formação superior em saúde, por intermédio do PET-Saúde (tabela 2.3).

Tabela 2.3 - Valores investidos, no formato de bolsas, no PET-Saúde (USP e Brasil)

	Ano	Número de grupos	Valor investido (R$)	Investimento Total (R$)
PET-Saúde	2009	08	1.117.558,08	3.911.453,28
USP Capital	2010-2012	10	2.793.895,20	
PET-Saúde	2009	306	42.746.596,56	**177.971.124,24**
Brasil	2010-2012	484	135.224.527,68	

3 PROPOSIÇÃO

O trabalho se propôs a avaliar o PET-Saúde instituído na USP, campus Capital, focando o curso de odontologia.

Os objetivos específicos foram:

- Conhecer as contribuições geradas pelo PET-Saúde no processo de formação dos alunos e de qualificação dos preceptores e dos tutores envolvidos;
- Compreender a integração ensino/serviço por meio do PET-Saúde;
- Entender a dinâmica operacional do PET-Saúde, apontando os principais pontos facilitadores e complicadores;
- Fornecer subsídios para aprimorar o Programa.

4 METODOLOGIA

A trajetória metodológica de uma pesquisa revela o caminho percorrido e o instrumental utilizado para abordar a realidade no processo de elaboração do conhecimento, considerando-se aí também a capacidade criadora do pesquisador (Bezerra, 2004).

4.1 Aproximação com o objeto de pesquisa: construindo e reconstruindo o PET-Saúde

Nos traçados iniciais de uma proposta de pesquisa, surge a necessidade de aproximação do pesquisador com o objeto submetido à investigação. O objeto tem que existir, tem que ter positividade, ser objetivo. Após sua identificação, são agregados elementos da subjetividade do autor fazendo sua construção e internalização (Botazzo, 2000).

O objeto de estudo foi construído e reconstruído continuamente durante o delineamento e a operacionalização da pesquisa. Esse processo foi nutrido pelo levantamento documental e pela participação da pesquisadora em discussões específicas, ocorridas em eventos diversos (incluindo os seminários do PET-Saúde USP Capital), o que propiciou a aproximação com a “prática do Programa” nas mais distintas localidades do país. Além disso, menciona-se o contato da pesquisadora com o PET-Saúde de outra IES, localizada em outro estado, possibilitando o contraponto, a reflexão sobre as especificidades de cada um e o despertar para diferentes aspectos que antes se encontravam encobertos.

4.2 Tipo de Estudo

Visando tratar a avaliação como um processo e uma construção que envolve os mais diferentes atores, vêm se tornando habituais outras formas de abordagem,

quebrando-se o modelo quantitativista e positivista dominante. Desde a metade dos anos 80, começou-se a falar especificamente em avaliação qualitativa (Minayo, 2010a).

Fundamentado por essa afirmação, considerou-se mais apropriado utilizar uma abordagem metodológica qualitativa, entendendo que esse tipo de enfoque parte da compreensão que existe um dinamismo entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre sujeito e objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade dos atores. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos atribuindo-lhes significados. O objeto não se constitui em um “dado inerte e neutro”; possui significados e relações que os sujeitos concretos criam em suas ações (Chizzotti, 2009).

Em uma investigação avaliativa por método qualitativo trabalha-se com atitudes, crenças, comportamentos e ações, procurando-se entender a forma como as pessoas interpretam e conferem sentido às suas experiências e ao mundo em que vivem (Minayo, 2010a).

Os pesquisadores qualitativistas procuram uma verdade mais profunda (Greenhalgh, 2008), valorizando uma perspectiva holística que preserva as complexidades do comportamento humano (Green; Britten, 1998). Essa modalidade de pesquisa é importante para compreender os valores culturais e as representações de um determinado grupo a respeito de temas específicos (Minayo, 2010b).

> Diferente da pesquisa quantitativa, que busca um critério de representatividade numérica que possibilite a generalização dos conceitos teóricos a que se deseja tratar, em uma busca qualitativa, o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão (Minayo, 2010a, p. 197).

4.3 Sujeitos da pesquisa

Pode-se considerar que uma amostra qualitativa ideal é aquela que reflete a

totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo. Seu critério de estabelecimento, portanto não é numérico (Minayo, 2010b). É necessário considerar um número suficiente de interlocutores para permitir reincidência e complementaridade de informações.

A amostra foi composta por alunos bolsistas do curso de graduação em odontologia, assim como preceptores e tutores de todas as categorias profissionais e das diversas unidades de saúde e de ensino que, em algum momento da existência do PET-Saúde USP Capital, participaram do Programa.

Eles foram divididos em grupos, conforme a tabela a seguir:

Tabela 4.1- Divisão dos sujeitos da pesquisa por grupos

Grupo	Descrição	Número total 2009	Número total 2010-2012*	Número de participantes**
A	Alunos de graduação em Odontologia	30	24	17
P	Preceptores	48	62	35
T	Tutores	08	10	8

*Alguns sujeitos estiveram presentes também no ano 2009.
** A amostra final foi resultante da quantidade de aceites para colaborar com a pesquisa.

4.4 Técnica e instrumentos para a coleta de dados

Quando se admite que o conhecimento produzido por uma pesquisa qualitativa é uma aproximação da realidade, passível de reformulação, isso não significa que para se chegar a ele não se faça uso de técnicas que visam assegurar o rigor científico necessário à redução dos vieses da pesquisa (Minayo, 2010b).

Os instrumentos para construção de dados são parte fundamental da dinâmica de uma pesquisa científica. Operacionalizam os objetivos, os indicadores e os conceitos do estudo, na forma de variáveis ou temas e geralmente assumem o formato de questionários e roteiros (Souza et al., 2010).

A validade dos métodos qualitativos é imensamente aperfeiçoada pelo uso de mais de uma técnica em combinação pelo pesquisador (Koch; Harrigton, 1998).

Assim, sempre que possível, deve-se utilizar uma triangulação de métodos, ou seja, em lugar de se restringir a apenas uma fonte de dados, multiplicar as tentativas de aproximação (Minayo, 2010b).

As técnicas e os instrumentos para a coleta de dados foram planejados e executados, simultaneamente em duas partes, que englobaram, respectivamente, os preceptores e os alunos (Parte A) e os tutores (Parte B).

4.4.1 Parte A

Para conduzir a coleta de dados com os alunos e os preceptores foi eleita a técnica do grupo focal, cuja essência consiste na interação entre os participantes e o pesquisador, com o objetivo de gerar dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos.

Uma das maiores vantagens apontadas para a utilização do grupo focal como técnica de coleta de dados, é a possibilidade de inter-relação entre os participantes dessa atividade. Isso permite que cada um e o grupo como um todo forme e defina sua posição quanto à temática proposta, a partir do intercâmbio de percepções e argumentos (Fernandez; Sacardo, 2008).

Os grupos focais podem revelar dimensões da compreensão que comumente permanecem despercebidas pelas técnicas mais tradicionais de coleta de dados, como valores culturais ou normas do grupo, sendo particularmente adequados para o estudo de atitudes e experiências (Britten, 2006).

Para propiciar a visibilidade das interações grupais, não se busca nesse tipo de abordagem, uma fala única e consensual. O que se procura é exatamente a cartografia das opiniões, argumentos e pontos de vistas, concordantes ou conflituosos, críticos ou resignados. O grupo permite, ainda, o aprofundamento das influências recíprocas entre os falantes, ou seja, a reflexibilidade das opiniões. Além do conteúdo do que se debate, a dinâmica do grupo focal permite inferir o tipo de relações que existe entre seus participantes (Deslandes, 2010).

Utilizou-se, para viabilizar os grupos focais, roteiros orientadores auferidos de forma a ser suficientemente provocadores (Apêndice A) para permitir um debate

entusiasmado e participativo e promover condições de aprofundamento (Minayo, 2010b). Nos roteiros constavam os seguintes eixos: formação/qualificação para o SUS, conhecimentos sobre o SUS e interação do ensino com os serviços de saúde e com a comunidade.

Todas as discussões foram gravadas com auxílio de câmera filmadora, notebooks e/ou gravadores a pilha. Empregaram-se diferentes dispositivos de captação de vozes no intuito de gerar um produto com boa qualidade para ser transcrito com facilidade e sem grandes perdas.

4.4.2 Parte B

O grupo dos tutores revela uma singularidade por ser formado por docentes da área de saúde. Para coletar os dados com esses sujeitos foi empregada a técnica Delphi. Ela constitui-se em uma forma rápida e eficiente de debater temas polêmicos, principalmente quando tempo e custo são fatores limitantes na promoção de encontros e conferências ou quando os desacordos podem ser minimizados pelo anonimato (Rowe et al., 1991).

Trata-se de um processo estruturado mediado por uma série de questionários em rodadas, que aponta para a obtenção de uma opinião coletiva, qualificada e consensual sobre determinadas questões a partir de um grupo de pessoas selecionadas, geralmente conhecedoras potenciais de assuntos específicos. A técnica tem como pressuposto a ideia de que o julgamento coletivo é mais sólido que as opiniões fornecidas de forma individual (Esher et al., 2012).

A escolha pelo Delphi ocorreu em função de características do estudo, como: inexistência de dados históricos, necessidade de abordagem interdisciplinar e perspectivas de mudanças estruturais no setor, conforme sugerido por Giovinazzo (2001).

Se bem planejada e executada, a técnica permite o intercâmbio de informações entre um número importante de pessoas, evita que a autoridade de algum membro influencie outros e permite que os sujeitos se expressem sem se expor (Esher, 2012).

O instrumento mais utilizado nesse tipo de abordagem é o questionário. No momento de composição das questões, recorreu-se à literatura especializada e estruturou-se o primeiro questionário composto por três questões discursivas (Apêndice B). Para as duas rodadas subsequentes, foram confeccionados outros questionários, baseados nas respostas discursivas de todos os tutores.

Na elaboração das questões, embora não haja normas rígidas quanto ao formato, a literatura faz algumas recomendações para que se evite erros, o que pode ocasionar desmotivação dos sujeitos ou perda de tempo para transmitir as informações. Tais recomendações consistem em: evitar problemas compostos, evitar colocações ambíguas, tornar o questionário simples de ser respondido, permitir complementações e esclarecer contradições caso existam durante as rodadas (Baltazar, 2009). Todas essas recomendações foram levadas em consideração na composição dos questionários.

Tradicionalmente, o método Delphi é realizado via correio convencional, o que, além do custo, pode dificultar o recebimento das repostas. Assim, dado o avanço tecnológico e a facilidade de acesso à internet que os sujeitos do grupo T possuem, desenvolveu-se um sítio eletrônico, como proposto por Giovinazzo (2001), que hospedou os questionários, gradativamente e durante todo o processo de coleta de dados. No mesmo local, constava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que o participante declarasse sua concordância e disponibilidade para colaborar com o estudo, além de informações gerais sobre a pesquisa e dados sobre as pesquisadoras.

No início de cada rodada, os tutores receberam um “e-mail convite” com as devidas instruções. Em alguns casos, por razões técnicas, o instrumento de coleta de dados foi enviado por correio eletrônico.

4.5 Etapas metodológicas

4.5.1 Questões éticas

O projeto foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SMS do município de São Paulo, aprovado de acordo com o parecer n° 452/10, emitido no dia 28 de dezembro de 2010 (Anexo A) e foi desenvolvido com ciência do CEP da FOUSP (Anexo B).

Para elaboração da proposta, foram atendidos os princípios éticos que constam na Resolução 196 de 10 de Outubro de 1996 do CNS (Brasil, 1996b).

Em se tratando dos aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos, consta da Resolução 196 que todas geram risco (Brasil, 1996b). Nem todos esses riscos são previsíveis, mas há que se fazer um esforço para identificar os que se pode prever (Sakaguti et al., 2009). Os possíveis riscos desse estudo são: constrangimento ao enfrentar alguma situação desagradável, medo ao expor ideias, não empatia com a(s) pesquisadora(s) e quebra da confidencialidade.

A(s) pesquisadora(s) adotou (aram) uma postura no sentido de evitar que esses riscos se estabelecessem por meio do respeito na condução da coleta dos dados, da reafirmação do sigilo da pesquisa e da garantia do anonimato dos sujeitos. No momento da transcrição das falas, todas as citações de nomes de sujeitos, foram omitidas ou substituídas pela palavra “colega”.

A coleta de dados foi realizada após a obtenção do consentimento dos sujeitos, mediante assinatura do TCLE (Parte A) ou seleção da casela “concordo em participar do estudo” (Parte B).

No TCLE (Apêndices C e D) encontravam-se todas as informações necessárias sobre a pesquisa e a solicitação de autorização para a participação no estudo.

4.5.2 Coleta de dados

Essa fase compreendeu o período abrangido entre os meses de setembro e dezembro de 2011.

Ao longo do período de obtenção dos dados, as pesquisadoras se depararam com inúmeras dificuldades que, devido à inferência de reflexões relevantes sobre o funcionamento do Programa, foram entendidas como um item imprescindível desse

tópico.

As limitações maiores estiveram ligadas à promoção dos encontros para realização dos grupos focais e ao retardamento no retorno dos questionários respondidos pelos participantes do Delphi.

Segue um relato mais especificado sobre o que ocorreu em cada grupo.

4.5.2.1 grupo A

Inicialmente, todos os alunos foram convidados, via e-mail, para participar do estudo. Após uma expressiva espera, o retorno foi mínimo, o que gerou a necessidade de se pensar em outra ferramenta de comunicação. Criou-se um perfil na rede social *face book* chamado PET-Saúde USP Capital. Como se dispunha dos nomes completos de todos os alunos, eles foram procurados e os nomes coincidentes com a busca foram convidados para tornar-se “amigos” do perfil. Após o aceite, com intermédio das ferramentas da própria rede, tornou-se viável a troca de mensagens com uma fração significativa de alunos. Agregado ao uso do *face book*, na tentativa de fazer chegar a todos os alunos o convite para participar do estudo, utilizou-se o telefone.

Muitos alunos manifestaram indisponibilidade para participar, justificada pelo tempo restrito ou pelo comprometimento com outras atividades como estudos, provas, trabalho extra curso, atividades esportivas, etc. Outros explicitaram certo desinteresse e/ou falta de desejo em colaborar. As negociações incluíram flexibilidade de horários para a realização dos grupos focais, sendo eles moldados em compatibilidade com os horários livres colocados patentes pela maioria.

Finalmente foram programados dois grupos (A1 e A2), com participação confirmada de oito alunos em cada um.

O primeiro se desenvolveu de maneira efetiva e sem contratempos. O segundo, paradoxalmente, não foi realizado na data prevista devido ao comparecimento de um número insuficiente de alunos.

A partir disso, foi traçada uma nova estratégia para atraí-los. A atividade foi agendada para um dia em que já estava previsto um evento geral do PET-Saúde

USP Capital na FOUSP. O convite foi feito pelos próprios colegas que compareceram na data anterior. O grupo foi realizado com a participação de sete alunos.

Como a participação no estudo não era obrigatória, é necessário que se tenha consciência que, possivelmente, os alunos que aceitaram o convite foram os que possuíam certo grau de afinidade com o programa, o que poderia elevar as características positivas em detrimento das negativas nos resultados do estudo.

4.5.2.2 grupo P

O primeiro contato foi feito via e-mail com todos os gerentes das unidades, informando sobre o estudo e propondo a realização de um grupo focal em cada uma das UBS. Analogamente ao grupo anterior, a tentativa foi frustrada e o retorno não foi obtido.

Surgiu a oportunidade de participação das pesquisadoras em uma das reuniões gerais do PET-Saúde USP Capital. Nessa ocasião, foi feito um contato direto com gerentes de três unidades.

A partir daí, o contato seguiu sendo feito via telefone. Salvo raras exceções, houve dificuldade em conseguir encontrar os gerentes disponíveis para atenderem as chamadas, demandando insistência nas ligações por vários dias.

Em nenhuma das unidades, a atividade foi agendada a partir do primeiro contato. Foram relatadas dificuldades relacionadas à indisponibilidade de horário dos trabalhadores das UBS e dos próprios gerentes.

Cada unidade traçou sua própria estratégia de forma a prejudicar o mínimo possível à dinâmica do trabalho diário, sendo que a maioria optou por disponibilizar o horário de reunião do PET-Saúde, na unidade.

Foi nítido, entretanto, que as unidades possuem um padrão de organização heterogêneo sendo que, em algumas, a solicitação para participação na pesquisa foi respondida e agendada em menos tempo, com a disponibilidade de um grande número ou a totalidade dos preceptores das unidades. Em outros casos, as unidades não conseguiram articular, prontamente, os preceptores no sentido de reuni-los,

gerando desmarcações.

Houve uma situação específica de solicitação de apresentação da proposta de pesquisa para uma comissão de ensino responsável por avaliar a participação da unidade no estudo. No entanto, essa ação não foi resolutiva, denotando um processo desnecessário e não efetivo. Nessa unidade, especificamente, foi notificado que não eram realizadas reuniões periódicas com todos os membros devido à incompatibilidade dos horários entre os participantes. Como prática de participação no Programa, eram formados grupos com horários comuns, de alunos e preceptores, e eles se reuniam de forma isolada, o que limitava a possibilidade de promover um grupo focal para a pesquisa. Após meses de tentativa de agendamento, decidiu-se por remover a unidade do estudo.

Ao final foram realizados cinco grupos focais (P1, P2, P3, P4 e P5). Todos eles foram conduzidos em salas das respectivas UBS.

4.5.2.3 grupo T

Para iniciar a coleta de dados com esse grupo, foi feito um contato via correio eletrônico, por mensagem individual, aos dez tutores que possuíam vínculo com o PET-Saúde USP Capital 2010-2012. O e-mail, além do convite, continha informações e instruções para acessar o primeiro instrumento de coleta de dados.

Estabeleceu-se um prazo inicial de vinte dias para a devolução do instrumento respondido. Ao final do prazo, o retorno foi ínfimo e optou-se por estendê-lo no intuito de obter o maior número possível de participantes. Os tutores receberam um novo e-mail reforçando a importância do estudo e da colaboração deles para torná-lo mais consistente. O prazo foi estendido duas vezes mais.

Após a devolução dos questionários dos oito tutores que se dispuseram a participar, as pesquisadoras fizeram a compilação e o agrupamento das respostas por eixos na expectativa de viabilizar a construção do questionário da segunda rodada (Apêndice E). Surgiu a necessidade de inclusão de outra questão discursiva, de modo a elucidar indagações oriundas do primeiro questionário. Para se posicionar com relação às assertivas contidas no novo questionário, os participantes

consideraram a escala de concordância Likert[9], inserindo um código de avaliação para cada afirmação.

A devolução desse questionário foi ainda mais conturbada. O envio coincidiu com o período de final do semestre e férias. Em março de 2012, encerrou-se essa rodada com a posse de sete questionários.

A pergunta presente no questionário da segunda rodada, que deveria ser respondida de maneira discursiva, também foi sintetizada e organizada por eixos e foram julgadas pelos tutores, com o uso da escala Likert, na terceira rodada (Apêndice F). Essa rodada ocorreu no mês de abril de 2012, quando a coleta de dados com os tutores foi finalizada, novamente com sete questionários.

Os instrumentos de coleta de dados da segunda e da terceira rodadas disponibilizavam espaços para comentários livres e opcionais sobre cada uma das questões avaliadas.

O quadro 4.1 apresenta a síntese das rodadas e o modelo utilizado para manifestação do grau de concordância.

Primeira Rodada						
03 questões discursivas						
Segunda Rodada						
09 eixos 27 assertivas 03 espaços para comentários livres 01 questão discursiva						
Terceira rodada						
05 eixos 34 assertivas 01 espaço para comentário livre						
Modelo do quadro utilizado para manifestação do grau de concordância						
Eixo	**Assertiva**	**0** **Indiferente**	**1** **Não concordo totalmente**	**2** **Não concordo parcialmente**	**3** **Concordo parcialmente**	**4** **Concordo totalmente**
Benefício	Há benefícios em participar do PET-Saúde para a atuação docente				X	X X X X X X

Quadro 4.1 – Disponibilização das rodadas para condução da coleta de dados com o grupo T

[9] 1. Não concordo totalmente; 2. Não concordo parcialmente; 3. Indiferente; 4. Concordo parcialmente e 5. Concordo totalmente.

4.6 Análise de dados

4.6.1 Parte A

Na modalidade de pesquisa qualitativa, todos os fenômenos possuem o mesmo grau de importância e preciosidade: a constância das manifestações e sua ocasionalidade, a frequência e a interrupção, a fala e o silêncio. Interpretar os significados manifestos e desvelar os ocultos são atos indispensáveis para permitir que se descreva, analise e interprete a experiência do sujeito da forma mais aproximada da realidade vivida (Minayo, 2010b).

> Os investigadores qualitativos necessitam ouvir cuidadosamente aquilo que viram, ouviram ou experimentaram para descobrir os significados. O ciclo natural de questionamento e verificação é um aspecto importante da colheita e análise de dados. Para além da análise que ocorre ao longo do estudo, ocorre um período posterior de imersão, no final da colheita de dados. Durante esse período de vivência em comum com os dados, os investigadores questionam todas as conclusões prévias, de forma a esclarecer o que descobriram no contexto todo. Geralmente, este período de análise de dados consome uma quantidade considerável de tempo. Os investigadores passarão semanas ou meses com os dados, dependendo da sua quantidade (Streubert et al., 2002, p. 32).

Foi estabelecido, para esta etapa, o uso da análise de conteúdo. Essa técnica foi definida por Bardin (2011, p. 42) como:

> Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Propondo alcançar a consistência na obtenção dos resultados, os teóricos da análise de conteúdo consideram que ela deve ter um caráter objetivo, trabalhando com regras pré-estabelecidas e obedecendo a diretrizes claras, possibilitando a replicação dos procedimentos e obtenção dos mesmos resultados, por qualquer investigador. Além disso, é ideal que ela seja sistemática, de tal forma que o conteúdo seja ordenado e integrado nas categorias escolhidas para análise, em função dos objetivos e metas anteriormente estabelecidos (Minayo, 2010b).

Existem várias modalidades de análise de conteúdo. Para esse estudo elegeu-se a análise de conteúdo temática, tomando o *tema* como a unidade de significação.

O material empírico foi considerado ponto de partida e chegada da compreensão e da interpretação, como sugerido por Minayo (2010b), realizando um movimento circular que vai do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, que busca as riquezas do particular.

O quadro subsequente apresenta os eixos e as categorias inicialmente consideradas para a condução do estudo (quadro 4.2).

Eixo	Categorias
01: Formação/qualificação para o SUS	Papel do profissional de saúde; Entendimento sobre saúde/ saúde bucal; Entendimento sobre o SUS; Perspectiva de atuação profissional; Contribuição para a formação profissional;
02: Conhecimentos sobre o SUS	Competências e habilidades de um profissional para atuar no SUS/APS; Conhecimentos sobre a dinâmica das unidades de saúde; O trabalho em equipe;
03:Interação ensino/serviço/comunidade	Contribuições da inserção dos alunos nos campos de prática; Contribuições geradas pelo contato com a IES para aperfeiçoar a prática em saúde (específica para preceptores); Potencial do serviço como norteador da formação para o SUS; Envolvimento com projetos de pesquisa e extensão da USP;

Quadro 4.2 – Eixos e categorias inicialmente consideradas no estudo

4.6.2 Parte B

No sentido de evidenciar o grau de concordância alcançado pelo grupo de tutores, utilizou-se uma adaptação do modelo desenvolvido por Esher et al. (2012).

Para cada assertiva, após o julgamento realizado através da escala Likert, foi atribuído um valor que variava de 0 a 4, crescente em função da concordância, como ilustrado no quadro 4.1. À opção ‘indiferente’ foi concedido o valor ‘0’, visto que as afirmativas avaliadas dessa maneira não se enquadram em um grau de concordância para elaboração de uma opinião consensual.

A pontuação final de cada assertiva foi calculada por meio da soma do resultado da multiplicação do número total de respostas pelo valor correspondente ao grau de concordância escolhido. Por exemplo, a primeira afirmação ilustrada no quadro 4, recebeu uma resposta para ‘concordo parcialmente’, cujo valor é 3 e seis respostas para ‘concordo totalmente’, que corresponde ao valor 4. Nesse caso, a assertiva recebeu uma pontuação total de 27 pontos (1 x 3 + 6 x 4 = 27).

Os comentários redigidos em cada questão foram tratados pela técnica de análise de conteúdo temática de Bardin (2011).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Parte A

Após a coleta dos dados, no percurso da análise, as categorias foram reformuladas de acordo com o quadro a seguir (quadro 5.1):

Eixo	Categorias
01: Formação/qualificação para o SUS	Currículo; Implementação das DCN para os cursos de graduação em saúde; Educação Permanente;
02: Conhecimentos sobre o SUS	Organização do sistema; Articulação teoria/prática; Papel do profissional;
03:Interação ensino/serviço/comunidade	Interlocução entre os protagonistas do programa; Interdisciplinaridade; Operacionalização do PET-Saúde;

Quadro 5.1: Eixos e categorias reformuladas durante a análise

De cada categoria derivaram temas que aparecem, de forma discursiva, no corpo do texto a seguir.

5.1.1 Eixo 01: Formação/qualificação para o SUS

Conforme já mencionado, o debate sobre a formação em saúde no Brasil não é recente. Reflexões sobre o tema, inauguradas pela medicina, existem há cerca de sessenta anos (Casotti et al., 2009). Paradoxalmente, os dados do presente estudo revelam que, na contemporaneidade, o serviço de saúde convive com profissionais que não foram qualificados de maneira satisfatória pelas IES, corroborando com

distintos trabalhos (Rossoni; Lampert, 2004; Gil, 2005; Franco, 2007; Carvalho; Ceccim, 2009).

O reconhecimento das deficiências e a necessidade de se reorganizar o processo de formação em saúde encontram-se certificados em diversas fontes (Brasil, 1986a; Amoretti, 2005; Rossoni; Lampert, 2004; Cyrino; Toralles-Pereira, 2004; Gil, 2005; Araújo, 2006; Franco, 2007; Almeida; Ferraz, 2008; Zilbovícius et al., 2011) e tomaram fôlego após a implementação das DCN para os cursos de graduação em saúde. É necessário compreender que a formação de recursos humanos em saúde voltada para um cuidado integral, ainda é um dos nós críticos do SUS (Rodrigues et al., 2011).

Os sujeitos do estudo admitem que a organização dos currículos, antes da implementação das DCN, não era ajustada ao sistema de saúde. Havia ênfase nos princípios flexnerianos, na média e na alta complexidade, abstendo-se de discussões teóricas aprofundadas ou de uma imersão prática no contexto da APS.

> "Na grade curricular eram poucas horas investidas na Atenção Primária em Saúde" (P1).

> "Me formei aqui na USP. Na minha época, não havia em nenhum curso, aliás, acho que havia uma vez assim, que eu me lembre, eu visitei duas vezes uma UBS. Eu visitei uma vez pra conhecer e uma vez eu fiz uma visita domiciliar. Isso no segundo ou no terceiro ano pra conversar com uma paciente. Isso é o que eu me lembro de uma UBS. Não lembro de mais nada além disso. E a gente passou muito tempo em UTI, muito tempo em enfermaria cirúrgica, muito tempo em enfermaria de Atenção Terciária, no Hospital das Clínicas, no Hospital Universitário. Eu não tive formação nenhuma [...]" (P1).

> "Na minha Faculdade também, acho que teve só dois, três meses, mas no mês que eu fui pra Saúde Coletiva, né, a unidade que era lá no Centro Escola Butantã entrou em greve. Então só foram dois dias de prática" (P1).

> "Eu venho de uma formação assim que a gente tinha uma teoria que eu acho que, na minha opinião, foi meio que insuficiente e a prática foi pior ainda. O meu estágio foi muito curto, foi um estágio de duas semanas, apenas, dentro de uma unidade básica. Então, basicamente, eu passei, fui passando pelos setores pra ver como que era o funcionamento mas eu não cheguei a ter nenhum tipo de atuação [...]. Mas na graduação meu nível de entendimento de Atenção Primária foi bem, bem ruim" (P5).

> "Eu sou farmacêutica e eu vim de uma faculdade particular. Então é outro mundo, assim, o meu estágio foi um dia no primeiro semestre, com um palestra sobre o que seria o SUS, uma coisa mega superficial. Enquanto fiquei seis meses dentro de uma drogaria, tipo uma vez por semana, e seis meses numa indústria, eu fiquei um dia no posto de saúde. Então eu saí sem saber nem dizer, tipo passei por uma vacina, como é, uma coisa bem superficial [...]" (P5).

> “Eu sou formado desde 2003 e também acho que o meu currículo foi muito deficiente nesse sentido. Durante a graduação toda eu tive um estágio curto em UBS, que eu acho que não durou três ou quatro meses e, praticamente, foi meio imposto [...]” (P4).

Profissionais da saúde bucal relataram que tiveram contato com o conteúdo teórico sobre o SUS durante a graduação, contudo não havia qualquer tipo de vínculo estabelecido com os serviços.

> “Em relação à formação, eu me formei na Universidade de São Paulo. Na graduação eles tem uma inserção boa, principalmente no Departamento de Odontologia Social, eles fazem, principalmente na parte da teoria, inserir a gente no que é o sistema público de saúde, mas na prática, até o ano que eu me formei, não tinha um programa ainda bem estabelecido [...]” (P5).

> “[...] Então, dentro da grade horária de graduação, dentro do que tem na graduação, teoricamente, tem bastante, na teoria tem bastante, na prática menos, na odonto” (P5).

No julgamento de alguns médicos e enfermeiros, a formação que eles receberam foi adequada para desempenhar suas práticas no SUS.

> “Eu, na medicina, me formei na Faculdade de Medicina do ABC e lá, assim, a gente teve uma boa carga horária de Atenção Básica, não era Estratégia de Saúde da Família, era tradicional, mas eu tive uma boa base” (P5).

> “Eu sou médica, eu me formei na Universidade Federal de Santa Catarina, eu me formei em 2005. Posso dizer que cem por cento do curso é com o sistema público de saúde, porque a gente ficou seis meses de internato na Atenção Primária, na Estratégia Saúde da Família, o hospital universitário que era nossa referência secundária era cem por cento público e todos os estágios curriculares e extra curriculares são todos em hospitais públicos. Então, os três níveis de atenção, primário, secundário de terciário, foram todos eles realizados em serviços públicos de saúde” (P5).

> “Mas acho que quando a gente pensa na formação, a gente acaba que, a gente tá inserido no Sistema Único de Saúde porque, como a colega colocou, a gente faz promoção nos lugares públicos. Eu acho que ninguém aqui foi pra clínica particular fazer estágio na graduação. Eu fiz medicina também, na PUC do Paraná, eu tive até uma parte teórica bastante interessante [...]” (P5).

> “[...] mas na minha época, de serviço, alguns anos atrás, tinha um enfoque bastante, tinha uma série de estágios obrigatórios em Atenção Primária e aí também tem a questão das suas próprias preferências, né [...]. Quando a gente fala de SUS, não tô falando só de Atenção Primária. Todos os estágios eram em escolas ligadas ao SUS. Na verdade, cê tá inserido no Sistema Único de Saúde desde o primeiro dia de aula, [...]” (P2).

Em determinados casos, em que os processos formativos mantiveram um envolvimento com o serviço de APS, essa envoltura se dava, restritamente, no âmbito assistencial e não na visão integral da atenção em saúde. É sabido que os

estágios obrigatórios dos diferentes cursos da área de saúde visam à aplicação de conhecimentos adquiridos e a habilitação para o exercício profissional por intermédio de atividades eminentemente práticas (Garcia, 2001). Isso pode ser assimilado pelas representações de alguns profissionais participantes do estudo.

> "Eu tive aula no Centro Saúde Escola, mas foi de puericultura, foi de pediatria, não foi assim, tipo, Sistema de Saúde, foi só de puericultura" (P1).
>
> "Lá, então, teve greve, então acho que foram só um ou dois dias que a gente conseguiu ficar com os profissionais. Participava na consulta de enfermagem, mas só [...]" (P1).
>
> "Eu não tive Atenção Primária, praticamente. O contato que eu tinha com Atenção Primária eram consultas que eu assistia no plantão de pediatria [...]" (P2).
>
> "Na minha faculdade, na verdade a parte teórica pro SUS foi muito frágil e eu ainda vim de uma formação em enfermagem que era um mero cumpridor de tarefas. Tinha estágio no serviço público também, mas você não tinha que entender muito o que era tudo aquilo, cê tinha era que fazer, né. Fazia vacina, fazia o Papanicolau sem questionar muito. Então, eu venho de uma formação muito mais retrógrada" (P5).

O espaço dos serviços de saúde e a comunidade não devem se constituir em prolongamentos dos hospitais e/ou centros de saúde-escola, mas (re)significar espaços de aprendizagem com a incorporação de docentes e estudantes ao processo de produção de serviços, sem descaracterizar a natureza dos cenários de prática (Albuquerque et al., 2008). Muitas vezes, os cursos que utilizam os serviços da rede pública de saúde como campo para as atividades práticas estabelecem uma inserção marcada pelo distanciamento. Sem o diálogo almejado, essa inserção limita-se as possibilidades de um "fazer" diferenciado (Henriques, 2005).

Para alcançar a formação efetiva, estes espaços devem traduzir o mundo real, enfatizando a humanização e a integralidade da atenção (Rossoni; Lampert, 2004) e não reduzir-se à prática clínica. O profissional formado deve ser completo em ações o que implica não se portar como um mero reprodutor de técnicas consagradas, mas entender as necessidades reais para desviar o foco da doença e direcioná-lo para a saúde do indivíduo (Gabriel; Tanaka, 2011).

A incoerência na habilitação profissional propicia certa indignação por parte dos profissionais no momento em que eles, devido à inserção no trabalho, começam a compreender o SUS, especificamente a APS, e se dão conta da importância dos conteúdos não trabalhados de forma efetiva na graduação.

> “Uma coisa que é muito errada nessa formação, que dá ênfase à Atenção Secundária e Terciária é que a maioria das doenças que se encontra na comunidade, são da Atenção Primária. Então o profissional que se formava, pelo menos antes, sabia tratar as doenças mais raras do mundo, os canceres mais raros também, com aquela terapêutica de radioterapia, quimioterapia, cirurgias avançadas que estão sendo pesquisadas e não tinham muita noção de como lidar com o paciente normal, como hipertensão e diabetes e as consequências das coisas simples e super prevalentes, então, eu pelo menos quando me formei eu ficava muito perdida pra guardar as coisas mais básicas e já tinha ouvido falar de todas as doenças raras, né, mas as coisas mais básicas ficava meio que... e acho que existe essa cultura de que isso você aprende com a prática, né. Não precisa estudar na faculdade e tal” (P1).

> “[...] mas eu sempre falo que pela torrezinha do SUS, Primária tá ali, né, 80% do sistema. Como que na formação você não tem quase nada? A gente vai lá no pico da torre, que é bem menos, e é isso que foca na formação” (P2).

Conforme suposto pelos preceptores, a ausência de foco na APS ocasionava o desinteresse para a introdução nesse nível de atenção após a conclusão da graduação.

> “Porque também era mais focado no assistencial, né, na Atenção Terciária, que o pessoal já tá lá no nível terciário, então, da Primária não tinha investimento, então, na verdade, você só estudava terciária, terciária, terciária, então você saia querendo trabalhar naquela área. Na primária não. A primária você não sabia o que era” (P1).

Por outro lado, a formulação e a expansão da ESF forneceram um aumento considerável no número de empregos na APS (Campos; Belisário, 2001). No entanto, o ingresso no SUS com a intenção de complementar a renda, na expectativa de dedicar-se o mínimo possível, representa um comportamento prevalente entre os profissionais de saúde (Silveira, 2004). Além disso, a ESF é vista por recém-formados como um “trabalho temporário” para iniciar a carreira (Rodrigues et al., 2010). Como declarado por Carvalho e Ceccim (2009), especialmente as UBS se configurarão nos espaços em que boa parte dos profissionais recém-graduados se colocará, visto que elas conformam um local privilegiado para introduzir-se na carreira profissional.

Nesses casos, existem duas possibilidades, a primeira é a aprendizagem em serviço, ou seja, a qualificação “intra-trabalho” com uma prática baseada em erros e acertos, sendo essa responsabilidade individualizada no próprio sujeito da prática (Rodrigues et al., 2010), como exemplificam os discursos abaixo:

> “[...] na verdade a gente pega prática no dia-a-dia” (P1).
>
> “No meu caso, eu aprendi foi no serviço” (P1).
>
> “O meu foi no serviço também” (P1).
>
> “Quando eu me formei, em 81, não tinha nada na Unidade Básica. Quando eu comecei a trabalhar no posto eu não tinha ideia. Fui aprendendo fazendo, fui descobrindo [...]” (P2).
>
> “Mas pra mim foi uma dificuldade enorme começar a trabalhar em Unidade Básica. Se você perguntasse: o que você veio fazer aqui na UBS? ‘Não sei. Eu vou descobri’. É mais hospital, centro de reabilitação, Unidade Básica nem sabe o que é” (P2).
>
> “Eu aprendi o trabalho com o próprio trabalho” (P3).
>
> “Eu sou dentista e faz trinta anos que eu formei. Eu não tive preparo nenhum pra enfrentar a realidade de UBS, mas como eu entrei já faz muitos anos, eu acho que eu fui aprendendo no decorrer do próprio trabalho [...], eu fui me preparando sozinha porque a faculdade não deu nenhum preparo” (P4).
>
> “[...] Eu vim entender mais mesmo quando eu entrei pra Estratégia Saúde da Família [...]” (P5).
>
> “[...] depois de formada que eu comecei a trabalhar, eu comecei entender um pouco melhor” (P5).
>
> “[...] Depois que eu vim pra trabalhar dentro duma estratégia, comecei a ver uma outra realidade, um outro mundo do que a farmácia pode proporcionar de saúde para o paciente” (P5).
>
> “Na minha formação, a gente não teve contato, o foco era mais indústria. Quando a gente vai pra Atenção Primária é que gente sente a diferença, acaba buscando mais conhecimento [...]” (P2).

A outra possibilidade vem ao longo do tempo, quando procuram qualificações como cursos de pós-graduação, muitas vezes estimulados e financiados pelo próprio SUS (Akerman; Feuerwerker, 2009). Esses fatos são coincidentes com o que foi revelado pelos preceptores:

> “A gente faz uma formação depois de se formar [...]. Depois que você se forma, você pode fazer cursos de pós-graduação” (P1).
>
> “É que nem meu caso mesmo. Durante a graduação eu não tive nenhuma disciplina de Atenção Primária e foi na especialização que eu aprendi” (P1).
>
> “[...] a gente tem maior ganho com as pós-graduações e, geralmente, com quem tem mais afinidade com essa área [...]” (P2).
>
> “Eu, na minha graduação também, não tive Atenção Primária, eu conheci mesmo foi na minha residência” (P2).

> "[...] Eu tive algumas coisas, teorias sobre Atenção Primária, mas eu tive que me capacitar fazendo um curso de especialização, um aprimoramento pra entender melhor sobre o SUS, sobre Atenção Primária em si" (P3).
>
> "Eu fiz saúde pública logo após a formação, né, fiz um curso de especialização em saúde pública [...]" (P3).
>
> "Na graduação formal, eu tive pouquíssimo contato com a Atenção Básica [...]. O que despertou mesmo o interesse em querer conhecer foi uma especialização, foi posterior mesmo à graduação. Eu fui fazer curso na área, estudar mais [...]" (P4).
>
> "[...] o que me ajudou foi quando eu entrei na Estratégia Saúde da Família, fazer a especialização em Saúde Coletiva com foco na Saúde da Família na Escola de Enfermagem da USP. Então, a partir daí que eu comecei a entender o que eu tava fazendo lá, qual que era o sentido de tudo aquilo, né [...]" (P5).
>
> "Eu tive especialização e o serviço complementou" (P1).
>
> "[...] quando eu saí da faculdade, eu tinha plena certeza de que era isso sim que eu queria e aí eu tive que voltar atrás, estudar e aí assim que eu me formei já entrei na especialização de saúde pública da Faculdade de Saúde Pública, então foi o que ajudou a ter uma bagagem pro trabalho" (P3).

Ao estabelecer uma comparação entre o processo formador ao qual foram submetidos e os conhecimentos demonstrados pelos alunos que atualmente mantém proximidade com o serviço, os preceptores percebem que estão ocorrendo, paulatinamente, modificações nas estruturas curriculares dos cursos de graduação em saúde, com a incorporação de disciplinas e temáticas voltadas ao SUS.

> "Estão mudando as disciplinas, né, tudo, hoje em dia, estão mudando toda a carga horária. Existem disciplinas pra o pessoal ter contato no início do curso. Hoje em dia o pessoal do primeiro ano já tem contato com a Saúde Pública pra entender um pouquinho [...]. E antes era difícil, era uma coisa muito rápida, assim, passageira, pouco tempo, né" (P1).
>
> "[...] hoje, algumas grades curriculares já têm um investimento maior e uma carga horária pra Saúde Pública, né, Atenção Primária. Então a gente não tinha a inclusão desses curriculares" (P1).
>
> "[...] A turma que tá entrando agora, o primeiro ano passa um ano na UBS e o terceiro ano passa uns seis meses e agora o quinto ano vai começar. Então, eles abriram um pouquinho as portas para a Atenção Primária. Talvez não tanto quanto o necessário, mas já é um progresso grande. Porque eles já têm uma noção do que é [...]" (P1).
>
> "Atualmente, eu acho que o curso, eu não sei bem o que os alunos aprendem lá, mas eles já têm mais noção de grupos, de coisas que a gente pode tá fazendo juntos" (P2).
>
> "O curso de enfermagem da USP tem um enfoque voltado cada vez mais pra Atenção Primária. [...] agora que mudou o currículo, tá impressionante [...]" (P2).

Os sujeitos dos grupos A e P reforçam o pioneirismo dos cursos de medicina e enfermagem na interação com os serviços de saúde, por meio da inclusão de estágios obrigatórios, e presumem que esse contato prematuro é capaz de proporcionar benefícios à formação.

> "[...] Então agora, a mudança assim, da Enfermagem, ela já tem cinco anos que o currículo mudou um pouco, que os alunos já são inseridos já na unidade, na Atenção Primária, então já dá outro diferencial, outra maneira de você enxergar, né. Não só ficar na área terciária que é um trabalho [...] que é mais voltado pra área hospitalar, mas tá mudando esse conceito, essa visão" (P1).
>
> "Na medicina, o PET já era antes, não o PET, né, mas eles já faziam um projeto parecido durante a graduação" (A1).
>
> "[...] eles (alunos do curso de medicina) têm uma disciplina totalmente dedicada ao SUS" (A1).
>
> "Sei que a medicina e a enfermagem, eles já estavam inclusos na rotina da UBS" (A1).
>
> "Nossa! Eu acho que enfermagem é a que mais desenvolve essa parte de Atenção Básica, assim. A gente escutava muitos projetos que eles tinham. Pelo menos o pessoal daqui que ia lá. Coisas que a gente fez no PET e eles falavam que já tinham feito na graduação. A enfermagem acho que até mais que a medicina nessa parte de Atenção Primária, assim, eles tinham muita coisa desenvolvida [...]" (A1).

Tornam-se patentes nos enunciados de alunos e preceptores as dificuldades, os percalços e as fragilidades de alguns cursos na tentativa de alcançar a almejada reformulação curricular e implementação das DCN:

> "É. Uma disciplina que eles tem [...]. De outros cursos, assim, esse, no último ano entrou Educação Física, magina, a gente pode ver que eles nunca, pelo menos os que fazem parte da nossa UBS, era um que tinha só e, nossa, ele falou que era uma oportunidade única porque ele nunca viu nada, realmente, na Faculdade de Educação Física, nunca tinha visto nada desse jeito. Nutrição também não tinha. Psicologia também, os relatos que eu ouvi desses alunos é que eles não tinham nada parecido com isso também. Acho que a odonto, por mais que ela não tivesse atividade assim, a gente com CAPS[10], com outras, Saúde Coletiva, alguma coisa, a gente tinha um pouco mais de contato. Mas a gente tem, que nem na educação física, acho que era o mais longe, assim, eles não tinham realmente nada" (A1).
>
> "[...] A fisioterapia tá introduzindo Atenção Primária no currículo ainda, tá sendo organizada, tá sendo desenvolvida, então pra começar, né, a gente tá engatinhando [...]" (P3).

[10] Clínica Ampliada de Promoção de Saúde.

> “[...] eu percebo com os alunos, a própria odontologia que tem que fazer aqui agora, por conta do PET, eles também tão longe de ter um preparo da realidade nossa. Tão longe, né. Então por isso que eu acho importante o PET, né [...]” (P4).
>
> “[...] Eu vejo a formação médica, especificamente, muito deficiente [...]” (P4).
>
> “[...] Ou você aprende na extensão, porque durante a graduação você não vai ter. Durante a graduação, sua formação vai ser medicocêntrica, remediocêntrica e hospitalocnêtrica [...]” (P4).
>
> “[...] O que a gente vê é uma deficiência gigantesca das graduações, das faculdades de uma maneira geral, de conhecimento da Atenção Básica [...]” (P4).
>
> “[...] eu tô no segundo ano, é uma formação assim meio básica, né. A gente tá ainda tá construindo os pilares [...]” (A1).
>
> “Eu conversei com uma aluna da farmácia, e ela falou que, na farmácia eles têm muita aula sobre trabalhar na indústria, mas no contato com pessoa mesmo, paciente, eles não tinham nenhum. Então ela falou ‘esse projeto do PET pra gente é uma novidade completa’, ela falou, ‘porque a gente não pensava em lidar com o paciente igual os farmacêuticos lidam aqui’. No curso, ela fazia aqui na USP também, né, ela falava ‘a gente não tem essa visão’. Na nossa faculdade, ela já tava no quarto ano, tava pra se formar, ela falava ‘a gente passou o curso vendo como se trabalhava na indústria e não com os pacientes’, entendeu? Então ela falou que o PET pra ela mudou completamente a visão dela’ (A1).
>
> “O que eu tô falando é que na graduação eles não têm nada (referindo-se a conteúdos de APS)” (A1).
>
> “Eles não tem nada de UBS, essas coisas” (A1).
>
> “É que nem, por exemplo, nós temos duas alunas da psicologia que elas não tem disciplinas de Atenção Primária, então o contato delas, foi aqui [...]. Da farmácia, tinha um ano passado que saiu, esse ano também entrou uma e saiu, mas a farmácia também é um curso que não tem a disciplina” (P1).
>
> “É. O que eu achei de mais crítico, é que os outros cursos é que eles não tinham contato, acho que a fono, não era fono, mas tinha um curso que não tinha nada de Atenção Primária, assim. Acho que é psicologia. Impressionante [...]” (P2).
>
> “[...] Na parte da farmácia, realmente a gente não tem esse foco aí” (P2).

Emergiram, nos discursos dos alunos, percepções sobre o processo de mudanças curriculares no curso de odontologia da USP, como expresso nas falas seguintes:

> “A odonto já tá com um projeto desses de inserir os alunos no posto de saúde, não?” (A1).
>
> “Como eu tô no primeiro ano e mudou a grade horária, eu tenho a matéria de CAPS. Então, eu vejo pelos dois ângulos, pelos dois, entendeu, tanto pelo CAPS quanto pelo PET. Eu acho muito válido porque o PET não é pra todos os alunos, né, agora a CAPS acaba integrando essas pessoas que não tem oportunidade de participar do PET, entendeu? Então, elas também

> conseguem ter essa visão através da matéria de CAPS, eu acho muito importante" (A2).
>
> "Nossa, hoje é super organizada" (referindo-se à disciplina CAPS) (A2).
>
> "Ainda bem que melhoraram" (referindo-se à disciplina CAPS) (A2).

Foram evidentes as fragilidades ainda presentes na estrutura curricular do curso de odontologia em convergência ao que foi observado nos demais cursos da área de saúde.

> "[...] eu fui o primeiro ano que teve CAPS e a gente deu e eu só descobri no PET mesmo, alguns tipos de coisa porque no CAPS não aprendi" (A2).
>
> "Era, a gente tinha que pesquisar na rua, mas não tinha uma coisa organizada" (A2).
>
> "Eu peguei o segundo ano de CAPS, e eu acho que somente o CAPS não supre" (A2).

É perceptível a tendência tecnicista, biologicista e fragmentada da formação dos estudantes de odontologia da USP, mesmo após a inclusão de componentes curriculares voltados para o SUS.

> "A gente sempre escuta essa parte, né, dos alunos da odonto, de tratar um paciente que tá bem, assim, sem queixa. Eles ficam perdidos ainda nessa parte dos pacientes que não vem com queixa. Eles ficam muito perdidos" (P1).
>
> "[...] tem dias que eu percebo que a gente fica só na questão da prática, né, e o aluno vem, ele tá no primeiro, segundo semestre que fala assim 'da próxima vez que eu vier, eu posso atender uma consulta?' [...]" (P4).
>
> "[...] Eles querem entrar pra parte de odontologia e eu pretendo poder colocar a mão na massa [...]" (A2).

Como admitido por Casotti et al. (2009), historicamente, a formação na área de odontologia esteve ligada aos interesses de mercado, influenciando as estruturas curriculares, consolidando um modelo autossuficiente, fundamentado na transmissão de conteúdos e práticas clínicas, isento de inter-relação prática com o trabalho.

Ressaltam-se as tentativas de transformação dos currículos pelas IES, impulsionadas pela implementação das DCN para os cursos de odontologia (Brasil, 2002a). No entanto, quatro anos após a elaboração dessas diretrizes, um estudo que avaliou a adesão dos cursos de odontologia à elas, concluiu que predominam as grades curriculares conservadoras, com disciplinas isoladas, organizadas em ciclos básico, pré-clínico e clínico, privado de qualquer relação com os serviços (Haddad et

al., 2006). Existe uma dificuldade de exercer transformações num sistema educacional que por anos foi pautado no currículo mínimo e na produção de procedimentos eximindo-se da atenção do cuidado na acepção mais ampla do conceito de saúde (Casotti et al., 2009).

Um estudo realizado em 2003 (Bastos et al., 2003) revelou que o perfil predominante do cirurgião-dentista ainda é voltado para trabalho no consultório particular. Para organizar as práticas de atenção em saúde, é necessário um novo perfil de trabalho e trabalhadores (Albuquerque, 2008). As DCN para os cursos de graduação em odontologia (Brasil, 2002a, p. 10) asseveram, no artigo 3º, que:

> O Curso de Graduação em odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

As DCN (Brasil, 2002a, p. 12) enfatizam que é ideal preparar os profissionais para que possam atuar com qualidade, eficiência e resolubilidade dentro dos preceitos do SUS, conforme o trecho abaixo:

> [...] a formação do cirurgião-dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe.

Não se pode contestar que as mudanças, mesmo que a passos lentos, estão ocorrendo, gradualmente, no processo formador. Diversas iniciativas do Ministério da Saúde ou deste em parceria com Ministério da Educação foram elaboradas no sentido de auxiliar nesse contexto (Rossoni, Lampert, 2004), com destaque para o Pró-Saúde e para o PET-Saúde, dois indutores de transformações pedagógicas.

Os discursos evidenciam as potencialidades do PET-Saúde USP Capital no sentido de consolidar as transformações no processo formador.

> "[...] Com relação ao PET, acho que o PET é um programa fundamental pros alunos, né. As faculdades estão dentro da Universidade de São Paulo e não há um interesse em se difundir, se formar um profissional para a Atenção Básica pros alunos é essencial [...]" (P4).

> "[...] E é por isso que eu acredito muito no PET, porque já sabendo das deficiências curriculares que existem até hoje são muito grandes e parece que a cada vez piora mais. Menos espaços tem pra essas políticas, pras

políticas públicas de saúde dentro do currículo de graduação [...]. Mas eu acho que a extensão universitária é a salvação, assim pra formação profissional hoje. Eu vejo o PET como um reflexo como o que eu fiz pra me capacitar na minha formação, que foi parti pra extensão mesmo" (P4).

"[...] No seminário de avaliação, o que os alunos colocaram era que tá tendo mais sobre Atenção Primária e SUS no PET do que na grade curricular, por quê? Por que na grade curricular, eles vão discutir mas eles não sabem nada da nossa prática [...]" (P4).

"Agora, quanto a nossa formação, eu acho que, assim, a gente que fez o PET teve meio que uma oportunidade única porque ainda não é uma coisa que a gente tá próximo, né, de ficar, de saber como é, como funciona o trabalho no serviço público mesmo, a gente não tem essa noção. E eu acho que a gente que pode ver isso, é aquilo que eu falei, a gente ganhou outras visões de coisas que eu vejo que, por exemplo, pessoas que estudam comigo não tem, assim, a menor noção do que se passa com esse tipo de serviço. Eu acho que isso acrescentou muito pra nossa formação, assim, e eu acho que quem não participou desse projeto perdeu, vai perder mesmo nesse sentido. Talvez vai prestar um concurso público, vai passar e depois não vai, vai odiar o que tá fazendo lá, sabe?" (A1).

"(O PET-Saúde) Qualifica ele pra futuramente está qualificado se for atuar nessa área, né" (P1).

"[...] A gente acaba sendo um profissional diferenciado quando a gente tá fazendo o PET. Quando a gente vê o trabalho da unidade, tem contato com a comunidade, conhecer melhor o sistema de saúde. Então acho que isso diferencia bastante a gente" (A2).

"[...] Essa iniciativa que o PET tem de botar o aluno em contato com essa realidade do SUS, de ver como é mesmo faz uma diferença enorme na formação [...]. Só que a gente só vai notar, mais ainda, a diferença, depois, quando a gente ingressar no mercado de trabalho" (A2).

"[...] O PET imagino que, apesar de tá no começo, tem tudo pra contribuir, ainda mais pros alunos que tão entrando agora, os alunos porque, como a colega falou, tem cursos que são muito técnicos [...]" (P4).

"[...] E eu vejo o PET hoje como uma oportunidade dos alunos entenderem mais o SUS, a Atenção Básica [...]" (P4).

"[...] O PET é de extrema importância pra quem pensa em um dia trabalhar no Sistema Único de Saúde, em UBS, já ir conhecendo, né, desde essa época como é que funciona" (A1).

"[...] no segundo ano que eu tô, eu tô aprendendo cada vez mais [...]" (A2).

"[...] se você começa prestar atenção, você tá aprendendo na prática, por mais que você esteja sentado vendo o paciente deitado na sala e não faz nada. Mas você tá vendo a relação do médico, normalmente é enfermeiro, né, que eles que trabalham lá, o enfermeiro com o paciente, a relação do dentista com o paciente" (A2).

Os sujeitos reconhecem que a aproximação com os cenários de prática e com a comunidade, particularmente realizada por intermédio do PET-Saúde, é capaz de auxiliar no processo formativo, oferecendo benefícios na esfera profissional

propriamente dita e no âmbito da cidadania e da humanização. Resultados semelhantes foram alcançados pelo PET-Saúde da Universidade Federal da Paraíba (Buffon et al., 2011). Além desse trabalho, os êxitos do PET-Saúde, no sentido de oferecer aos sujeitos em formação uma gama maior de conhecimentos acerca da realidade dos serviços de saúde, foram explicitados por outros autores, em diversas localidades do país (Amaral et al., 2011; Espínola et al., 2011; Fonsêca; Rodrigues, 2011; Gabriel; Tanaka, 2011; Mattos et al., 2011; Oliveira et al., 2011; Oliveira; Coelho, 2011; Pequeno et al., 2011; Queiroz et al., 2011; Santos et al., 2011; Sobrinho et al., 2011; Souza-Neto et al., 2011).

Segundo Silveira (2004), as universidades devem oferecer em seus cursos de graduação uma formação capaz de desenvolver no futuro profissional a valorização do setor público e a sensibilidade social sem renunciar da qualificação técnica. Os espaços onde se dá o diálogo entre o trabalho e a educação constituem-se em espaços de cidadania em que os profissionais do serviço, os docentes, os usuários e os estudantes estabelecem modos de ser e de ver o mundo (Albuquerque et al., 2008).

O conhecimento da prática no serviço público de saúde, incita e desperta os alunos para as possibilidades de exercício futuro da profissão no SUS o que corrobora a ideia de que o programa é um potente indutor de melhorias também nos serviços de saúde com a inserção futura de profissionais mais bem preparados para responder às demandas da população em coerência com os princípios do SUS.

> "[...] Acho que o que abriu a minha mente desde o começo foi eu ter entrado no PET no primeiro ano e vi que, assim, a população brasileira é muito carente e a gente tá acostumado com o que a gente tem em casa, sabe. A gente acha normal ter um carro na garagem e não pegar ônibus, tem gente aqui na faculdade que acha isso normal, só que o normal do brasileiro não é isso. O normal é passar necessidade, o normal é ganhar um salário mínimo e o normal é entrar na fila do SUS pra poder ser atendido. Eu gostaria de melhorar isso, hoje eu penso isso, já pensava antes em trabalhar em UBS. Eu acho que o PET abriu muito mais minha mente pra isso" (A1).

> "[...] o PET tá me ajudando a construir alguma coisa que mais pra frente pode ser bem mais palpável, sabe, que mais pra frente eu posso pensar em trabalhar no sistema público. De repente na área, de melhorar ou não melhorar alguma coisa voltada para, com certeza, assim. Eu acho que são poucas as pessoas que participam desse PET que, pelo fato de serem poucas as pessoas que participam desse PET que tenha essa visão, assim sabe, de querer um dia participar do sistema público. Por eu está participando, eu penso. Não sei se um colega meu que não participa, que não sabe, que não vivencia o que eu vivencio pensaria isso também. Mas

> eu acho que isso faz parte pra eu pensar lá na frente que isso é uma possibilidade" (A1).
>
> "[...] só de você tá abrindo mais é, espaço pra Atenção Primária dentro da faculdade, cê já proporciona o aumento do interesse dos estudantes pela carreira depois que eles se formarem [...]" (P1).
>
> "[...] os profissionais sairão da USP visando trabalhar na Atenção Primária [...]" (P1).
>
> "Uma coisa que eu já percebi em alguns alunos é que eles pensam futuramente: 'sou psicóloga do NASF, sou não sei o que'. Eles já começam a pensar futuramente na saúde Pública, na área né, na Atenção Primária, não na Terciária" (P1).
>
> "[...] E aí, em resposta a isso, a gente tem alunos que prestam no fim do ano, prova pra especialização, aprimoramento [...]" (P3).
>
> "Eu pretendo trabalhar na área" (A2).
>
> "Eu também (referindo-se a pretender trabalhar na área). E, quando eu entrei na faculdade, eu nem pensava muito nisso e aí depois veio o PET, depois eu fui conhecendo pessoas que já trabalham e tal" (A2).
>
> "Eu tenho alunos que veio, aluno da odonto veio, inclusive, senta aqui e fala [...] 'eu tinha um pensamento de formar, montar meu consultório, ir trabalhar, hoje não, hoje eu já penso diferente, hoje eu já penso em me formar e entrar na Atenção Básica e trabalhar como odontólogo na Atenção Primária porque eu tô vendo que é bem interessante, tem bastante coisa pra ser feita, é uma experiência muito interessante'. Então, assim, eles vem com um pensamento e chega aqui, vendo a nossa atuação eles mesmo que não esteja inserido ali, ele começa a se sentir parte, né, e aí começa a dar opinião" (P5).

Associado a isso, são indubitáveis outras potencialidades do programa, como a ampliação do olhar do estudante em direção ao processo saúde/doença, entendendo-o em sua complexidade, agregando conhecimentos específicos da área de formação à compreensão integral desse processo, o que aponta para a germinação de perfis profissionais críticos e reflexivos, em harmonia com as necessidades do SUS como demonstrado a seguir:

> "Eu pedi pra que eles fizessem um relatoriozinho do que eles estão sentindo por onde eles estão passando, eles falaram 'aqui nós estamos conhecendo os donos das bocas'. Porque na faculdade, claro que tem um estudo de tudo, mas principalmente da boca e ali eles estão vendo de onde vem as bocas" (P5).
>
> "[...] cê não vê só uma boca, tem que saber que aquilo lá é uma pessoa que tá inserida em todo um contexto e não vai adiantar eu dizer pra ele o seguinte 'olha, tem que extrair tantos dentes, tem que fazer isso ou aquilo', né, ou então 'você tem que se alimentar melhor, passar fio dental, você tem que escovar o dente' e o cara não tem dinheiro nem pra comer" (P5).

“Mas sabe uma coisa muito produtiva, quando a gente fez aqui o feedback dos alunos e que alguns alunos da odonto, falaram assim ‘hoje eu consigo ver que se ele tem cárie não é só porque ele comeu doce, mas é porque muitas vezes ele não tem escova de dente em casa, não tem o que comer ou, quando tem, divide a escova com a família inteira’. Então não olham mais pra boca, só pra boca. Então essa ampliação de olhar, ele não vai ter em lugar nenhum” (P2).

“[...] Mas eu vejo como o grande ganho de tudo isso a formação dos profissionais em serviço, diferenciada [...]” (P4).

“[...] é importante você ir se soltando, você ir conhecendo e poder adaptar o seu atendimento clínico a cada tipo de pessoa. Pode ser que existe, que a felicidade de cada um é relativo. Então, cê tem que adaptar isso a cada tipo de pessoa, assim, não sei explicar” (A1).

“É que problema tem diversas definições então, a gente aprendeu, sei lá, pra gente às vezes tem um problema e, de repente, a moradia dele é um problema, a comida, tudo. Então, eu aprendi pelo menos, a ver de uma forma bem diferente o que é problema pra outras pessoas, porque lá, pelo menos, a gente acabou de voltar do grupo de reabilitação alimentar e lá tem uma questão psicológica muito forte, de mulheres depressivas, muitos problemas, assim, de tudo, gravidez e tudo mais, de drogas” (A1).

“[...] Você aprende a considerar não aquilo só como uma boca, como é o nosso caso, aquilo como um problema. Você tem todo um contexto por trás, um indivíduo muito complexo, você aprende a conviver, a cuidar dessas pessoas. Eu participo do grupo de gestantes e você vê os diferentes tipos que integram o território, né. Tem mulheres mais novas, que acabam de sair da adolescência, mulheres mais velhas, de quarenta anos grávidas também. E assim, cada uma tem o seu problema, a sua particularidade e você aprende a vivenciar tudo isso, a viver tudo isso. Então é muito legal” (A1).

“[...] Isso me mostrou que vai muito além do dente, da boca da pessoa. Eu não tenho que chegar e olhar pra boca como ‘eu sou dentista, eu só vou olhar pra isso’. Não, eu tenho que olhar pra pessoa, o que ela é, de onde ela vem, o que ela come, onde ela mora, pra depois pensar em abrir a boca dela pra ver o que tá de errado na boca dela, mas eu tenho que ver o que tá influenciando ela tá daquele jeito” (A1).

“[...] E aí teve um aluno de odonto na visita que disse ‘agora eu sei quem é o dono da boca, eu sei quem é essa pessoa, eu entendo porque ela está assim, agora eu entendo quais propostas que ele vai ter continência pra fazer, propostas que ele não vai ter continência, hoje eu entendo muito melhor’. E aí eu pensei uma vez que eu tava discutindo também com o profissional da odonto, porque nós entregamos uma lista de pacientes pra passar no consultório e os pacientes não vieram e eu fui cobrada. Por que eles não vieram? É tão difícil a vaga da odonto, como que as pessoas não vem? Eu disse assim ‘olha, porque a primeira é prostituta e ela tava toda arrebentada no dia da consulta, ela não ia vir. A segunda é espancada pelo marido, ela tava com o olho roxo e ela não ia vir cuidar do dente dela. Então assim ‘olha, dentista, as pessoas são mais do que uma boca e você tem muito mais pra oferecer do que procedimentos’, né, e quando eu fui na visita com esse aluno eu pensei acho que ele nunca me faria essa pergunta, me faria uma outra pergunta ‘quem são essas pessoas que não vieram? porque que elas não vieram? Ou antes mesmo de entrar no consultório chegar pra gente e perguntar ‘mas quem são essas pessoas? O que que eu posso oferecer além de procedimentos? Então eu fico contente quando vem aluno da odonto pela minha própria experiência pessoal de saber como é a

> formação dele e saber que a gente pode produzir um profissional diferenciado de, pelo menos, olhar pro paciente e ter uma visão legal. Pelo menos a integralidade do cuidado" (P5).

É introduzido um conceito novo e/ou pouco explorado para os estudantes – determinação social da doença – ao passo que se torna possível compreender que, para além da biologia humana, as condições de vida e ambiente, e a organização política e social interferem diretamente na situação de saúde da população (Lucas et al., 2011).

É relevante salientar que essa ampliação de olhar fornece um maior nível de qualificação profissional em escala geral, ou seja, o profissional será diferenciado em sua atuação independente do local em que desenvolverá sua prática, incluindo o setor privado. Acontece que a ação regulatória do estado sob o setor privado encontra-se em expansão no sentido de levar para este campo conceitos como os de atenção integral, vínculo e responsabilização. Medidas regulatórias como as inovações na organização e nas estratégias de atenção à saúde permitem projetar os conhecimentos da área da saúde coletiva em diferentes exercícios (Akerman; Feuerwerker, 2009). As falas abaixo são convergentes com essa temática:

> "[...] mas independente se eles vão tá inseridos na Atenção Primária ou não [...] eles tão abertos pra aprender e aí eu acho que, independente de pra onde eles forem quando tiverem formados, né, eles vão consegui fazer uma referência, uma contra referência, vai saber com quem tá lidando, ele vai saber o quê que a Atenção Primária faz, né. Então, por exemplo, no caso da odonto, se o paciente foi lá pra especialidade, ele já vai ligar o trabalho que é feito na Atenção Primária, né, e eu acho que isso agrega muito e eu acho que aproxima. Quando a gente discute atenção na rede, acho que, talvez, faltasse isso pra nós profissionais, né, antes de eu tá em outro serviço eu entender o que é a porta de entrada preferencial, o que a Atenção Primária faz pra consegui fazer o meu trabalho de uma maneira articulada" (P5).

> "[...] por mais que ele não fique na Atenção Básica, é importante ele saber o que é isso aqui, o que a gente faz, qual é a importância que a gente tem pro sistema, mesmo que ele esteja lá na ponta da especialidade, ele sabe qual é o fluxo, ele sabe como é que coisa funciona. Então a formação, mesmo que ele não fique, ele sabe que ela é muito importante. [...]. Não é ruim se ele não fica na Atenção Básica, mas ele sabe o que que se faz na Atenção Básica. A maioria sai sem nem saber e aí o nosso fluxo fica muito complicado na rede porque a gente não tem essa compreensão do que é a rede, do que é o sistema. Isso é o maior ganho pros alunos, essa noção de como é que funciona" (P5).

> "A nossa preocupação de um modo geral não é capacitar o aluno pra trabalhar com Atenção Primária e não só capacitar em SUS e só, se ele tiver um olhar ampliado que é próprio da Atenção Primária, esse olhar ampliado é próprio de quem é porta de entrada porque quando ele já tá lá, sei lá, no caso da odontologia, no endodontista pra fazer, é natural que esse profissional super especializado não veja o paciente como um todo, um ser

> humano integrado na sociedade, na família, mas veja só a doença X e a bactéria Y. Mas quando você é porta de entrada, você tem que olhar a pessoa como um todo e é isso que eles ganham aqui, exatamente" (P2).
>
> "Se ele for o especialista do especialista, ele é especialista do terceiro canino superior, entendeu? Ele vai lembrar que existe uma pessoa ao redor do dente e que essa pessoa tem características" (P2).
>
> "E isso não vai ser útil somente se ele trabalhar na Atenção Básica" (P2).
>
> "[...] eu acho que essa organização e essa visão mais ampliada das necessidades de saúde é um diferencial para todo aluno [...]" (P3).
>
> "[...] essas coisas do PET a gente pode levar pra sempre, sabe. Por mais que hoje eu esteja na pediatria, mas no meu projeto eu tento sempre atrelar alguma coisa que eu sei que pode ser melhor pro meu paciente. No meu consultório, eu pretendo levar coisas que eu acho que podem ser melhor pro paciente" (A1).
>
> "Acho que a gente não sabe em que a gente vai querer trabalhar futuramente, não sei o quê, mas, independente do que for, a gente vai consegui, a gente vai reduzir os impactos na sociedade, sabe, a gente não vai ficar horrorizado se a gente vê uma boca, sei lá, de um adolescente de 16 anos que não tem mais a maior parte dos dentes. Acho que isso é importante por a gente conhecer a sociedade, a comunidade. A gente entender que existe isso sim e porque pode existir [...]" (A2).

Esses achados estão em conformidade com os resultados do estudo de Gabriel e Tanaka (2011), que apontou que conhecer as possibilidades de atuação profissional provoca contribuições positivas na inserção no mercado de trabalho do recém-formado, mesmo que sua opção seja pautada no setor privado.

Os benefícios se estendem à formação humana e cidadã, indo além da esfera acadêmica e profissional.

> "[...] E, assim, eu acho que o PET ajuda não só pra nossa formação como profissional, mas como pessoa, né" (A2).
>
> "Eu acho que, a partir do momento que o PET desenvolve a empatia na gente, porque o PET faz com que a gente crie empatia pelas pessoas, né, eu acho que isso já faz com que você cresça muito, né, como ser humano mesmo. E você crescendo como ser humano faz você agir melhor em qualquer área porque você vai ter essa característica de se importar com a dor dos outros como se fosse você mesmo. Eu acho que isso faz toda a diferença pra um profissional da saúde, porque tem gente aí que só tá pensando em ganhar dinheiro, né, tem gente aí que é da área de saúde, mas não se importa, realmente, com o ser humano que é o nosso, é quem a gente vai cuidar, o nosso objeto de estudo é o ser humano, né. Então, eu acho que esse fato do PET ajudar a gente a desenvolver isso vai contribuir muito na nossa carreira e na nossa vida" (A2).

Findado o período da graduação, a educação do profissional não pode ser cessada. Ela deve se manter em um processo contínuo no percurso da atuação

profissional (Araújo, 2006). É essencial incluir na pauta de discussões sobre a formação dos profissionais de saúde a problemática dos trabalhadores que se encontram no serviço e que não desfrutam de uma formação satisfatória, no intuito de reduzir os efeitos negativos (Gil, 2005) e capacitá-los para encarar os desafios impostos pelo sistema, como as transformações vertiginosas e a transitoriedade do saber na área da saúde, bem como as marcantes mudanças no mundo do trabalho no setor (Almeida; Ferraz, 2008).

Educação Permanente conota o conceito pedagógico do setor saúde para materializar as relações orgânicas entre ensino e ações dos serviços, e entre docência e atenção à saúde. Após a Reforma Sanitária Brasileira, esse termo foi ampliado para as relações estabelecidas entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. A Educação Permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, que acontece no cotidiano das organizações e no trabalho e se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (Brasil, 2007d). Dessa forma, não é possível pensar na interface entre ensino e trabalho sem refletir sobre a Educação Permanente (Almeida; Ferraz, 2008).

A participação no PET-Saúde, sobretudo devido ao contato dos profissionais com os alunos de graduação, como admitido pelos preceptores, agrega conhecimentos que esmeram as práticas profissionais exercidas no serviço, colaborando com o aperfeiçoamento da APS. A possibilidade de transformar as práticas profissionais existe, porque perguntas e respostas são construídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam (Albuquerque et al., 2008). Segundo os preceptores, a vivência com os alunos induz e estimula a busca por conhecimento, uma vez que no processo de aprendizagem em serviço eles se tornam o maior referencial.

> “[...] Então, sempre tem aluno o tempo todo, mas isso é uma coisa que me policia pra fazer um trabalho cada vez melhor também. Eu sou exemplo pra aquela pessoa que tá ali. De alguma forma, ela tá aprendendo comigo. Se eu fizer um trabalho mal feito, ela vai aprender a fazer mal feito também. Então, apesar de ser mais cansativo, de despender mais energia, mas ele é muito mais tranquilo do que normalmente ele seria. Eu acho que eu dou muito mais atenção ao que eu tô fazendo pra que aquela pessoa que tá comigo não tenha um mau exemplo” (P2).

“A partir do momento que você tá com o aluno o tempo inteiro, o tempo inteiro você tem que tá estudando porque o tempo inteiro ele tá te pegando, perguntando” (P2).

“No final a gente acaba também se olhando, né, porque o aluno aponta. A gente é obrigado a também a se reciclar, mexer, enfim, porque no final ele apresenta uma avaliação” (P3).

“[...] e a gente da prática acaba criando essas condições de melhorar nosso trabalho assistencial” (P3).

“Até porque ter aluno há necessidade de que a gente se coloque no papel de ensino e isso precisa da pesquisa, isso precisa parar e olhar o que você tá fazendo, será que é isso mesmo, o que o mundo tá falando, enfim [...]” (P3).

“[...] Eles avaliam. É interessantíssimo não por avaliar ‘ele é péssimo’, não é isso mas ‘olha, eu aprendi na teoria assim e ela tá fazendo aquilo’ [...]” (P3).

“[...] Eu aprendi muito, tô aprendendo muito com o PET, me abre outros horizontes, assim [...]” (P4).

“[...] pra mim foi, assim, fantástico porque eu era, eu sou muito técnica, eu sento lá na minha cadeira e eu faço tudo que eu sei. Eu não tinha noção desse monte de texto, eu parecia, assim, pré-primário, né, esse monte de texto pra mim foi ótimo porque eu aprendi muito. Então pra mim foi muito, muito bom o PET” (P4).

“[...] muda a nossa postura profissional [...]” (P4).

“Também penso dessa maneira [...], às vezes a vivência com os alunos acaba instigando a gente a tá mais buscando mais conhecimento porque sempre tem questionamento e, às vezes, você espera de um aluno de primeiro ano um questionamento muito pobre e um vem um negócio super elaborado e aí você fala ‘puxa, vida, interessante’. Aí você fala ‘como é que eu respondo isso aqui?’. Te tira do eixo. E você vê o grau de interesse e o quanto esse aluno tá motivado pra tá participando do PET e isso estimula a gente também a tá procurando sempre se motivar pra ter uma resposta pra ele [...]” (P4).

“[...] a gente vê que as intenções são bem amplas, né, e até discutindo a gente isso com relação não só a formação dos alunos, mas também a nossa enquanto profissional e do serviço [...]” (P4).

“[...] o pedagógico é um estímulo pra gente trabalhar [...] então a gente repensa nossa prática através disso, se é isso mesmo. Então, esse contato pode proporcionar pros funcionários o ensino e enriquece muito a gente. É um estímulo [...]” (P4).

“[...] você, de uma forma ou de outra, você se sente na responsabilidade de conversar com o aluno sobre o que você está fazendo, né, e o quê que é aquilo ali e não, simplesmente, ele chega e escuta. Tem uma discussão com ele, né, do que aconteceu ali” (P5).

“A gente se beneficia a partir do momento que a gente tem que pesquisar, tem que ler muito, tem que estudar pra fazer a discussão com os alunos. Então a gente acaba se obrigando a saber um pouco mais” (P1).

Então, portanto, eu acho que a participação dos alunos numa instituição de saúde faz um trabalho dos dois lados, de mostrar pro aluno, conversar com

> ele em relação à saúde, né, como também a gente, nesse processo, repensar junto com eles o que nós oferecemos, como que nós nos organizamos, enfim, como a gente responde as necessidades [...]" (P3).

A reflexão sobre a prática condiciona os profissionais a desenvolverem um trabalho mais efetivo e criativo. Analogamente, os questionamentos feitos por pessoas que não se encontram "contaminadas" pela rotina é capaz de proporcionar mudanças e melhorias na postura dos profissionais em serviço.

> "O tempo todo você repete com outras palavras pro aluno aquilo que você tá fazendo, né, e isso de alguma forma é um espelho pra você, na sua intervenção mesmo. Então, reflete muito. Da forma como você fala com o usuário, tudo isso. E os questionamentos, que às vezes não passa, as perguntas que parecem bobas, assim, mas que tocam mesmo na forma como você atua, quando o aluno faz, né. Isso mesmo, é o espelho pra você da sua atuação [...]" (P2).

> "O aluno que tá fresquinho com a cabeça pensando nas coisas, olhando aquilo com uma certa distância, ele tem mais capacidade crítica, né, do que você que está totalmente mergulhado. Então, quando ele aponta alguma coisa, a gente toma pra gente, né, e aí eu já assisti casos do aluno apontar coisas e a gente mudar nossa prática, né, pra gente é importante. E a gente toma aquilo como uma coisa legal e que eu acho que é isso que contribui, que dá esse sangue novo pra gente também. E, às vezes, o próprio aluno permite a gente, pelo tempo que a gente tem curto, propor coisas novas, né, algum jeito de experimentar coisas novas e tem que ter um tempo maior e tal" (P3).

> "[...] isso implica um dinamismo que reverte pra gente e também pra um trabalho mais criativo [...]" (P3).

> "[...] eu já tive experiências riquíssimas com alunos. Até de bolar jogos, um tipo de jogo que é uma mistura de dois jogos bastante conhecidos pra usar com o paciente. Foi super interessante, né. Isso só foi possível porque teve uma dupla de alunas muito identificada e muito criativa nessa direção. Eu sozinha não teria feito exatamente aquilo [...]" (P3).

> "[...] Então, a reflexão do que você tá fazendo, porque que tá fazendo, pra quem que tá fazendo. É aquele momento pra eles ou não? Então são questões que os alunos trazem e aí a gente consegue pensar [...]" (P3).

> "[...] A gente também tem aproveitado os momentos de discussão com eles, através do PET, pra ampliar o nosso olhar, rediscutir a nossa prática cotidiana [...]" (P4).

> "Eu acho que o contato com o aluno, ele é sempre um estímulo pra estudar, o aluno vem com visões diferentes do que você tá vendo porque você tá imerso no trabalho e muitas vezes você não percebe seus vícios ou coisas que a própria comunidade tá fazendo e, às vezes, o aluno vem com outro olhar. Eu acho que é sempre um estímulo pra capacitação pessoal. Ter aluno por perto significa que vão ter questões, vão ter perguntas que, às vezes, você vai ter que dá conta e vai se estimular pra se manter atualizado porque você tá ali pesquisando junto com eles. Eu acho que isso é um estímulo. Não só via PET, mas outros programas ou a própria graduação na universidade. É sempre estímulo. E o fato de ter alunos com formações

> próximas faz a gente se mobilizar pra estudar, pra se manter atualizado" (P4).
>
> "Outro dia eu tava aplicando um flúor, aí uma aluna falou assim 'mas porque que aplica flúor?'. Aí eu falei 'cê não sabe?'. Aí eu descobri que era da enfermagem. Aí eu pensei 'o que eu vou explicar pra ela, né'? Então, sabe assim, qualquer bobagem, qualquer besteirinha. Que fica tão automático, cê vai fazendo, fazendo e não pensa mais no que tá fazendo. Cê faz e pronto. Eu cê fala 'eu vou me aprofundar mais, vou ver se tem alguma coisa mais moderna, de repente eu tô desatualizada, né'. Isso pra mim tem sido fantástico porque eu não quero pagar mico, né. Então, é muito legal, muito legal [...]" (P4).
>
> "Essa possibilidade de contato com os alunos que o PET forçou a gente a ter na rotina. Então você parar pra pensar sua prática e dividi o que cê tá pensando com os seus colegas de trabalho. Vê que as angústias são comuns, que, às vezes, não são comuns [...]" (P4).
>
> "Eu acho que a presença do aluno do PET nesses momentos individuais, consulta, visita e aí é individual mesmo, né, ele qualifica, ele qualifica pelo menos pra mim, ele qualifica porque eu tenho que fazer da melhor maneira possível. Eu tento naquele encontro do paciente com a família ou até com um encontro comunitário que ele consiga enxergar dentro daquele encontro os princípios da Atenção Primária. Então, eu tenho que mostrar pra ele, além da problemática que a gente vai discutir, do caso individual, o que é acesso, o que é vínculo, o que é contato. Então, cê vai tentando mostrar naquele encontro. Se o aluno do PET não estivesse aqui eu já entendo, eu já identifico, eu já sei por que tá na minha rotina, mas como ele tá, ele qualifica. Eu tenho que montar pra que aquele encontro seja o mais completo possível e naquele momento ele consiga identificar, reconhecer e, no segundo momento, a gente possa até aprofundar mais essas noções porque ele já reconhece, né. Então, 'eu já sei o que é isso, então vamo aprofundar porque a gente passou da fase de nomear e conhecer, vamo adentrar mais o campo'. Então, eu acho que quando o aluno do PET ele tá junto, ele qualifica todos os encontros" (P5).

Essas transformações, de maneira indireta, oferecem contribuições à melhoria do desenvolvimento do trabalho e da própria unidade. As falas a seguir reforçam isso:

> "[...] muda a organização da unidade [...]" (P4).
>
> "[...] e a gente da prática acaba criando essas condições de melhorar nosso trabalho assistencial" (P3).

5.1.2 Eixo 02: Conhecimentos sobre o SUS

Em concordância com as concepções dos preceptores, o SUS representa um marco na história da saúde pública brasileira. Além disso, ele é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, organizado em rede de serviços

com garantia de acesso universal e gratuito a todas as pessoas, constituindo um fator de democratização e distribuição equitativa dos recursos aplicados (Amoretti, 2005).

> "Para mim, o Sistema Único de Saúde que é o SUS, que tem 21 anos, foi um marco, né, quando ele foi pensado, porque antes disso nem todo mundo tinha direito à Saúde. Eram só algumas poucas pessoas, os trabalhadores que tinham, mas tinham que ter carteira assinada, então a maioria que não tinha carteira assinada ou que morava na zona rural ou outro lugar que não trabalhasse era visto como indigentes e com o sistema de saúde a gente abriu, né, a saúde para todos [...]" (P1).

> "Deu acesso à população que antes não tinha acesso à saúde, então muita gente que hoje não paga convênio, não tem acesso à instituições privadas, têm acesso à saúde pelo SUS porque antes não acontecia isso. Você pagava ou você era trabalhador [...]. Hoje todo mundo tem acesso à saúde [...]" (P1).

Como um sistema em permanente construção, o sistema de saúde brasileiro requer a participação e a atuação contínua dos seus atores tendo por finalidade aperfeiçoá-lo. A denominação Controle Social refere-se à participação da população no setor saúde e direciona à sociedade o direito e o dever de colaborar com o debate e com a discussão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde (Ceccim; Feuerwerker, 2004), o que denota a importância da influência da população nesse processo.

Na visão de preceptores e alunos, os usuários desconhecem o sistema e eximem-se do dever de participar ativamente no setor saúde, como convergem as falas a seguir:

> "Tem sempre que tá batendo na mesma tecla, explicando pra população, né, como funciona o SUS, o que é o SUS, porque realmente, por mais que a gente fale, eles ainda não entendem, né, acham que tá ruim as coisas e não pensam como era antes, então é sempre bom" (P1).

> "[...] É que o que falta ainda é a população entender o que é Sistema Único de Saúde pra cobrar sim, porque tem as questões que não são legais e precisam ser cobradas, mas não ser visto como algo que é ruim [...]" (P1).

> "[...] um pouco do imaginário das pessoas é que o postinho de saúde é aquela coisa feia que ninguém pesquisa, ninguém faz nada e não é bem isso, é a complexidade das pessoas, a vida das pessoas [...]" (P3).

> "[...] é um mero local escondidinho lá no canto que só vai fazer um atendimento de mínima qualidade, ou seja, que as pessoas não precisam tanto assim e o que elas precisam mesmo é de hospital [...]" (P3).

> "[...] tem coisa que a gente sabe que é difícil [...]. Então tem coisa, assim, que a população taxa muito [...]" (P4).

> "É polêmico entender porque que tanta, porque é visto como um sistema ruim. Porque que as pessoas veem que não funciona. As pessoas olham e falam 'não, o SUS não funciona' e só a gente tem que tentar convencer isso" (A2).

> "Eu só acho que a população, ela fala assim 'é público, é ruim'. Já existe esse conceito da população 'ah, é público, é ruim. Eu vou esperar muito' [...]" (A1).

> "E muitas vezes a população nem sabe que no posto de saúde que eles frequentam tem uma equipe odontológica, um dentista, dois dentistas. Tem gente que não sabe" (A1).

O estudo de Backes et al. (2009), com usuários de UBS de Florianópolis, apresentou resultados semelhantes e evidenciou que existe uma visão estigmatizada do SUS, por parte dos usuários, associada à condição socioeconômica, configurando o SUS como o "sistema dos pobres", com desqualificação e desinteresse profissional.

Segundo os mesmos autores, os gestores e a classe política encontram dificuldades no sentido de formular estratégias eficazes para informar a população sobre os seus direitos e, agravando o quadro, a população manifesta desinteresse quanto a formas mais ativas de participação, já que ao sentir-se um sujeito de direitos, esqueceu-se do seu dever como co-gestor do sistema. É essencial desenvolver uma consciência política dos usuários para que não se tornem meros receptores das propagandas governamentais.

Além disso, é indubitável o papel exercido pelos profissionais de saúde na reconstrução e no aprimoramento do sistema. Mesmo os profissionais que não se encontram inseridos diretamente nos serviços de saúde pública precisam da compreensão de que o SUS é o sistema único do Brasil e que todas as ações de saúde desenvolvidas estão, de alguma forma, ligadas à ele, implicando a necessidade de entendimento sobre sua organização.

Os próprios profissionais envolvidos no estudo apontaram desconhecimento e falta de informação sobre a dinâmica do SUS por parte de outros profissionais de saúde.

> "[...] Até mesmo os profissionais ainda não entendem direito o que é o SUS" (P1).

> "Eles (os profissionais de saúde) não entendem" (P1).

> "E antes deles entenderem, os profissionais também têm que entender isso" (P1).

Os usuários e parte dos profissionais de saúde não se reconhecem como agentes do processo, comprometendo a organização dos serviços de saúde (Fleury, 2009). Todos os atores sociais precisam estar engajados e comprometidos com a luta pela transformação (Backes et al., 2009). Deve-se ampliar a consciência sanitária para possibilitar o consenso ativo dos cidadãos (usuários e profissionais) nesse processo transformador (Fleury, 2009).

A problemática se intensifica ao se tomar consciência das percepções que os alunos dos cursos da área de saúde, futuros profissionais, têm acerca do SUS. O entendimento deles sobre a lógica do sistema localiza-se distante da realidade. Foram apontadas deficiências em termos curriculares unidas à inexperiência desses atores, enquanto usuários, com o serviço de saúde, como responsáveis pelo desconhecimento.

> "Não só na questão teórica, né, da formação, mas como pessoas mesmo eles não tinham experiência. A maioria nunca tinha usado o serviço. Então nem a parte teórica e nem enquanto usuário, uma vivência pessoal. Então o postinho se resumia em vacina" (P2).
>
> "[...] Chegaram (alunos) aqui crus, assim, num nível absurdo [...]" (P1).
>
> "Falta de atendimento e sala de vacina era o que resumia o posto de Saúde, né, pra todos os alunos e não só enfermagem. Como a gente acabou pegando também alunos de primeiro ano, eles também tavam muito crus, assim, né, mas eles tinham uma breve noção, assim, do que era" (P2).
>
> "Isso é um fato. Inclusive a experiência pessoal deles era nenhuma. Eles não frequentavam o sistema, né" (P2).
>
> "[...] eles vêm sem nenhuma noção do que é Saúde Pública e aí eu acho que cabe um pouco a gente despertar essa história. E a gente tem conseguido, de certa forma, mostrar pra eles dentro do espaço que eles têm, né [...]" (P3).
>
> "[...] Aí, realmente a ideia da aluna, o único momento era o Jornal Nacional. Não dá! Não sabe nem o que significa a sigla SUS. Eu realmente fiquei assustada!" (P2).
>
> "[...] às vezes o aluno não sabe nem o que significa a sigla SUS [...]" (P4).
>
> "[...] A gente nota que tem alunos que vem e tem essa mentalidade da Atenção Primária que é só curativo, só vacina e a nossa área de contato é extremamente grande [...]" (P4).

Vale ressaltar, para agregar elementos a essa reflexão, que um determinado trabalho aponta que muitos estudantes de odontologia não se consideram usuários do serviço de atenção à saúde porque não compreendem a diversidade de ações

desenvolvidas e acreditam que elas estão restritas ao âmbito assistencial (Lucas et al., 2011).

Os preceptores acreditam que o período do curso em que o estudante encontra-se matriculado, possui uma relação direta com o grau de entendimento sobre os serviços de saúde.

> "Eles tão preparados também, porque esse grupo de alunos é bem um grupo heterogêneo, né, é um grupo do primeiro, segundo ano, do quarto ano, os do PET. Então, tem aluno que ainda nem teve a disciplina de Saúde Pública, né, e tá ingressando no PET. Então ele vem muito mais cru do que aquele que tá no último ano" (P3).
>
> "Alguns não vem com nada, outro já vem mais carimbadinhos, assim" (P2).
>
> "A enfermagem definiu que só alunos de primeiro ano vão entrar, eles vem com determinado perfil. Aqui dentro já entram com SUS de sobra no primeiro ano, mas ainda assim, eles estão entrando junto aqui. Aí entra o quarto ano, o quinto ano da psico" (P2).
>
> "[...] às vezes eu acho que o aluno do PET, dependendo da fase que ele ingressa, por exemplo, ou o tempo que ele tem que sair, às vezes por uma questão do momento da graduação, ele tem que sair, né, cumpre aquele período todo lá. Dependendo então da hora que ele entra e da hora que ele sai, ele acaba perdendo um pouco dessa possibilidade de enxergar esse processo longitudinalmente, né. Tem essas questões" (P3).
>
> "E tem outra coisa, tem aluno que nem teve matéria da área. Ele entrou na odonto, ele nem tem ainda ideia do que é. Tem lá o certo ideal do que seja o odontólogo e aí, de repente, ele se vê no PET" (P3).
>
> "[...] É interessante também você pegar alunos que nunca participaram do PET e quando você pergunta 'e aí, cê tem uma afinidade com a Atenção Básica?' e o cara fala assim 'ah, não sei, tô pensando e tal'. Aí você pega o aluno que tá no primeiro ano, que é o caso da enfermagem, tanto aluno tem interesse mas só o primeiro ano tá participando e você pega uns alunos que você tem que botar pra fora da UBS [...]" (P4).

Na especificidade do PET-Saúde USP Capital, são selecionados alunos matriculados nas disciplinas que são vinculadas ao Programa (quadro 2.3). Essas disciplinas se distribuem em períodos diferentes nos diversos cursos. No relatório do PET-Saúde USP Capital se considera essa heterogeneidade positiva, por facilitar a integração de alunos em diferentes períodos da graduação.

Para citar um pensamento divergente e evidenciar a heterogeneidade da organização do programa pelo país, o PET-Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) privilegia a participação de estudantes dos primeiros períodos dos cursos, acreditando na importância de se estimular a iniciação à prática

profissional desde o começo da formação, quando os alunos apresentam um perfil mais receptivo ao que propõe o PET-Saúde (Amaral et al., 2011).

A chamada “Grande Mídia” brasileira, indiscutivelmente, contribui para reforçar imagens negativas relacionadas ao SUS, ao veicular, correntemente, informações que denigrem a fotografia do sistema de saúde brasileiro. É frequente a exibição de matérias e reportagens que mostram as intermináveis filas em frente às UBS, os erros médicos, a falta de humanização no atendimento, dentre outros aspectos negativos. Uma busca simples na internet foi capaz de exibir inúmeros exemplos para comprovar essa assertiva. Ao descrever a experiência da disciplina de Ciências Sociais aplicada à Saúde da Faculdade de Odontologia da UFMG, que proporciona a diversificação dos cenários de aprendizagem, Lucas et al. (2011), explicitam que as informações que a maioria dos alunos tem acerca do SUS são aquelas veiculadas pela mídia. Os trechos abaixo confluem para certificar essa inferência:

> “[...] Porque hoje em dia a gente sabe que na mídia o que mostra, mostra só as coisas erradas, mas ninguém para pra pensar nas coisas boas que aconteceram e acontecem quando, né, nesse período que o SUS existe [...]” (P1).
>
> “A única ideia que eles tinham de SUS era o Jornal Nacional que não é, exatamente, uma ideia muito boa, no final das contas, eles achavam que o posto era alguma coisa meio, filas quilométricas, sujeira no chão, ou sei lá, uma visão bastante negativa” (P2).
>
> “[...] Todo mundo sabe o que é aquilo pelo que escuta na mídia [...]” (A1).

Além disso, no entender dos preceptores, existe uma visão estereotipada do trabalho no SUS, configurando-o como um setor desfavorecido para a inserção profissional.

> “O estigma que existe, ele simplesmente existe, ou são pessoas que não querem trabalhar no final de semana ou estão pra se aposentar ou são pessoas que não sabem nada” (P1).
>
> “[...] E ainda tem um preconceito, fala assim: ficar na Atenção Primária é pra quem quer se aposentar, porque já se...não sei se vocês já ouviram isso, mas tinha, né, tem esse tabu. Então Atenção Primária era pra quem já tinha trabalhado bastante e tinha que se aposentar” (P1).
>
> “[...] acham que aqui tem um monte de hippie que não gostava de estudar e por falta de opção veio pra cá trabalhar na Atenção Básica. Isso é um pouco da visão que é reproduzida pelo modelo e reforçada pela universidade” (P4).

É recorrente a visão preconceituosa do sistema não funcional e utópico. Não se constitui em árdua tarefa encontrar na literatura estudos que evidenciaram fatos análogos. Por exemplo, os estudantes de odontologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) ao tecer considerações sobre o serviço oferecido pelo SUS, declaram, em sua maioria, que o atendimento disponibilizado não é eficaz e não atende às necessidades da população, mesmo sem ter tido contato prévio (Cavalcanti et al., 2010).

Outro estudo que abordou as percepções de alunos de odontologia em relação a sua prontidão, aptidão e desejo de trabalhar com os princípios da ESF tornou patente que os alunos correlacionam a ESF como uma ação direcionada às camadas desfavorecidas da sociedade, não se voltando ao sentido de busca da equidade, mas desvalorizando-a, conceituando a estratégia com uma "atenção pobre para pobres" (Sanches et al., 2008).

Durante as entrevistas, o PET-Saúde foi mencionado como um dispositivo capaz de impelir a conversão desses fatos. Ou seja, acredita-se que o programa proporciona uma melhor percepção acerca do SUS, especialmente da APS (Frossard et al., 2011; Oliveira; Coelho, 2011; Souza-Neto et al., 2011), quebrando ideias e opiniões desfavoráveis criadas *a priori.* Ao romper os pré-conceitos no momento em que se deparam com a realidade, concebida previamente como irreal, os alunos desmistificam o serviço público de saúde, o que ocasiona surpresa e admiração.

> "Eu acho que, às vezes, assim, por exemplo eu, antes de entrar no PET, eu tinha um pouco de preconceito com o SUS. Achava que era um sistema que não andava, que era um sistema que não tinha mais jeito, que era só uma forma de o governo, sei lá, mascarar através da parte só teórica do SUS, mascarar isso como a realidade, né, do sistema. Só que a gente entra em contato e a gente vê que não é assim. Existem organizações, organizações não, existem formas organizadas dentro desse sistema, existem, ele funciona sim" (A2).

> "Outra coisa que eu vi como oportunidade de formação é ver que realmente é, por exemplo, ver o dentista trabalhando num posto [...]. Uma coisa que serviu muito do PET é que eu vi que muita coisa que eu achava que não funcionava, funciona e todo mundo trabalha e coisas que achava que nunca funcionariam" (A1).

> "[...] o SUS não era sempre aquilo, que o SUS não é sempre o que falam [...]" (A1).

> "[...] Acho que tudo tem que ser repensado e isso ficou bem claro pra mim quando eu participei do PET [...]" (A1).
>
> "Eu também, eu também tinha muito preconceito, ainda mais por causa da minha família, né, me passa isso. Então, antes de eu entrar no PET eu falei: 'nossa, que será que eu vou vê?' [...]" (A2).
>
> "É outra realidade, né" (A2).
>
> "[...] o que eu penso é que eu achava que era, realmente, uma coisa muito inferior, muito, assim [...] (A1).
>
> "É. E é uma realidade que não é absurda do jeito que certas pessoas imagina, que, talvez se todo mundo tivesse a oportunidade de conhecer, que a gente teve, que a gente tem, melhor dizendo, eu acho que ninguém, né. Eu acho assim, tá longe de ser o ideal, mas o progresso tá acontecendo, é constante. São pequenas coisinhas, mas tá progredindo" (A2).
>
> "Eu imaginava que era uma coisa meio bagunçada, assim, desorganizada. Eu cheguei lá, fui conhecer o setor, ele é dividido em zonas, assim, por cores, né, cada família tem um agente de saúde. Assim, eu achei bem legal. Na minha opinião, era bem pior, sei lá, quem chegar chegou e é atendido, não, não é assim, sabe" (A2).
>
> "[...] Mas, eu tinha uma noção de SUS, UBS, tinha uma noção totalmente errada [...]" (A2).
>
> "[...] você percebe que o SUS não é aquela visão que você tinha de TV, que nada funciona, você percebe que o SUS é muito mais amplo [...]" (A1).
>
> "Pois é, sabe. Eu acho que isso que é o grande lance mesmo do PET que você tem que ver como é, pra se você um dia for entrar na Unidade Básica de Saúde pra trabalhar lá, você vai ver que não é do jeito fácil, acho que é assim que tem que ser" (A2).

Situação semelhante foi relatada por Lucas et al. (2011) quando se referem aos alunos de odontologia que, após o reconhecimento dos campos de prática, substituem as percepções negativas registradas sobre o SUS por percepções mais positivas e de surpresa.

O PET-Saúde assegura o acercamento com as minúcias da organização da ESF. Os participantes, nas suas mensagens orais, explicitam o conhecimento adquirido pelos alunos. Alguns deles expressam espanto ao descobrir que atuação encontra-se muito além da realização de procedimentos clínicos. Mesmo sem mencionar os termos, os alunos exprimem aspectos relacionados ao vínculo, ao acolhimento, a organização da estratégia, a resolubilidade e a realização de atividades de educação em saúde.

> "Um aluno PET foi com uma preceptora e mais duas pessoas do NASF numa reunião lá no Peri-Peri pra entender essa coisa da rede e do serviço.

Então, ela ficou assim ‘nossa, que maravilha! Vocês saem daqui e vão até lá’. Tinha pelo menos umas doze, treze pessoas e outro que foi até o CAPS e falou ‘nossa, mas cês saem de lá e vêm até aqui pra discutir um caso’. E essa coisa é importante” (P5).

“[...] Talvez o PET seja uma oportunidade mesmo de falar ‘olha, o dentista faz isso também? Eu não sabia’ ou ‘o enfermeiro também faz isso’ ou o dentista olhando o trabalho do médico ‘nossa, eu não sabia que o médico ia andar na rua também, ele vai de casa em casa, ele vai fazer grupo na comunidade, ele vai falar de aleitamento, é muito mais amplo do que eu imaginava’, né. Eu acho que até pro aluno, talvez, seja um reflexo dessa surpresa o quanto que é abrangente essa ideia [...]” (P4).

“De vez em quando ocorre, eu não sei qual é o período que ocorre essas reuniões, mas os agentes de saúde é que fazem as visitas. Eles se reúnem com os enfermeiros, com os médicos e eles discutem sobre os moradores, na verdade. A pauta dessas reuniões são os moradores. Então eles se dedicam bastante, se preocupam” (A1).

“[...] Uma coisa, assim, que me, que eu me identifiquei muito, é que ela faz alguns projetos em escolas públicas, perto da, nessa região aqui, né e isso é muito legal [...]” (A1).

“Existe um acompanhamento. O que me deixou fascinada é o fato de existir esse acompanhamento, sabe. Os Agentes de Saúde, eles fazem o pessoal ir lá, bater na porta e ‘e aí, tá tudo bem?’, isso é muito legal, isso é realmente revolucionário. Pra nossa realidade de décadas atrás, isso nunca seria possível, mas é muito legal. Esse conhecimento eu só tive através do PET” (A2).

“Acho que o legal também dessa discussão é que os próprios agentes comunitários são pessoas que moram nessas regiões, né, então fica mais fácil [...] a agente comunitária passa muito mais do que o trabalho dela. Ela tá ali também como uma moradora [...]. Então, eu acho que isso facilita muito o contato entre a população e o profissional de saúde” (A1).

“Na frente da nossa UBS tem um, como se fosse um parquinho, assim, com equipamentos pra idosos, um monte de coisas assim. Que o educador físico ele instrui, reúne sempre uma população mais idosa, instrui. O educador físico sempre vai lá. Tem atividades assim sete horas da manhã, oito horas da manhã que é caminhada no Parque dos Príncipes, caminhada até o lugar tal” (A1).

“[...] E lá, assim, são diversos profissionais que se juntam, inclusive com os agentes da saúde e eles sempre atualizam, sempre atualizam o que tá acontecendo na vida de quem, que aconteceu isso ontem, anteontem, atualizam na ficha, no sistema. Então, os médicos, os doutores, psicólogos, enfim, todo mundo, tá super por dentro do que que acontece [...]” (A1).

“Eles são super reconhecidos. Super reconhecidos. A população tem muita consideração por eles, né, e aí eles paravam pra cumprimentar o bairro inteiro porque todo mundo conhece eles. Tem uma proximidade muito grande que eu fiquei besta porque até então eu achava que médico era muito distanciado da população. Que era mais os enfermeiros mesmo que eram mais próximos e na nossa UBS a gente viu muito ao contrário, tanto enfermeiro, quanto médico, psicólogo, eles são muito próximos da população. Eles são muito conhecidos da população. Todo mundo sabe, ah esse tal médico, todo mundo conhece todo mundo [...]” **(**A1).

> "Por exemplo, tal agente da micro área azul, ela vai colocar em pauta todos os problemas dos moradores pra discutir junto com os médicos. Então tem essa comunicação entre os dois" (A1).

> "Eles têm várias reuniões. Semanalmente eles têm reuniões, reunião entre as equipes" (A1).

Alguns alunos se surpreenderam ao descobrir que os profissionais do serviço desempenham suas atribuições com dedicação e empenho e dominam uma gama enorme de conhecimentos. Ao contrário do que eles presumiam, foi perceptível que o trabalho na UBS exige profissionais preparados e qualificados devido à complexidade da organização.

> "Na nossa UBS eles sabem muito bem como funciona todo o esquema e são muito bem preparados pra atender a demanda que vem. Eles sabem, não sei, eles são bem instruídos, assim, pra atender" (A1).

> "[...] eu percebia que eles usavam o máximo de recursos que eles podiam e os profissionais também se doavam muito para o trabalho. Eles faziam atividades sábado que é um dia que eles não precisavam tá lá. Às vezes até domingo, se precisasse eles iam pra UBS, ficavam depois do horário. Era uma coisa muito assim. A nossa UBS foi uma coisa que eu não esperava que eu ia ver e lá era dessa forma [...]" (A1).

> "[...] a impressão que eu tinha é que não se tentava fazer nada, que ninguém tentava melhorar aquilo, [...] eu achava que nenhuma instância tinha vontade de fazer. Eu achava que o próprio funcionário também não queria fazer nada e quando eu cheguei eu vi que não era isso [...]" (A1).

> "[...] Os caras trabalham muito" (A2).

> "(Os trabalhadores de saúde) Trabalham muito mesmo" (A2).

> "[...] Tinha muita enfermeira e as enfermeiras trabalhavam muito" (A1).

> "E os médicos que tem, eles trabalham muito, assim, muito" (A1).

Ambos os sujeitos incluídos nessa parte do estudo – alunos e preceptores – supõem que os trabalhadores dos serviços de saúde são destemidos e intensificam suas forças no sentido de superar as dificuldades impostas e proporcionar uma atenção efetiva.

> "[...] toda qualidade vem do esforço gigantesco dos trabalhadores que tão envolvidos nos cuidados. Então cê vê que tem muita gente séria trabalhando, se esforçando pra que tudo dê certo, mas assim, a gente dá o sangue pra que tudo dê certo, falta infraestrutura, falta um monte de coisa e... mas a gente faz o máximo pra que tudo dê certo. Ele é muito trabalhador dependente, eu acho. Se você quiser vir e não fazer o que você tem pra fazer, é fácil também, mas se eu achar e ter responsabilidades, acho que a gente consegue fazer um trabalho muito bom como profissional, mas muito bom. Pelo menos aqui nessa unidade, todo mundo é muito

> comprometido e a gente consegue fazer um trabalho bom, apesar de tudo" (P1).
>
> "Vai além das dificuldades, né. A gente tenta ir além das dificuldades" (P1).
>
> "Em relação ao trabalho do pessoal de odontologia, eu observei que eles realmente se esforçam, né [...]. Eu vi que os dentistas, eles tentam fazer o máximo pra consegui atender" (A1).

O programa proporciona aos alunos a oportunidade de conhecer o trabalho de outras categorias profissionais, dentro da dinâmica do trabalho interdisciplinar, no cerne de uma UBS. Alguns deles são despertados para outras possibilidades de atuação profissional, incluindo o desejo de mudar a categoria de formação, como exemplifica o recorte a seguir:

> "Tem uns que, ele é da odonto e ele ama a farmácia. Ele odeia a sala de odonto e ele já falou que ele não suporta atendimento, quando a gente começa a atender ele vai embora, detesta. Eu não sei o que fazer, só sei que é uma graça. Eu tinha implicância com ele, achava ele diferente, né, mas ele é uma graça, um menino super inteligente, só que ele nasceu pra ser da farmácia, esse é o problema. Sabe que teve uma dessas que ficou lá sugando que ela se apaixonou pela odonto, ela é da enfermagem. Aí já começou a pensar na possiblidade de mudar" (P4).

O contato com os serviços gera o conhecimento do mundo real e, como tal, acarreta o conhecimento também dos aspectos negativos. Alguns estudantes revelaram descontentamento com a "nova realidade", principalmente no que se refere ao trabalho desenvolvido.

> "[...] Mas a odontologia foi muito triste pra mim, ver qual é a visão do governo, ver como é a odontologia pro serviço público, não sei se só no caso das UBS, que foi a oportunidade que a gente teve [...]" (A1).
>
> "Falta muita coisa pra ficar ideal" (A1).
>
> "Não. Na verdade, eu não sei você, mas eu não tô convencida que é as mil maravilhas, não tô. Eu vou lá e eu vejo muita coisa que me desagrada. Se não o Lula ia tratar o câncer dele no SUS, né, mas ele não vai. Por quê? Porque tem um monte de coisa errada e ele sabe que pode morrer. É verdade, gente. Até os próprios presidentes sabem que não é a melhor coisa, que não é o SUS" (A2).

A inserção no serviço proporcionou a aproximação com profissionais desmotivados e decepcionados com o tipo de trabalho desempenhado, funcionando como intensificador e certificador das construções negativas nos ideários dos alunos.

> "Eu escutei um caso da dentista que trabalhava lá que ela comentou que pra ela é decepcionante, que realmente ela só estava esperando o tempo de se aposentar e, assim, ela amava a odontologia, é uma coisa que ela gostava, só que trabalhar lá foi uma experiência que fez, porque ela tirava dinheiro do bolso dela pra ela seguir alguma que ela acreditava [...]" (A1).

Um estudo realizado com trabalhadores de ESF em um município do Rio Grande do Sul evidenciou que existem desafios cotidianos na rotina do trabalho que acabam por afetar todas as dimensões da vida dos trabalhadores (Azambuja et al., 2007). O autor concluiu que ocorre sobrecarga de atividades e *stress*, além da ocupação do tempo destinado à família, ao lazer e ao cuidado de si. O trabalho pode proporcionar angústias devido às responsabilidades assumidas e a impotência sentida na resolução dos problemas sociais, políticos, econômicos e ambientais presentes na comunidade.

As falas a seguir mostram que o conhecimento dos aspectos negativos gera inquietações e pode colaborar para encorajar e estimular os futuros profissionais para trabalharem em prol da melhoria dos serviços de saúde bucal. O conhecimento do real prepara o profissional para enfrentar as adversidades e conceber um trabalho criativo.

> "[...] Então isso acho que serviu muito, assim, pra gente vê como tá a odontologia fora do que a gente sabe, tipo consultório, da faculdade, da visão que a gente tem. Acho que no consultório também as pessoas acabam tendo uma visão melhor. Só que agora o sistema público. Uma coisa muito triste, né, porque a pessoa tem uma dor de dente, o que ela faz, né? Ela precisa de um tratamento restaurador ela não tem. Ela precisa de uma prótese, ela não tem. Então acho que isso serviu e pra muitos tem que servir como motivação pra tentar mudar essa situação, mostrar o quanto a gente é importante mesmo" (A1).

> "[...] E eu falo por mim que teve muitos momentos, assim, que eu pensei em fazer alguma coisa pra mudar mesmo. Tentar mudar um pouco o que eu vi de errado ali [...]" (A1).

> "É legal e a gente também fecha os olhos diante das adversidades, né. Porque, apesar da gente saber que tem pouco recurso e que isso vai perdurar durante muito tempo porque a gente sabe que a gente tá no Brasil e que não é fácil, tem umas certas burocracias que são impostas pra se conseguir as coisas, né. Mas, apesar disso tudo, a gente, ainda assim, quer trabalhar. Não é que a gente releva os problemas, é que a gente sabe que a gente vai saber lidar com eles muito melhor do que uma pessoa que tá crua, assim 'ai, meu Deus, como eu vou lidar com esse tipo de gente'? É verdade, porque isso tem muito aqui. Então, a gente vai saber como lidar, a gente não vai ter um ataque de nervos quando a gente vê que tá faltando um IRM, aquela coisa básica, assim. A gente vai saber lidar com essa situação, 'é essa a minha realidade'" (A2).

> "Não, mas é verdade isso daí. Eu achei muito legal porque eu me lembro ainda duma primeira aula que eu tive aqui na faculdade e eu me lembro que apareceu, um professor colocou um foto duma boca que parecia que tinha lodo na boca. Só pra ver o estado de limpeza que estava. E eu me lembro de uma menina que tava sentada do meu lado e falou assim 'nossa, mãe! Eu nunca, nunca na minha vida quero ver uma boca assim no meu consultório'. Aí quando eu fui pra UBS, o que eu vi de boca assim. Eu disse 'gente, como as pessoas são tão mal preparadas, não sabe que isso é tão comum?'" (A2).

Foi relatado, por uma aluna, um caso em que ela se sensibilizou demasiadamente com uma paciente gestante com necessidade de tratamento odontológico. Ao perceber que o atendimento da paciente não estava sendo priorizado, devido a grande demanda da unidade, ela decidiu ajudá-la a encontrar assistência gratuita fora do serviço, por intermédio de conhecidos que exerciam a odontologia em consultório privado. Apesar da frustração da aluna ao ouvir da gerente da UBS que sua atitude, mesmo que bem intencionada, poderia ocasionar problemas para o funcionamento efetivo da UBS, a experiência foi exitosa no sentido de ampliar o olhar sobre a organização do sistema. Segue parte do relato feito pela a aluna:

> "[...] ela falou que tinha 22 anos e a maioria dos dentes já cariados, perto da gengiva, sabe, desgastados [...] impactou aquilo lá [...] ela tava no sétimo mês de gestação [...] e ela ficou lá até o sétimo mês da gravidez sem um acompanhamento [...]. A gerente disse 'não adianta você solucionar o problema dela, se você ajudar, você pode se prejudicar porque outras pessoas vão achar que você tem o dever de ajudar as outras também e isso vai acabar passando pra família dela, pra comunidade e pode virar um fator problemático'. Outras podem perguntar por que também não tem direito se também fazem parte do grupo de gestante, por exemplo. Então, a situação ideal seria a gente vê o que aconteceu com o nosso sistema, ver o que tá acontecendo com os nossos encaminhamentos e porque que essas orientações não estão sendo adequadas e a pacientes entrar nesse estado de falar 'poxa, foi no quarto mês que eu procurei, já tô no sétimo e nada acontece'. Então, isso foi uma experiência, assim, que pra mim, tipo, mesmo que você queira abraçar um paciente, qualquer paciente que seja, você tem que seguir um protocolo pra você não acabar gerando um problema maior só por causa de uma paciente (A2).

Ao serem induzidos a estabelecer uma comparação entre o trabalho realizado pelo cirurgião-dentista com as atribuições de outras categorias profissionais, os alunos aludiram a odontologia como desprestigiada, principalmente em relação à medicina, como confluem dos discursos a seguir:

> "É que a gente, às vezes, tem o material e a gente não consegue trabalhar. Existe essa questão assim. Por exemplo, as condições do farmacêutico podem não ser ideais, como não vão ser ideais as do médico, do psicólogo,

> do nutricionista, nada vai ser ideal, [...] a gente sem o equipamento não consegue trabalhar. Então eu acho que o desprestígio, não sei se é um desprestígio, mas assim, a gente não tem o que precisa, então a gente acaba sendo os mais prejudicados na UBS porque pro médico basta uma cadeirinha. Se ele quiser ficar de pé, ele consegue atender. Ele só precisa ver o paciente, ter um esteto, um esfigma e pronto. Agora, a gente não. A gente se não tiver nossas condições não tem o que fazer [...]" (A1).
>
> "[...] quem atende, quem tá lá na sala de consulta, não é o médico, é o técnico de enfermagem. O médico só tá lá pra assinar o documento, nem pra assinar o remédio que vai passar, sabe? Porque ali é uma enfermeira, o médico tem que prescrever. A enfermeira escreve tudo e depois tem um bloco de coisa pra ele assinar, só isso. Eu achei isso um pouco complicado. Pra medicina eu não sei se é desprestígio, mas eles trabalham bem menos do que a gente. Muito menos do que a gente, assim. Eles praticamente não atendem. Eles tão ali como apoio mesmo. Quem atende mesmo são as enfermeiras e as técnicas de enfermagem [...]" (A1).
>
> "[...] O médico quase não aparece, eu vi pouco médico [...]" (A1).
>
> "[...] eu acredito que o desprestígio seja maior na parte da odontologia por causa dos equipamentos que a gente usa, que é muito caro e, às vezes, o governo não tem a condição de bancar tudo isso, né [...]" (A1).
>
> "[...] Mas o médico, o enfermeiro, essas coisas, eles não dependem da quantidade de equipamentos que a gente precisa. Então, eu acho que isso se torna um problema muito mais agravante pra gente porque é tudo muito caro, muito dispendioso pra gente tá trabalhando no sistema público, onde tem coisas que são realmente necessárias fazer e você tem que se virar com as coisas que são baratas [...]" (A1).

Todas essas percepções e inquietações se tornam possíveis devido ao movimento constante que os alunos, de todos os cursos envolvidos, realizam entre o "mundo real" e "mundo estudado", ou seja, existe articulação da teoria aprendida nas salas de aula com as práticas estabelecidas no interior das UBS, o que facilita e auxilia, significativamente, no processo de ensino/aprendizagem.

Segundo Freire (2004, p. 22):

> A reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação teoria/prática sem a qual a teoria pode ir virando blábláblá e a prática, ativismo.

As atividades práticas proporcionam a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes condizentes com o mundo real (Badan et al., 2010). Um trabalho que objetivou traçar o perfil do estudante de odontologia da UFPB no que diz respeito aos seus anseios frente à atuação no mercado de trabalho, interesse sobre o campo da saúde coletiva e auto percepção da formação acadêmica concluiu que 65,1% dos estudantes consideram os estágios na rede básica como

indispensáveis para facilitar a apreensão da rotina de trabalho no SUS (Cavalcanti et al., 2010).

Oliveira e Coelho (2011), em estudo desenvolvido com alunos de PET-Saúde da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), alegaram que uma das potencialidades do Programa é a oportunidade de inter-relacionar a teoria com a prática, auxiliando na compreensão da realidade social, cultural e econômica das áreas em que se desenvolvem as atividades.

As falas abaixo ilustram a importância atribuída à inter-relação da teoria com a prática para efetivar o processo de aprendizagem:

> "[...] Eles viram como é que funciona e não ficaram lendo. E só na reunião, a cada três semanas é que a gente discute a teoria, mas como eles já viram, eles ficam muito empolgados pra discutir, né. Diferente do que a gente fazia lá, que era entregar o texto e discutir" (P1).
>
> "Era algo irreal, né, eles ficavam fantasiando. Agora eles ficam, né, na realidade e já conseguem fazer essa crítica em cima da leitura. E eles se empolgam" (P1).
>
> "O que eu percebi com o pessoal que eu acompanho, o pessoal de enfermagem, que eles comparam bastante o que eles aprenderam na teoria com os que eles obtêm aqui" (P2).
>
> "[...] Outro dia eu tava até falando da enfermagem aí no final ela falou assim 'nossa, que legal, vocês tão falando o que realmente os livros falam pra gente, o que os artigos tão falando pra gente'" (P3).
>
> "[...] É completamente diferente, por exemplo, você ler um texto sobre territorialização e sair pra visitar o território no mesmo dia com o aluno e discutir a relação pelo lado prático do que experiência que eles têm com esses mesmos temas num curso formal. Por exemplo, que é o que vincula eles ao PET. Isso pra mim foi muito satisfatório [...]" (P4).
>
> "[...] Constam como positivas a apresentação da Atenção Básica, a gente fala SUS, mas o foco aí é a Atenção Básica, o que é uma coisa sensacional porque a gente tem uns conceitos teóricos, mas eles vivenciam nossa prática porque o PET propicia isso [...]" (P4).
>
> "[...] Eu acho que isso vale muito, assim, pra gente ver e perceber onde tão os problemas do SUS porque a teoria do SUS é perfeita. Se você for ver, que país tem um sistema desse criado? Só que, lógico, muita coisa pra gente evoluir e, a gente, eu acho que ajudou muito pra gente perceber aonde existem algumas falhas nesse sistema, né. A gente pode ver. Porque as vezes, na graduação, apontam pra gente, é uma falha. Mas pra gente, às vezes não faz sentido [...]" (A1).
>
> "[...] mas o que eu acho que o difícil pra o aluno, enquanto aluno de graduação, é consegui entender a dimensão disso e o que tem a ver uma coisa com a outra, né, a gente vai pra prática no sistema público, a gente aprende o que é SUS não sei o que lá, mas na hora de juntar tudo e ver como a coisa funciona, eu acho que na graduação ainda é um pouco difícil,

> mesmo quando a faculdade tendo isso. A integração do conhecimento do aluno com a prática, aí tem bastante dificuldade" (P5).

Os alunos admitem que a exposição teórica dos conteúdos e a vivência nas clínicas da faculdade não são suficientes para proporcionar um conhecimento efetivo, real.

> "Eu acho isso fundamental. Você poder viver o que é o serviço público porque o que a gente tem em aula, na verdade, eu acho que não é o suficiente, sabe? A gente tem aula e, muitas vezes, assim, rola um preconceito com as aulas de sociais, tipo 'ai social, o serviço público eu já sei o que que é' [...]. Então, poder entrar numa UBS, ver como é, como funciona, o que tem na farmácia, os medicamentos, tudo assim, sei lá (A1).

> "É que na teoria tudo é muito o bonito, né. No papel tudo é muito bonito, funciona muito bem e aqui a gente aprende o que funciona, o que tá acontecendo, o que é a proposta. Só que quando a gente chega na UBS, é bem diferente da teoria. Então o que a gente tá aprendendo aqui, eu acho que a gente aprende muita coisa nas aulas de sociais, pelo menos pra quem quer, porque a gente tem muita disponibilidade de matéria. O que não tá acontecendo é o interesse dos alunos. Talvez porque a gente fica só dentro da sala ou porque, sei lá, a matéria pode ser ministrada de uma forma errada, não sei. Mas o que a gente aprende dentro da sala de aula é totalmente diferente do que a gente aprende dentro de uma UBS. Quando a gente chega lá, a gente vê que o que a gente aprendeu na teoria não tem muita coisa a ver, assim." (A1).

> "[...] Só que, assim, é muito diferente do que a gente aprende aqui. A gente chega lá e vê que o dentista fala 'olha, no protocolo tá escrito que eu tenho que atender quarenta, sei lá, quarenta pacientes por semana, só que eu não consigo atender isso porque eu tenho que marcar reunião, eu tenho que atender criança, eu tenho que atender idoso, eu tenho que encaminhar pessoas. Eles chegam aqui pra eu fazer exo, eu faço, agora pra colocar prótese, eu não tenho condição disso porque isso não tá no protocolo. Então eu vou encaminhar ele pra onde? [...]. Então a gente tem que enviar pra faculdade? Aí ele pega essa fila de dois, três anos'. É assim. É tudo muito diferente do que a gente tá acostumado a fazer aqui dentro da faculdade. Porque pra gente é muito fácil. A gente chega lá na clínica, tem paciente, o paciente chega, porque pra muita gente ir pra UBS é a mesma coisa que ficar aqui na clínica. A cabeça de muita gente é essa. Ah, é social, é pra população, a clínica é a mesma coisa, só que não é. Aqui a gente tem disponibilidade de tudo e da melhor qualidade. Quando a gente chega na UBS, a gente vê que não é assim e aí tem que se virar nos trinta e muita gente não consegue fazer isso. E aí, quando a gente se forma, realmente, vai formar um profissional que não é 100 por cento" (A1).

> "[...] eu lembro da minha primeira aula de CAPS que a gente ganhou um texto gigantesco de Milton Santos, complicadíssimo, sobre território e a gente tem aqui, não sei pra vocês, mas pra mim, pelo menos, era meio grego, assim, sabe? Ele era todo filosófico, não sei o quê, super complicado, palavras super complicadas que eu passei, sinceramente, batido por aquele texto. Eu, pra mim foi um texto de território e acabou" (A1).

> "Sendo que uma voltinha que você dá em volta da UBS você já sabe o que é território" (A1).

> "E logo que a gente entrou no PET, a primeira coisa também foi ver o território, mas sem essas coisas de discussão de mais. A gente foi conhecendo realmente o território, a gente foi andar pelo território, ver o que que tinha, o que que não tinha, né, o que dava suporte, escolas que tinham, as farmácias, a igreja, um monte de coisa e isso foi que fez a gente compreender. Não foi a aula que eu tive sobre território. Foi o está lá, o fazer, o viver aquilo que fez com que eu entendesse o texto que eu li ano passado, sabe? Foi o hoje, a vivência, não a leitura. Eu acho que isso é importante" (A1).

> "A gente aprendeu na prática, né, o que é. Hoje a gente sabe o que é a Atenção Básica, os limites da Atenção Básica e é bem diferente do que a gente aprende aqui na teoria" (A1).

> "[...] Cê vê o que é Integralidade, cê vê o que é, sabe, todas as coisas que a gente aprende aqui que na hora, a gente 'ah tá, faz sentido', mas a gente não sabe como funciona realmente, a gente nunca segue aquele princípio 100% e lá você percebe isso, que não é, nem tudo consegue ser levado ao pé da risca, assim, como a gente aprende [...]" (A1).

Ênfase foi dada, pelos alunos, às diferenças entre o que presenciavam e aprendiam nas disciplinas clínicas e o que observavam nas UBS. Essa constatação gera a reflexão sobre os conteúdos trabalhados pelas clínicas da FOUSP e a coerência deles com as práticas em saúde bucal desenvolvidas pelo SUS. As falas permitem concluir que a formação clínica é centrada na prática privada da profissão e é apresentada aos estudantes de forma dissociada da discussão feita pelas disciplinas ligadas à saúde coletiva.

Essa situação é condizente com o que foi observado pelos alunos do PET-Saúde da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), cujo relato de experiência afirma que a realidade encontrada nas UBS diverge dos conteúdos teóricos apreendidos (Souza-Neto et al., 2011).

As verbalizações abaixo demostram o desagrado dos estudantes ao identificar diferenças na infraestrutura e nos materiais disponíveis nas clínicas da faculdade e nos consultórios das UBS. Alguns se mostram insatisfeitos com o que consideram a não resolubilidade do serviço, o desrespeito à conduta conservadora e a manutenção da clínica mutiladora.

> "Eles (cirurgiões-dentistas das UBS) não fazem nada do que a gente aprende [...]" (A1).

> "[...] É se vira com o que tem, sabe, porque muitas vezes falta e isso muda de UBS pra UBS, da distribuição de renda do próprio ministério [...]" (A1).

> "[...] os nossos alunos que vem da odonto, o único canto que eles não querem ir é pro consultório odontológico porque o da faculdade é mais bonito, tem mais recurso [...]" (P4).

> "[...] lá também o equipamento tá muito defasado, tanto que o foto foi levado por um dentista pra deixar disponível lá pra consegui fazer o atendimento [...]. O problema é que, às vezes, falta tanto uma boa estrutura, né, uma boa disponibilização de equipamentos, o que realmente muitos aqui já confirmaram, quanto à questão dos materiais também que vem faltando [...]" (A1).

> "Principalmente equipamento [...], a dentista faz endo sem o raio X. Eles não têm o equipamento. Eles não têm infraestrutura necessária pra construir um sala que possa colocar o raio X porque precisa ser toda arrumada, mas não tem e falta. A única coisa com que ela pode trabalhar é ionômero de vidro. O ionômero só vai servir pra criança, pra decíduo. Ela tem que colocar ionômero de vidro também em dente permanente porque é o que ela tem ali na mão. Aí, na maioria dos casos, ela tem que encaminhar pra outras unidades, pra os Centros de Especialidades. Só que assim, o centro de especialidade, ali da região é o Peri-Peri ou aqui a Faculdade. Só que aqui na Faculdade o pessoal chega e não tem vaga, então eles vêm direto pra urgência e quando vem pra urgência já tá pra extrair. E uma coisa que eles têm que seguir lá é um protocolo. Todas UBS tem que seguir um protocolo e nesse protocolo eu acho que é um pouco desvalorizada a odontologia porque se o dente, por exemplo, dá pra fazer uma endo, tem três paredes, dá pra fazer só que vai ter que colocar uma coroa, eles não podem fazer por falta de verba, eles precisam extrair um dente. Então, assim, é jogar nossa profissão no lixo. É tipo o que a gente faz aqui, o que a gente aprende a preservar, fazer tudo, a gente chegou lá e viu que não é assim que funciona" (A1).

> "Tem pouco recurso, entendeu? Na nossa UBS, a gente vê" (A2).

Por fim, os estudantes reconhecem a contribuição do PET-Saúde para efetivar o conteúdo das disciplinas que estão ligadas ao SUS.

> "Uma coisa que é excelente, que eu participei quando eu entrei na CAPS e ainda não tava no PET, e aí entendi as coisas, não sei o quê, mas não tão bem. Não era palpável. Aí, quando eu entrei no PET, aquilo lá se tornou palpável. E aí depois que eu tive CAAB[11], acho que foi a primeira turma que teve CAAB, né, de Atenção Básica, foi muito mais fácil pra gente aprender. O que elas tavam querendo dizer, a importância de a gente saber aplicar um projeto, uma palestra, não sei o quê, porque fazia parte da CAAB também, com os seminários, de como seria atender na comunidade, de fazer uma simulação, né. Éramos divididos em três pessoas, o grupo, eram cinco que simulavam, por exemplo, os cinco eram os que assistiam e cinco eram que apresentavam. No dia seguinte, mudava esse papel. E isso era possível da gente entender, colocar mais, entender de uma forma mais realista através do PET, assim [...]. A gente vê. Eu, pelo menos, já senti isso, que as pessoas que faziam o PET, naquele período entenderam mais o objetivo da matéria" (A2).

> "Eu tô no primeiro ano, primeiro ano de PET e primeiro ano de faculdade e, assim, quando eu tive CAPS eu boiava, eu não me ligava em qual que era o sentido. Mas aí eu comecei a fazer o PET e comecei a ligar as coisas da CAPS, [...] na teoria é muito mais difícil de entender do que na prática. Aí você chega no PET, você percebe que não é bem aquilo. Aí, quando eu

[11] Clínica Ampliada de Atenção Básica.

> entrei no PET, eu comecei a entender a CAPS. Aí as matérias de sociais dá pra entender bem melhor quando você faz na prática. Muito melhor! Tem muito mais a aprender" (A1).
>
> "[...] quando a gente tava na CAPS, a gente não tinha dúvidas, a gente somente aceitava o que o professor falava, a gente não questionava. A partir do momento que a gente vivencia as coisas, vem os conflitos" (A2).
>
> "Eu acho que tudo, gente, quando você leva pra prática fica mais interessante, entendeu? É óbvio que a gente não vai dá a mesma importância pra um texto sobre a história do SUS na CAPS, do que, assim, pegar um texto sobre a história do SUS quando você tá indo pro campo. Então, é diferente. O grau de interesse é outro, quando você tá na prática. Eu acho que isso é uma coisa muito boa [...]" (A2).

5.1.3 Eixo 03: Integração ensino/serviço/comunidade

> No espaço dos serviços, o mundo do trabalho materializa-se para o aluno. Neste ambiente privilegiado de aprendizado, são concretas as vivências com condições físicas e materiais para se trabalhar e produzir, em meio aos conflitos e disputas entre os trabalhadores, e destes com suas diversas hierarquias, em um cenário de pressão constante dos usuários na busca de solução para suas demandas. Neste último aspecto, encontram-se os alunos frente a frente com a dor, a aflição e a angústia dos pacientes, diante de serviços, na maioria das vezes, sem condições de responder a todas as necessidades. Esta situação traz à tona as questões dos direitos das pessoas, da cidadania e da ética que permeia o dia-a-dia dos serviços. Enfim, as múltiplas faces de uma sociedade são reveladas, dialeticamente, através do encontro dos alunos com o mundo do trabalho que ocorre no espaço dos serviços públicos. Nele, a realidade ao mesmo tempo ensina e tem que ser objeto do aprendizado, pois, ainda que sendo percebida aos poucos e, certamente, de forma conflituosa, gera a reflexão e constitui-se no substrato fundamental à formação pessoal e profissional do aluno (Werneck et al., 2010, p. 226).

A integração ensino/serviço/comunidade pode ser conceituada como o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores das IES com os trabalhadores dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, e a comunidade, objetivando qualificar a atenção à saúde individual e coletiva e à qualidade da formação profissional (Albuquerque et al., 2008).

Dessa forma, a interação entre as IES, os serviços de saúde do SUS e as comunidades é reconhecida como veículo para se alcançar a adequação dos profissionais às demandas sociais da população (Araújo, 2006).

Franco (2007, p. 433) explica e reforça essa afirmação ao considerar que:

> O SUS, pela dimensão e amplitude que tem, a capilaridade social e a diversidade tecnológica presente nas práticas dos trabalhadores, aparece na arena dos processos educacionais de saúde como um lugar privilegiado para o ensino e aprendizagem, especialmente os lugares de produção da saúde, o "chão de fábrica" do SUS, lugar rico de ação criativa dos trabalhadores e usuários.

Conforme já citado, essa necessidade encontra-se registrada em leis e documentos (Brasil, 1990; Brasil, 1996a; Brasil, 2002a). O estabelecimento de estágios curriculares supervisionados e de visitas programadas aos serviços afigura-se como importante dispositivo para aproximar o processo formador dos serviços de saúde.

O estágio curricular supervisionado constitui-se em um momento no qual o estudante entra em contato direto com a realidade de saúde da população e do mundo do trabalho, possibilitando o desenvolvimento pessoal e profissional, e a consolidação de conhecimentos no transcorrer do curso, através da relação teoria-prática (Costa; Germano, 2007).

O Decreto n° 87.497, de 10 de agosto de 1982, consolida que são considerados estágios curriculares (Brasil, 1982, p. 1):

> As atividades de aprendizagem social, profissional e cultural, proporcionadas ao estudante pela participação em situações reais da vida e trabalho de seu meio, sendo realizada na comunidade em geral ou junto a pessoas jurídicas de direito público ou privado, sob responsabilidade e coordenação da instituição de ensino.

O mesmo decreto afirma que, para serem considerados estágios curriculares, a duração das ações não poderá ser inferior a um semestre letivo (Brasil, 1982).

Geralmente, as visitas supervisionadas ao território e aos espaços e instituições sociais incluídos nele ocorrem articuladas com disciplinas que abordam os conceitos do SUS e obedecem a uma sistematização coerente com os objetivos dessas disciplinas. A dinâmica, comumente, se dá por meio de deslocamentos programados aos espaços de produção de saúde e/ou espaços sociais ligados aos serviços, com a realização de atividades pertinentes pelos alunos e com a presença constante do professor supervisor.

Atualmente, o que se almeja é a "desinstitucionalização" dos cenários de prática, ou seja, as práticas poderão desenvolver-se em ambulatórios, na comunidade e nos domicílios, tendência oposta ao que vinha acontecendo nas últimas décadas em que as práticas estavam fortemente ligadas aos ambientes

assistenciais. Os cenários de práticas devem ser diversificados e englobar equipamentos de saúde, equipamentos educacionais e comunitários (Brasil, 2007a).

Muitas tentativas de integração da academia com os serviços de saúde apresentam limitações, visto que observar uma realidade e desenvolver algumas ações pontuais difere, em muito, de conhecer a realidade em profundidade, o que seria capaz de gerar intervenções efetivas e até sua transformação (Werneck et al., 2010).

É manifesto que as mudanças nas estruturas curriculares, para alcançar esse ideal, vão demandar esforços diversos e tempo para se consolidar. O PET-Saúde foi pensando como um fomentador e um catalisador desse processo, responsável por auxiliar na garantia da efetiva integração das IES com o SUS.

Os trabalhadores dos serviços de APS, ligados à USP, desempenham suas atividades rotineiras com a presença constante de estudantes, oriundos das ações de integração dos cursos de graduação com os serviços de saúde e do PET-Saúde. Os preceptores discerniram a inserção de alunos ligados ao PET-Saúde e a introdução de estudantes por outros meios. Essas distinções não foram realizadas de forma a haver especificações dos outros tipos de inclusão de estudantes nos serviços, ou seja, os profissionais não declararam se estavam se referindo a estágios curriculares supervisionados, a visitas supervisionadas ou a outras modalidades de inclusão dos alunos ou, quando o fizeram, generalizaram as inserções pelo termo “estágio”.

> “Às vezes a atividade (dos alunos que não são do PET-Saúde) é muito mais clínica, mais assistencial, entendeu?” (P3).
>
> “O aluno da graduação (que não está inserido no PET-Saúde), se ele tá inserido nos estágios na Atenção Primária, na UBS, ele tem todo aquele momento formal dentro do curso, separado na grade dele pra ele vir pra cá, ele tem algum objetivo que pode tá descrito claramente ou não, mas ele vai ser cobrado na nota, não vai se formar sem isso. O aluno do PET, fora a indefinição do próprio objetivo, da inserção dele aqui que é bem particular do PET, o nível de não objetividade é muito grande, ele tem que cavar o espaço dele na grade dele, ele que tem que ter uma motivação intrínseca dele muito grande porque a bolsa vai cair com ele vindo aqui dormindo na cadeira ou não” (P2).
>
> “Isso tem vantagens e desvantagens” (P3).
>
> “As propostas são diferentes” (P3).
>
> “[...] Agora o PET sim é muita novidade pra gente, né, trabalhar desse jeito porque tem uma estrutura diferenciada, uma proposta diferente [...]” (P3).

“Como eu disse, a proposta é diferente. Agora, claro, também o estágio da graduação tem vantagens e desvantagens. Eu não tô querendo comparar, dizer que uma coisa é melhor do que a outra [...]” (P3).

“Mas eu acho que são propostas diferentes, né, do PET. Eles querem olhares diferentes, enfim, tem uma avaliação diferente, é outra inserção, né [...]” (P3).

“[...] É diferente desses alunos (inseridos por outros meios) que a gente tá falando que tem todo um tempo e entram pro serviço e mais para o serviço” (P3).

“[...] E esses alunos a gente sabe como, quando a gente recebe eles na unidade, por exemplo, nos estágios curriculares, a postura dos alunos que são do PET é diferente. Eles são mais respeitosos, eles entendem mais o que a gente faz [...]” (P4).

“[...] Eu acho que essa é a grande diferença que os alunos do PET têm. Eles têm experiência não só de atender, de ficar dentro do consultório e fazer junto, mas também de conhecer a comunidade [...]” (P5).

“Mas quando a gente pensa no aluno do PET e no aluno do estágio curricular a primeira diferença é que no estágio curricular ele vem com o objetivo pronto, encaixotado que, muitas vezes ou na maioria das vezes, não foi a gente que fez. Vem de um outro lugar, de pessoas que não tão vivendo a nossa realidade e manda os alunos com esse objetivo pronto. Os alunos do PET, além de eles terem a chance de vivenciar a prática de profissionais diferentes, de diferentes categorias profissionais, o que é muito rico para a formação, ele consegue moldar o ritmo dele aqui, junto com a gente. Então, é muito mais interessante porque ele acaba fazendo muitas coisas porque ele tem interesse e não porque ele é obrigado a fazer e ele consegue ter uma visão muito melhor do funcionamento da unidade, né, de como que a gente trabalha, como é o fluxo dos pacientes, vim aqui, encaminha pra onde. O aluno da graduação não, ele vem com um objetivo e tem que cumprir aquele objetivo. Se der, a gente faz outras coisas, mas muitas vezes não dá, a gente tem que fazer aquele objetivo, tem um paciente pré-selecionado. Então, a gente já tem um caminho que, muitas vezes, não é a realidade. A gente vai em direção ao objetivo que a faculdade tem, né. E no PET a gente tem muito mais liberdade de trabalhar com eles tudo que a gente realmente faz. A gente não muda o nosso dia-a-dia porque o aluno tá aqui, porque o aluno da graduação curricular sim, a gente muda, porque o aluno tá aqui. Porque o aluno do PET não, ele se insere no nosso trabalho” (P5).

“O aluno da graduação, ele quer ver a doença. Quando você não oferece a doença, todo aquele andamento, ele fica sem pé. Ele fica no chão, poxa. O médico ver outra coisa, não só doença e o PET é exatamente isso que a colega colocou, ele se insere e se acopla, então fica uma situação mais natural, ela não é produzida” (P5).

“Eu sinto com eles (referindo-se aos alunos do PET-Saúde), não é uma responsabilidade maior, mas eles se envolvem mais com a situação, com aquilo. Eles se envolvem muito. Eu tenho o exemplo de aluno que entrou agora que o primeiro contato que ele teve foi em participar de grupo de gestante e ele não desgrudou mais do grupo de gestante. Ele não desgrudou mais” (P5).

“O PET é mais diverso” (P3).

> “Eu acho que tem uma diferença importante entre os alunos que a gente tinha antes e os alunos do PET, tanto pra bem quando pra mau, né. O pra bem é que os alunos que vem da medicina, eles tem claro, pelo menos, que eles vem pra fazer uma matéria, ainda que os objetivos da matéria não sejam claros, que tenha muita coisa, que não sejam num estágio assim tão bem avaliado, eles tem um grau que a gente consegue cobrar deles, eles tem uma séria de obrigações que são claras, ele tem que fazer isso, ele tem que fazer aquilo, tem alguém pra dá um suporte [...]” (P2).

> “Eu acho que isso muda também, no PET, pra que a gente não faça com que na Atenção Básica a gente simplesmente coloque ‘atendimento do pré-natal, atendimento da vacina’, simplesmente dessa maneira, mas enfim quem é o usuário com as suas diversas demandas, né, o que acontece quando ele procura o serviço e como nós respondemos, acho que isso é importante [...], acho que a participação dos alunos também faz esse movimento de prestar atenção nesses alunos e de como a sua estrutura permite que os alunos alcancem os objetivos do ensino, né, [...] olhar o que temos, ‘oh, é isso que nós temos e tá aí’. Não, não é isso, né. Tudo tem uma lógica e que lógica é essa?” (P3).

> “Na graduação, se faz parte do estágio dele, se é um momento formal do ensino, se ele fizer de qualquer jeito, isso vai tá evidente na nota e no currículo dele. Agora aqui (referindo-se ao PET-Saúde), às vezes vai indo, vai indo, passa um pouco por um preceptor, passa um pouco outro [...]” (P2).

> [...] Acho que essa é uma questão interessante do PET porque é uma inserção longitudinal. A mesma coisa com o grupo de gestantes como eu já falei, os meninos estão tão inseridos naquilo que eles de fato fazem parte do grupo. É muito diferente do que uma participação pontual em uma atividade X, mesmo que seja uma atividade que tenha um perfil longitudinal como o pré-natal, como puericultura, o atendimento de diabéticos, hipertensos [...]. Uma inserção que eu acho muito engraçada é no grupo de artesanato, um dos alunos da odonto tava falando que no ano passado, no PET do outro edital, ele tava no grupo de artesanato, só de mulheres. Ele era um menino super novinho. Eu fiquei pensando ele com um monte de tiazinhas, se seria uma inserção possível e ele adorava o grupo. Achava o máximo o que as pessoas faziam e as conversas das pessoas. Valorizou muito a experiência. Então, realmente aconteceu, rolou um bingo, né. Acho que o objetivo foi atingido. Eu acho isso uma característica e uma coisa fantástica do PET, né, essa inserção mais longa, mais continuada. Que às vezes, a graduação não. Eles têm aquele momento é, tempo de estágio. São três semanas de imersão aqui dentro, mas isso não permite que eles vejam as pessoas ao longo do tempo” (P2).

Para tornar a compreensão mais exequível, sintetizou-se, no quadro 5.2, as principais diferenças apontadas pelos preceptores entre a inserção de alunos através do PET-Saúde e através de outros dispositivos de integração.

Os preceptores afirmaram haver vantagens e desvantagens em cada uma das abordagens, sem especificá-las detalhadamente. Mas, a análise da síntese acima inspira a ideia de que a inserção dos alunos pelas disciplinas, da forma como está sendo realizada, induz a criação de uma realidade adequada às necessidades do ensino o que, consequentemente, mascara ou até anula a organização e a

dinâmica real dos serviços. Essa situação gera prejuízos para a aprendizagem efetiva, tendo em vista que a inserção profissional futura não vai se dar atrás de máscaras. Além disso, a inserção veiculada pelo PET-Saúde é contínua e periódica e não pontual, como acontece com muitas disciplinas.

	Características da inserção dos alunos através do PET-Saúde	**Características da inserção dos alunos por outros dispositivos de integração**
Objetivos	Definidos pelos grupos PET, baseados nas demandas das UBS;	Definidos pelas disciplinas;
Inserção	Longitudinal;	Pontual;
Horário para dedicar-se às atividades	Definido pelos alunos em harmonia com o horário de funcionamento da unidade;	Reservado nas grades curriculares;
Práticas desenvolvidas	Voltadas para o serviço, numa visão geral e de forma interdisciplinar;	Voltadas para assistência na área de formação;
Motivação para o desempenho das atividades	Compromisso com o programa e recebimento de bolsas;	Obrigatoriedade das disciplinas e avaliação por nota;
Grau de envolvimento com a rotina dos serviços	Maior;	Menor;

Quadro 5.2 – Principais diferenças entre a inserção de alunos através do PET-Saúde e por outros dispositivos de integração

Abre-se um parêntese para revelar que o fato dos alunos ligados ao PET-Saúde receberem incentivo financeiro, desperta polêmica e até insatisfação para aqueles que são obrigados a realizar atividades nas UBS, pelas disciplinas, e não são agraciados da mesma maneira. A fala da aluna descrita abaixo, que obteve sinalização de concordância por outros alunos durante a realização do grupo focal, converge nesse sentido:

> "[...] Que eu até lembro que na época que surgiu o PET, como a gente foi do primeiro ano, aí alguns alunos da medicina passaram a ganhar pra fazer o que a sala inteira fazia. Então eu lembro que até alguns alunos da medicina comentava meio revoltados que tava dando encrenca na sala, né. E esse foi um problema porque eles já tinham uma atividade praticamente igual ao PET nessa disciplina [...]" (A1).

A inclusão de alunos nos campos de prática proporciona modificações na rotina da unidade e, por vezes, algum transtorno aos profissionais. A seguir, alguns exemplos:

> "E outra coisa que eu acho que mudou também é o relacionamento com o usuário. O usuário entrava na consulta só com você dentro da sala. Você não precisa dizer quem você é. Você já conhece ele. Você já começa a consulta. Quando você tá com um aluno dentro do consultório, ele que tem que, cê entra, cê apresenta o aluno, cê pega autorização do usuário pra o aluno tá lá, cê explica o que o aluno tá fazendo ali dentro, aí já perde cinco minutos de consulta. E aí, ainda por cima fica uma relação estranha de ter uma pessoa de fora que tá ouvindo aquilo. Por mais que o paciente tenha autorizado. Então também tem essa situação, principalmente no papa. Será que ele traz realmente a demanda que ele ia trazer, com a presença do outro, né" (P2).

> "Eu acho assim, sobre energia, um pouco em relação à organização desse tempo, se você dispende no atendimento ou quando você tá com o aluno, independente de você tá com o aluno ou não, no seu horário de trabalho, você tem uma meta a cumprir, que nem sempre ela é quali, ela é quanti. Então, pra mim, isso é motivo de stress às vezes porque você tem aquilo, aquela coisa de fazer o seu melhor, de está com o aluno, dá uma atenção, pra fazer um fechamento depois. Tudo isso demanda tempo envolve não só ao preceptor, mas envolve o usuário, envolve o aluno, é uma cadeia de pessoas envolvidas" (P2).

> "Às vezes você entra numa discussão com o aluno, o negócio fica, às vezes tem dó de cortar, é uma pena e aí acaba o usuário esperando, ele tem gente interrompendo na porta toda hora. Eu acho que pra ser uma unidade escola, a porta da unidade tem que tá fechada, a unidade tá em pleno funcionamento. Então, é difícil pra mim, nesse sentido. Não que seja impossível, que inviabilize, que diminua a qualidade. Não é, mas pra mim acho que gera um pouquinho de angústia" (P2).

A autenticidade da integração de uma IES com os serviços de saúde ocorre quando existem intencionalidades comuns e objetivos convergentes que possibilitem para ambos ganhos reais (Werneck et al., 2010). Nesse contexto, os membros de cada esfera – IES, serviços de saúde e usuários – devem manter uma relação de mutualismo e reciprocidade.

O que se nota nos discursos dos trabalhadores dos serviços incluídos no estudo, é que existe uma debilidade na relação estabelecida com a IES. Para eles, não ocorre uma articulação efetiva capaz de gerar benefícios para a qualificação e a atuação deles enquanto profissionais.

> "É, acho que só em relação à USP que essa relação não acontece" (P1).

> "Não! Não! Ainda não! (se referindo a existência de ações planejada pelas IES para qualificação dos trabalhadores)" (P1).

> "Na USP, é mais quando tem as reuniões de gerente com os tutores [...] mas com a USP não mudou nada" (P1).

Trajman et al. (2009) enunciam que a formação dos preceptores deve ser uma função prioritária das IES, tanto no âmbito da atualização profissional quanto no que se refere ao preparo pedagógico. As IES devem desenvolver ações de qualificação da preceptoria para tornar os sujeitos aptos a desempenhar, com segurança, as atribuições que competem a eles. Esta deve ser a principal contrapartida das IES nos convênios com as SMS.

Apareceram, nas falas dos preceptores, informações sobre a tentativa da USP em implementar um mestrado profissional que englobe os profissionais envolvidos com o PET-Saúde, como alternativa de fortalecimento do vínculo da IES com os serviços de saúde:

> "Eu acho que o mestrado profissional vai ser uma aproximação com a universidade. Acho que ele é um fruto do PET e eu acho que ele vai consegui fazer essa aproximação com a universidade. No PET a gente tá fazendo, aqui a gente tem mais essa liberdade, então eu acho que também, eu né, me sinto mais próxima da universidade, tendo essa liberdade de poder fazer de acordo com o que é importante pra Atenção Primária, que vai ter relevância na vida do aluno" (P5).

O mestrado profissional, segundo a portaria normativa número 17 de 28 de dezembro de 2009 (Brasil, 2009c, p. 22), é definido como modalidade de formação pós-graduada *stricto sensu* que objetiva, dentre outros quesitos:

> A qualificação de profissionais para o exercício da prática profissional avançada e transformadora de procedimentos, visando atender demandas sociais, organizacionais ou profissionais e do mercado de trabalho.

Para um dos sujeitos, o empenho para executar a proposta de instituir o mestrado profissional é motivado por interesses internos da universidade e não tem como foco principal a qualificação dos profissionais do serviço.

> "[...] Talvez a questão do mestrado profissional, mas que eu vejo muito mais como uma questão de reorganização da pós-graduação da universidade, que também tem recurso do ministério pra isso, o mestrado profissional tá na moda, o ministério tem investido bastante nisso não como um movimento de valorização do nosso trabalho, em nenhum momento [...]" (P4).

O contato dos alunos com a comunidade propicia uma permutação de diferentes olhares, incluindo a compreensão e os saberes daqueles que

representam o “alvo” dos serviços de saúde como fonte de aprendizagem. A troca será mais enriquecedora na medida em que a aproximação com a comunidade se estabeleça baseada na confiança. Os enunciados abaixo expressam as percepções dos alunos sobre o relacionamento com a comunidade:

> “Trocando ideias também, né. Desenvolvendo os projetos que a gente desenvolve. Há uma troca de conhecimento, de ideias” (P1).
>
> “Tem também bastante aproximação com a sociedade, assim, você se aproxima, você cria um laço com os habitantes, com a população, a nível local [...]” (A1).
>
> “[...] Então, a gente tá lá desde, um pouco antes da metade do ano e elas (mulheres participantes do grupo de gestantes) se sentem confortáveis em abrir e conversar isso com a gente [...]. Elas choram, se abrem, falam diversas coisas. Elas confiam muito na gente, quando falta pergunta o porquê, o que aconteceu e fica, assim, um bate-papo super gostoso. Elas já se abrem com a gente, falam, levam pão de queijo, levam bolo, um monte de coisa já pra gente. É bem bacana [...]” (A1).
>
> “Você cria um vínculo com a população, entendeu? Com as pessoas [...]” (A1).
>
> “[...] Então, assim, é uma coisa muito legal pra gente porque é um contato mais próximo com a população [...]” (A1).
>
> “[...] O pessoal também, assim, quando durante a semana não tem nada, não é nem dia de grupo deles, eles vão lá pra ficar batendo um papo, vão, se distrair. Ontem mesmo teve uma festa que eles fizeram [...]” (A1).

O estabelecimento da integração do ensino com o serviço propicia as vivências interdisciplinares (Nunes, 1995). A interdisciplinaridade representa o embate com o excesso de especialização e com a fragmentação do conhecimento (Araújo, 2004). Ela é vista como a possibilidade de garantir a integralidade nas práticas em saúde.

O Potencial do PET-Saúde no estabelecimento da interdisciplinaridade já é uma verdade comprovada por diversos trabalhos (Sobrinho, et al., 2011; Menezes; Pequeno, 2011; Amaral et al., 2011; Souza-Neto et al., 2011). Nas particularidades do cenário desse estudo, os alunos foram capazes de compreender e valorizar a interdisciplinaridade e os preceptores reforçaram o poder do PET-Saúde no sentido de garanti-la.

> “Uma coisa que eu achei bem interessante do PET é que a unidade de saúde que eu trabalho, é a interdisciplinaridade, né, que sempre tem [...]. Ali participam um educador físico, uma nutricionista e uma psicóloga e, antigamente, tinha uma médica também. Então, lá dá pra ver bem claro a

interdisciplinaridade que tem nesses cursos, né. Por a gente ser da odonto, a gente também entrou numa parte, a gente desenvolveu um trabalho de intervenção lá, colocando a odontologia no meio desse grupo de reeducação alimentar. A gente fez um projeto, escreveu a UBS pra esse projeto, inserindo a odontologia lá dentro. Não necessariamente precisava ser a odontologia, mas a gente preferiu focar e trazer um pouco mais pra nossa área, né. Então isso eu achei que foi muito bacana, [...] eu consegui ver lá todo mundo trabalhando junto, assim, sabe? Onde um pode pegar um gancho no trabalho do outro e tudo mais. Então, a gente amplia muito mais o nosso horizonte e é onde a gente pode se inseri também" (A1).

"[...] Eu fui visitar uma escola onde eles saem da odontologia e mostram também a parte dos alimentos. Acho que aí que tá a interdisciplinaridade porque eles mostram porque os alimentos são importantes pro corpo, pros dentes, porque que a gente tem que mastigar devagar e, assim, pra criança. E aí quando a gente, eu voltei lá no ano seguinte, as crianças lembravam de tudo isso que a gente mostrava pra eles e as que tavam vindo já sabiam o que era pra fazer porque o último encontro que a gente faz, eles fazem um teatro pra mostrar pras outras turmas. Então, as outras turmas não vêm a hora de chegar a quartar série pra mostrar o quanto eles aprenderam em todos esses anos de colégio [...]" (A1).

"[...] Agora trabalhar junto é muito bom, né, trabalhar junto com os alunos tem uma intensidade fantástica. Acho que o grande ganho do PET é essa, juntar várias profissões, juntar o estudante com o professor" (P3).

"Talvez esse seja o aspeto mais interessante. Construir projetos juntos" (P3).

"São alunos da graduação, o contato com outros profissionais eu acho que não acontece fora do PET" (P3).

"[...] tem sempre um trabalho compartilhado na unidade" (P3).

"A própria construção coletiva desse trabalho que eu acho que no PET a gente faz muito, né. Nós temos um projeto que foi pelo grupo, o que nós vamos fazer? Enfim, todo mundo participa, todo mundo forma seus grupos, independente de qual a área de formação, mas enfim, saber qual é o objetivo, porque que nós estamos lá, conseguindo descrever toda essa questão, como nós vamos alcançar nosso objetivo primeiro. Então, a questão das formações não entra muito em questão. Entra, enfim, nosso alvo final, né. Mas cada um traz o que aprendeu na faculdade e compartilha com o grupo. Então, acho que isso permite, de certo modo, quebrar o que se tem 'ah, enfermagem faz isso, a fisioterapia só faz isso' e assim a gente 'oh, todo mundo faz mais ou menos a mesma coisa'. O que realmente, de certo modo, é isso que é interessante pra o PET. Até a gente aprendeu um pouco mais um em relação ao outro" (P3).

"[...] e o que é legal do PET é essa, a gente interage com todas as profissões, os médicos, tem a da farmácia. Isso pra gente é muito bom. Pros alunos, então, nem se fala, né. Eles já estão crescendo assim com essa mentalidade. Cê não pode se isolar. Porque eu tive uma formação que era assim: dentista na sala dele e tchau. E não é assim, mesmo porque é muito legal" (P4).

"Alguns alunos que tem um tempinho mais de experiência com atenção nesses moldes, Saúde da Família, que você tem que trabalhar com equipe, eu acho que as pessoas que tiveram contato com extensão universitária durante a graduação ou fizeram um trabalho que puderam interagir com outras profissões, com outros profissionais e desenvolver trabalhos

> conjuntos, gera uma facilidade muito maior na hora desse trabalho em equipe [...]. Com conhecimento a respeito das especificações de cada profissão, com respeito por isso também de cada atribuição, de cada profissão diferente e o PET é uma tábua de salvação, assim [...]" (P4).
>
> "[...] A gente tem contato com os psicólogos, os enfermeiros, os fisioterapeutas, e tipo, a gente traz uma informação da saúde bucal e consegue aglomerar todos os problemas que, às vezes a pessoa tem algum problema de movimento, incômodo, algo do tipo e pode fazer com que o psicológico altere [...]" (A2).
>
> "Eu saí em visita com um aluno da odonto e alunos da medicina [...] a interação entre eles foi interessante, né, entre os cursos [...]" (P5).
>
> "Sim (afirmando que a interdisciplinaridade gera benefícios). Principalmente pro médico. Porque a gente não tem muito essa coisa da interdisciplinaridade. Hoje tem por causa da Estratégia Saúde da Família, né, é mais falado isso. Mas, mesmo assim é muito difícil pro médico esse trabalho interdisciplinar. O médico tem mais dificuldade" (P5).
>
> "Isso (a interdisciplinaridade) pode facilitar pro trabalho futuro" (P5).
>
> "[...] Então eu acho que o processo poderia ser muito mais rico se eles tivessem um pouco mais de janelas em comum porque, na verdade, quem tem janela da odonto é sempre no mesmo dia, da enfermagem no mesmo dia e acaba não, a não ser as atividades que a gente faz aos sábados, eles não conseguem ver muito essa questão do multiprofissional [...]" (P5).
>
> "[...] Na nossa unidade era muito assim, era, a gente até pensava 'nossa, a pessoa não tá inscrita no projeto, não tinha nada, não ganhava a bolsa, não tinha nada e queria participar do projeto' [...]" (A1).

As relações estabelecidas não se restringem aos protagonistas do PET-Saúde entre si, a articulação envolve outros profissionais da UBS, de categorias que não estão inclusas no Programa:

> "A assistente social não tá no PET, mas os alunos ficaram um pouquinho com ela. A odonto a mesma coisa, a dentista não tá no PET, mas por conta dessa atividade de sombra, eles ficaram com ela pra entender um pouquinho cada profissional e qual sua atividade aqui dentro da unidade" (P1).
>
> "Ou com os enfermeiros e médicos que não estava no PET e eles participavam da consulta" (P1).

A última categoria a ser discutida nesse eixo envolve os aspectos relacionados à operacionalização do programa. Tendo em vista a amplitude dessa categoria, a quantidade de temas a serem discutidos e a relevância em termos de descortinar os pontos facilitadores e os nós críticos na dinâmica do PET-Saúde USP Capital, optou-se por abordá-la em um item específico.

5.1.4 Operacionalização do Programa

As atividades do PET-Saúde USP Capital foram iniciadas em março de 2009. Para proceder ao planejamento das ações, os grupos PET-Saúde se depararam com várias dificuldades, sobretudo devido à ausência de diretrizes operacionais claras e bem definidas, tendo em vista que a legislação pertinente é vaga e superficial, se abstendo dos detalhes sobre a dinâmica de funcionamento do Programa. Os formuladores da proposta nacional, entendiam que o PET-Saúde não deveria seguir um padrão engessado e sim ser moldado de acordo com as características da região, da UBS e da IES às quais estaria vinculado.

O primeiro projeto PET-Saúde da USP, inscrito em 2009, foi redigido com base nos elementos oferecidos pela legislação e, consequentemente, não oferecia uma gama de detalhes operacionais suficientes para facilitar a condução da proposta. As falas descritas a seguir revelam o quanto os primeiros meses do PET-Saúde USP Capital foram desorientados, confusos e caóticos para os seus integrantes:

> "O PET começou [...] e ninguém sabia o que fazer ou como fazer [...]" (P4).
>
> "É porque, na realidade, o projeto PET é novo, né, então nem o pessoal que gera assim, conhece totalmente" (P1).
>
> "A gente tinha que ficar trabalhando na base do erro acerto, erro acerto [...]" (P4).
>
> "Nessa época [...] ninguém sabia mesmo como fazer" (P4).
>
> "[...] no PET, como o colega colocou, a gente fica solto, não tem o desenho exato do que fazer, a gente optou por temas pra estudar, no formato de seminário, que a gente fazia a leitura dos textos, discutia entre a gente, discutia com os alunos, problematizava com a nossa prática [...]" (P4).
>
> "Eu entrei no PET porque veio uma enfermeira e falou assim 'o PET' e eu 'mas o que é esse PET?' Aí ela falou que era trabalho que íamos fazer com alunos aí eu disse que ia adorar porque eu gosto de trabalhar com alunos [...]. Mas aí eu lembro que, assim, a gente começou a receber a bolsa e nada acontecia e aí eu fui falar com a gerente da época, eu disse 'olha, não sei, tô achando tudo muito esquisito, tô com medo, o que eu faço com esse dinheiro? Eu não fiz nada até agora, ninguém me chamou'. E se você não retirasse a bolsa do banco, ia embora, então eu com todo esse dinheiro. Fiquei com medo. Achei que fosse uma pegadinha. Era muito esquisito. Aí me disseram 'calma, é assim mesmo, depois vai'. Aí depois começou a funcionar, eu disse 'não é que funciona mesmo?'. Eu tava duvidando. E a primeira reunião geral do PET, nós aqui da USP, foi na faculdade de veterinária e eu falei 'gente, não é verdade, a reunião do PET vai ser na

> veterinária, cês tão brincando'. E foi e assim aconteceu e foi o máximo. Isso depois de uns quatro meses" (P4).
>
> "O meu primeiro ano foi um fracasso. É sério, eu não sabia o que fazer, não tinha o que fazer no PET. Tava totalmente desorganizado. Agora eu ouvi ela falando eu pensei 'calma, eu não participei do PET'. Eu tinha uma preceptora que eu não sabia quem era, eu acompanhava outras, eu ficava sozinha, perdida, não tinha" (A2).
>
> "[...] eu tive dificuldade com o objetivo, o que se esperava deles, quais eram as propostas" (P2).
>
> "[...] nós ficamos uns quatro meses recebendo sem fazer nada e teve uma crítica muito grande [...] isso pra mim, é como se eu tivesse roubando. Foi colocado isso também, né" (A2).

De acordo com o relatório do ano inicial (USP, 2009), os primeiros cinco meses foram dedicados à organização e ao planejamento das atividades, o que justifica, parcialmente, as representações listadas acima. O ideal seria que essas atividades iniciais, mesmo acontecendo fora das UBS ou das áreas de abrangência, contemplassem a participação de todos os protagonistas do PET-Saúde USP Capital.

O PET-Saúde incentiva a inclusão das pesquisas no processo de ensino-aprendizagem. Como um programa que tem como base da transformação a interação da academia com o serviço, ele estimula a realização de investigações voltadas para a qualificação da APS, em temas prioritários para o SUS (Brasil, 2008b), baseadas nas demandas da UBS e da comunidade.

No plano de execução das ações do ano inaugural, a primeira atividade proposta para ser desempenhada pelos grupos de educação tutorial, foi a realização de uma pesquisa que visava captar necessidades junto à população adstrita das UBS participantes do PET-Saúde USP Capital. Esse projeto tinha como objetivos instrumentalizar os sujeitos do PET-Saúde para o reconhecimento das necessidades de saúde da população, além de favorecer a identificação das distintas vulnerabilidades do grupo no que se refere ao processo saúde-doença e propor ações em saúde do âmbito da APS para atuar frente às iniquidades identificadas (USP, 2009). A metodologia adotada foi baseada na pesquisa-ação, modalidade que visa conhecer e intervir na realidade estudada. Nesse caso, utilizou-se um inquérito para conduzir o estudo. O discurso abaixo relata detalhes da atividade:

> "Só relembrando, a gente participou de uma primeira experiência de pesquisa que foi a pesquisa que envolveu o cadastramento, uma pesquisa

> de levantamento das necessidades. Só que a gente já chegou num momento da experiência, num processo que o instrumento de coleta já tava pronto, né, a gente só teve condições de agregar alguma coisa da fonoaudiologia porque não tinha sido contemplada, mas era uma coisa que já tinha sido validada pela experiência do pessoal da graduação da enfermagem, no território da região oeste. Tudo isso já foi fruto de um processo anterior, o fato desse instrumento ter vindo pronto. Vem com o trabalho, um processo de outros profissionais. Nós fomos mais operacionalizar. Agora como é que a gente utilizou isso com os alunos? Discutindo necessidades de saúde, procurando teorizar uma série de coisas, né, desde uma perspectiva mais da nossa formação e a gente aproveitou, então, pra teorizar a questão das necessidades, fomos com eles nas casas, nos domicílios, fizemos simulações de entrevistas com eles, de discussão sobre atenção em domicílio, o que entra em jogo quando cê tá na casa da pessoa, na comunidade, incluímos nossos Agentes Comunitários em alguma medida, também pra trocar experiências com os alunos, né. Então, resumidamente, nosso primeira experiência foi pesquisa, mas foi mais experiência, foi também experiência que rendeu alguns frutos" (P2).

Programas implementados em outras localidades do país utilizaram a mesma estratégia para iniciar as atividades. No PET-Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPR) foram desenvolvidos levantamentos epidemiológicos para maior compreensão do local e suas necessidades e houve participação dos estudantes no processo de territorialização (Buffon et al., 2011).

Em Londrina, as atividades incluíram territorialização, realizada através de passeios ambientais, conversas com ACS e informantes-chave e acesso aos dados do território nos sistemas de informações sobre APS (Frossard et al., 2011). Na UFMS, a primeira atividade programada foi o reconhecimento do território e dos serviços de saúde (Oliveira; Coelho, 2011).

Os idealizadores do plano investigativo do PET-Saúde USP Capital acreditavam que os resultados levantados pelo inquérito seriam capazes de orientar o planejamento e o desenvolvimento de outras atividades de ensino e assistência, na perspectiva de adequação às necessidades dos grupos populacionais e dos interesses pedagógicos dos cursos (USP, 2009).

Das falas, infere-se que o inquérito não significou para os preceptores e alunos o mesmo que significava para os seus autores, os tutores. Foram recorrentes as falas que apontavam falhas e ineficácia dessa atividade, como certificado a seguir:

> "[...] A gente fez um trabalho de campo que continha um questionário moldado, montado pelos professores, desculpa o temo, mas foi inútil pra comunidade, pelo contrário, só foi pro aluno. Não foi usado porque na hora de preencher, tinha que preencher de uma maneira pouco organizada [...]" (P4).

> “É que nós fizemos o trabalho nas casas, com os alunos, cada preceptor com seus dois alunos e fizeram pesquisa com as pessoas. A gente, depois disso, não deu em nada” (P4).

> “[...] a enfermagem tinha um modelo lá de um questionário, o inquérito, fizeram o inquérito, um negócio meio solto [...]. Em dezembro, foi essa reunião da veterinária, tinha que apresentar resultado do trabalho e resultado de quê, se a gente não fez nada? Ninguém sabia de nada e tinha que renovar o PET e precisava do relatório, pra renovar pro outro ano. Uma loucura, ninguém sabia o que fazer e isso aconteceu em todas as unidades, desse jeito [...]. O relatório foi, com os dados que tinha, do inquérito e com todos os problemas que tinham nele [...]” (P4).

> “Na minha época que era uma coisa que, era só dinheiro gasto. A única coisa que a gente fez foi ir na casa da população, coletar dados, fazer uma planilha e mandar pra eles. Cabou o PET. Inicialmente, a gente tinha ido numas reuniõezinhas, assim. Foi o ano inteiro que eles enrolaram lá dizendo que não era pra ser só aquilo, mas aí eu saí do PET” (A2).

No intuito de fornecer subsídios para o desenvolvimento da pesquisa e das demais atividades que serão explicitadas na sequência, uma série de atividades teóricas foi projetada como seminários de discussão, com a participação de todos os integrantes do PET-Saúde USP Capital e estudos individualizados por UBS.

Outras experiências do PET-Saúde seguiram o mesmo caminho. No PET-Saúde da UFAL foi programada uma primeira fase designada “embasamento teórico” que estimulou os levantamentos teóricos e proporcionou momentos de discussão, entre os protagonistas, de temas como ESF no Município de Maceió (Souza-Neto et al., 2011).

Em Montes Claros, houve discussões prévias ao início das atividades em grupo, envolvendo assuntos relacionados à ESF e territorialização, dentre outros (Sobrinho et al., 2011). No PET-Saúde da Universidade Estadual de Londrina (UEL) foram feitos estudos do referencial teórico sobre os temas selecionados para serem pesquisados (Frossard et al., 2011).

Por fim, em Mato Grosso do Sul, uma das primeiras ações desenvolvida foi uma “oficina de sensibilização” para apreensão de conteúdos relacionados a uma das linhas de pesquisa. Além disso, foram programados diversos encontros para orientação dos alunos e dos preceptores sobre a elaboração de trabalhos científicos e apresentação em eventos (Oliveira; Coelho, 2011).

Nessa esfera, o problema reside na exacerbação das atividades teóricas, em detrimento da atuação prática. As representações subsequentes tornam evidentes

que, ressalva feita ao inquérito, as ações desenvolvidas no primeiro ano do PET-Saúde USP Capital foram, predominantemente, teóricas:

> "No ano passado eles criaram essa expectativa da prática, assim, né. E acabou sendo mais teoria, a única prática foi a aplicação do inquérito" (P1).
>
> "Tiveram algumas atividades na unidade, mas não tão intensas como esse ano" (P1).
>
> "Todos vieram à unidade, conheceram, mas não teve essa, assim, que nem esse ano que eles acompanharam mais de perto cada profissional" (P1).
>
> "Eu acho que teve mudança. No ano passado a gente fez bem um estudo teórico que ajudou muito, sem dúvida, o aluno foi muito ajudado nesses seminários, nesse estudo" (P4).
>
> "O que a gente mudou muito é que no ano passado a gente fazia muitas coisas em teoria. Enviava textos pra eles e saía da unidade pra ir discutir lá em uma sala da USP porque era mais confortável e a gente não fez atividades aqui. A gente fez muito poucas atividades aqui. Então a maioria das coisas eram reuniões em um lugar fora da UBS pra discutir textos teóricos. Eles iam cansados, eram fim do dia, eles não tinham lido o texto. Então era uma coisa bem desagradável, ninguém se interessava [...]" (P1).
>
> "Textos enormes, enfim. E já antes tinham mandado outros textos pra gente fazer, fazer resumo de filme, de vários textos. E eu acho que, assim, não é bem isso que é o PET, que a gente precisa ter no PET. Essa é a minha visão. Eu acho que é uma coisa mais prática pra você visualizar todos os problemas e o que a gente pode melhorar, não só como formação de pessoas, que eu acho que ajuda muito também, não só como formação de profissional, mas, quem sabe um dia alguém tenta intervir em alguma coisa" (A2).

A experiência, adquirida através dos percalços encontrados, no primeiro ano de vigência do Programa, proporcionou aos participantes maior clareza e domínio do "como fazer". O delineamento do Programa foi se dando fundamentado nos erros e nos acertos. No segundo momento (2010-2012), o projeto PET-Saúde USP Capital conquistou um grau de amadurecimento mais expressivo, visto que as atividades previstas foram mais detalhadas e ampliadas.

> "Hoje a gente já tá num segundo momento que a gente tá mais confortável, a gente já entendeu muitas coisas, fala 'ah falta de objetivo', a gente já entende um pouco mais. No primeiro ano, a gente esperava que fosse uma coisa mais pronta, 'toma, tá aqui o pacotinho, é isso que vocês vão fazer'. Hoje a gente já consegue planejar o que fazer em outras situações que acontecerem. Mas eu me preocupo também, né, o que é que eles esperam quando eles chegam aqui é um pouco do que vocês dão lá pra eles, né, esse referencial pra eles como preceptor, como professor, como tutor" (P2).
>
> "Então, assim, no começo a gente, pelo menos eu assim, fiquei meio perdida. Depois de um tempo você começa a entender, né [...]" (P1).

> "[...] Em dezembro de 2009, juntaram-se os cacos e 'ah, agora dá pra pensar no que nós vamos fazer em 2010' e aí nós entramos todos, em 2010 [...]" (P4).
>
> "Mas isso foi no primeiro ano. Agora eles tão acompanhando mais" (A2).
>
> "[...] ano passado a gente fez de um jeito que eu acho que não propiciou os alunos a voltarem, né, foi a primeira vez que a gente fez. E a gente discutiu muito porque a gente achou que não foi bom e esse ano sim, a gente pode falar com bastante segurança que vai propiciar aos alunos abrir um interesse grande pela Atenção Primária [...]" (P1).
>
> "[...] e esse ano a gente fez diferente. A gente fez só atividades na UBS e só atividades práticas no início [...]" (P1).

Após esse período de organização e assentamento inicial, a gama de atividades desenvolvidas esboça grande variedade e amplitude, indo desde acompanhamento da rotina das UBS, passando por visita domiciliar, até intervenções planejadas em conjunto, semelhante ao que foi descrito nos relatos de experiência do PET-Saúde da Universidade de Montes Claros (UNIMONTES) (Sobrinho et al., 2011) e no PET-Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPA) (Buffon et al., 2011). Algumas dessas atividades aparecem nas exposições abaixo:

> "Eles ficam comigo em visita domiciliar. Eu levei numa casa de três crianças e depois numa casa de sete crianças. Foi muito bom" (P5).
>
> "[...] Então, a gente trouxe os alunos pra acompanharem, fazer atividade de sombra, acompanharem cada pedacinho da UBS, cada profissional, o médico, o enfermeiro, a farmacêutica, as auxiliares, assistente social, acompanharam atividades de consulta aqui dentro, atividades dentro da sala de farmácia, sala de vacinação, reuniões interdisciplinares, grupos, visitas domiciliares, então eles fizeram muita coisa e acho que isso deixou eles bem mais empolgados esse ano" (P1).
>
> "A turma desse ano quando a gente falou da atividade de sombra eles ficaram, né, curiosos pra saber o que era. Participaram de momentos de reuniões com algumas equipes" (P1).
>
> "Eu acho que todo aluno da graduação, ele é submetido ao conhecimento do funcionamento da UBS. O que acontece com o usuário quando ele chega e o que é que vai acontecendo com ele dependendo daquilo que ele vem buscar, né [...], é oferecida essa oportunidade de transitar pelo serviço, de ver o modelo da programação, ver o modelo do PSF, né, de alguma maneira a gente tem o Programa Saúde da Família que é bem peculiar, uma coisa muito bem pensada, muito bem definida [...], eu acho que é colocar o aluno em cima dessa dinâmica institucional, né, e ver também as especificidades também, né, de cada área de atuação. Então, acho que em linhas gerais, é isso" (P3).
>
> "Os alunos, [...] eles participam e reconhecem desde a entrada do usuário, eles seguem o usuário, vêm quais são as demandas, como isso é captado, como isso é visto, como é dada a resposta" (P4).

"Nas unidades foram organizadas ligas com os alunos envolvidos no PET, grupos de trabalho, vamos dizer assim, atividades com os alunos da unidade [...]" (P4).

"[...] Também a gente vê aqui na São Remo, a gente fez um dia de luta contra a AIDS, um dia mundial de luta contra a AIDS e foi muito legal porque a gente viu que a população é muito carente de informação mesmo e, só o panfleto que o Ministério da Saúde disponibiliza não funciona. O negócio é ir lá fazer, mostrar como faz e encaminhar essas pessoas. É, muita gente tinha AIDS e não sabia e, nesse encontro, a gente encaminhou várias pessoas [...], eles faziam um teste rápido que na hora sai o resultado e eles descobriam [...]" (A1).

"[...] tem os processo de VD. A gente também já saiu pra fazer várias VD [...]" (A1).

"A gente ficava na sala nas consultas de acolhimento e, assim, a gente ficava lá quietinho olhando" (A1).

"[...] Eu fui fazer essa visita numa escola aqui da São Remo, no circo escola e fui também na São Remo num domingo [...]" (A1).

"[...] eu acompanhei várias consultas de enfermagem, praticamente de tudo, assim, da unidade [...]" (A1).

"Nossa! Eu aprendi muita coisa de ficar com o dentista" (A1).

"[...] uma coisa que é muito legal é essa atividade de sombra. Isso daí muda tudo, assim, a sua visão. Porque você, nossa, é muito legal. É uma atividade que eu acho que todo mundo devia fazer" (A2).

"Na nossa UBS lá, a gente vai fazer essa feira de saúde, a gente tá correndo atrás das coisas, sabe" (A2).

"A gente tá vendo prevenção, a gente tá vendo consultas corriqueiras do dia a dia, as visitas, o AMA" (A2).

"[...] A gente tem que ter um trabalho intervencionista na UBS também [...]" (A2).

"[...] Aí, entrei lá, fiquei com a enfermeira, com a médica [...] é mais a vivência mesmo, o dia a dia [...]" (A2).

"[...] A gente faz feira da saúde, a gente sai pra visitar paciente na casa dele [...]" (A2).

"Pediram pra eu ir na casa de um senhor que tava perdendo os dentes pra avaliar. Por mais que eu esteja no segundo e tenha muita dúvida ainda, eu pude dá uma ajuda pra família toda. Cheguei lá e comecei ver a escova de cada um, fui dando uma orientaçãozinha" (A2).

"O pessoal da nossa UBS, eles procuram chamar o pessoal que acabou de chegar [...]. Fizeram uma reunião só pra falar o que é Atenção Básica, o que é Unidade Básica de Saúde, depois a gente vai pra essa parte mais prática. Eu acho que eles procuram, há uma parte dos preceptores em querer passar todo esse ensinamento. Por mais que você tenha tido na faculdade, eles procuram reforçar isso, né. Então isso acrescenta de mais no aprendizado, tanto no teórico quanto no prático depois que a gente acaba convivendo" (A1).

A inclusão dos alunos nos momentos em que se realiza o acolhimento e as visitas domiciliares permite a apreensão dos tipos de problemas e demandas da população, bem como o seu enfrentamento nas possibilidades da APS. Vivenciar as práticas estabelecidas nos serviços desnuda a complexidade do acesso, as diferentes demandas dos usuários e traz à tona a questão das condições agudas. Conhecer o processo de trabalho germina o conceito de trabalho para além da ação centrada no profissional, na consulta clínica, na prescrição de medicamentos e na solicitação de exames complementares. As Visitas Domiciliares (VD) revelam a estratégia não reconhecida pela maioria dos estudantes em que profissionais de saúde se deslocam até as residências das famílias e permite a constatação das condições de vida e sua relação com as condições de saúde (Lucas et al., 2011).

Algumas UBS optaram por atribuir aos alunos um nível de responsabilidade mais alto, inserindo-os em grupos programáticos existentes na unidade.

> "[...] Desde o ano passado, a nossa UBS fez um projeto e a gente tem que se inserir dentro dos grupos que tem de trabalho na UBS. O ano passado a gente teve grupo de adolescentes, grupos de grávidas, artesanato, a gente foi se inserindo cada vez em um grupo. Esse ano a gente tá mais focado. Eu me inseri no de reeducação alimentar e no grupo de controle [...]" (A1).

> "Na nossa UBS, a gente tá no grupo de gestante, acompanhando as gestantes toda semana, toda quinta-feira de manhã e lá, eu lembro, que era um trabalho das enfermeiras com o médico e a gente tinha que fazer essa intervenção porque os alunos tinham que fazer intervenção no grupo que tava participando da atividade. A gente resolveu apresentar a odonto pras grávidas. Então, a gente tá no quarto módulo porque são quatro pessoas da odonto nesse grupo e o primeiro módulo foi sobre escovação, depois sobre dieta cariogênica [...]" (A2).

> "Esse ano, eles têm uma responsabilidade com os grupos que estão inseridos. Eles tem que fazer uma intervenção naquele grupo e eles são responsáveis por aquele grupo acontecer e alguns deles compraram a ideia realmente, assim os meus de sexta, eles começam o grupo, eles que organizam, tão com um pouco de dificuldade de falar ainda, mas eles, cê percebe que saem muita diferença" (P2).

> "[...] fazer grupos com adolescentes aqui na UBS ou fora da UBS, no espaço físico da UBS [...]" (P4).

No PET-Saúde da UNIMONTES, todas as atividades de educação em saúde foram desenvolvidas com a metodologia de grupos operativos. De acordo com Sobrinho et al. (2011), os grupos se operacionalizam através de encontros com a participação de usuários com características em comum. Os temas adotados –

diabetes, hipertensão, planejamento familiar, gestação, idosos e saúde mental – foram eleitos com base nas demandas do território.

Manteve-se, no segundo momento do PET-Saúde USP Capital, a proposta da pesquisa inicial, com a ampliação do inquérito, de modo a incorporar questões referentes aos cursos que foram incluídos – psicologia, educação física, farmácia e nutrição – e incluir as UBS ingressantes. Em acessão, foi planejado um estudo do território, por meio de um roteiro aberto. Ambos os estudos estavam previstos para serem concluídos em 2011 (USP, 2010). A expressão abaixo traduz um pouco do que ocorreu nessa época:

> "[...] Então, em dezembro a gente pensou 'e agora?', tavam chegando os docentes das outras áreas, precisava mudar. Aí, em 2010, começa o trabalho de estruturar os alunos na unidade, a agenda dos preceptores e os tutores reorientarem a história do inquérito pra contemplar todas as áreas, submeter isso ao grupo de alunos num treinamento como um início de iniciação científica, em 2010. E a gente só conseguiu executar mesmo o trabalho com os alunos, de forma mais autônoma, esse ano, no terceiro ano" (P4).

Para o ano de 2011, cada um dos grupos de educação tutorial, de posse dos resultados dos dois estudos desenvolvidos, deveria traçar sua própria estratégia de pesquisa em consonância com as características da área de abrangência da UBS e do perfil da população local.

Essa ação atende aos editais do PET-Saúde fixando que cada projeto deverá englobar um plano de pesquisa para os alunos participantes, especificando os objetivos e a relação com a qualificação da Atenção Básica (Brasil, 2008b). Apesar da ausência de maior detalhamento no documento, deduz-se que ele se refere à realização de pesquisas com rigor científico e não à atividades de intervenção que, devido a sua relevância para gerar melhorias, deveria integrar o rol das demais atividades do Programa.

As falas evidenciam que aquilo que alguns dos sujeitos conceituam como pesquisa trata-se, na verdade, de intervenções elaboradas após levantamento teórico sobre a temática alvo.

> "Tem a parte em que os alunos levantaram bibliografia, leram sobre, discutiram com a gente e a gente montou a intervenção juntos. E a gente vai começar semana que vem" (P1).

> "É uma pesquisa no sentido de que os alunos pesquisaram sobre a AIDS, eles aprenderam" (P3).

> "É mais nesse sentido. Pesquisa operacional, nem sei se essa é a terminologia, mas teve um investimento de leitura, uma das atividades, teve uma pesquisa do tema que foi muito interessante que foi a história dos preservativos, que virou uma série de murais" (P3).

O diálogo a seguir, registrado em um dos grupos, corrobora com o que foi afirmado, ou seja, de fato, o que os grupos PET estão desenvolvendo são intervenções com objetivos definidos, mas não pesquisas na sua conceituação científica.

> "[...] pesquisa formal não era a gente que ia fazer, exatamente, no primeiro caso. Depois, a gente fez, do meu ponto de vista, uma pesquisa operacional que foi com o tema da AIDS. Todos os outros serviços escolheram outras temáticas. A nossa foi AIDS" (P3).
>
> "Ali não foi uma pesquisa. Foi mais uma vivência num ambiente extra clínico" (P3).

A exigência de execução de pesquisas que obedeçam ao rigor da ciência, individualizadas por UBS, gera reflexões polêmicas e está ocasionando ansiedade e preocupação para alguns preceptores que não possuem experiência e domínio das técnicas de produção de conhecimento por meio de pesquisas.

> "Eu tô, na verdade, preocupado, assim, com a exigência de uma pesquisa mais acadêmica é que eu acho mais difícil" (P3).
>
> "E a escola propriamente dita já tem um espaço pra iniciação científica dentro da graduação, então acho que não justificava substituir" (P3).
>
> "Não é nosso papel, né" (P3).
>
> "A pesquisa é que é, porque aí exigiria um esforço além, né, ou já teria que tá sendo desenvolvido em paralelo" (P3).
>
> "Nós já com dois, três anos, nunca nos foi cobrada uma pesquisa, agora tá sendo cobrado, aí você tem que correr muito mais, né" (P3).
>
> "[...] Como pesquisa é um desafio também" (P4).

Alguns preceptores manifestam discordância com relação às pressões exercidas para a realização de pesquisas. Afirmam que os relatos de experiência e o estudo de temas específicos para embasar a programação de intervenções demandam menos esforços, são mais viáveis e geram resultados positivos.

> "Esse é um assunto polêmico porque, assim, na verdade, o PET pra trazer o aluno pra dentro do trabalho, pra dentro da comunidade, enfim, a gente

> desenvolver uma prática dentro do SUS. Esse é o compromisso, quer dizer, que aí há exigência de como é que você dá visibilidade pra isso e a pesquisa acaba sendo o jeito de dá visibilidade. Agora, hoje em dia, você vai nos congressos, nos congressos de Saúde Pública, obviamente, você tem muito dois tipos de representação, né, você tem a apresentação da experiência em serviço, né, que é um negócio legal, não tem o rigor de uma pesquisa, [...] eu acho positivo você trabalhar. Agora já a experiência e, eventualmente, se tiver condições, uma pesquisa, né. Pesquisa é assim, você tem que ter um certo rigor e atender às comissões de ética, tudo isso dá bastante trabalho. E eu acho que, assim, a compreensão da ideia da pesquisa é a experiência e/ou se possível uma pesquisa mais formal e tal" (P3).
>
> "[...] porque, um dos objetivos é o estímulo pra pesquisa, a gente fica meio atravancado quando pensa que é um desafio do ensino, mas também é uma possibilidade que nós temos [...]" (P4).
>
> "[...] eu acho que na experiência anterior, na da AIDS eu acho que o aluno teve mais espaço pra criar, pra sugerir, fazer leituras, as técnicas dinâmicas de grupo pra quem for fazer grupo, que foi praticamente todo mundo, né. Então, em termos de vivência, experiência mesmo permitiu mais [...]" (P3).
>
> "Mas eu acho que pra formação dele, tanto pessoal quanto a metodologia de trabalho com o outro, né. Como é que é que a gente vai discutir com a comunidade? Não é de qualquer forma. Quer dizer, todo esse trabalho com o usuário de você aprender de terminadas técnicas de conversação. Eu acho que ele aprende muito mais do que uma pesquisa formal que tem que correr atrás de um monte de coisa burocrática, mas que aprende, óbvio, sempre aprende. Mas eu acho que fica mais distante. Eu acho que pro aluno do PET é muito mais interessante vivenciar essas experiências de pesquisa pra formação mesmo que ele vai desenvolver um dia, no final da formação dele lá, né, um dia ele vai sempre usar esse tipo de aprendizado e eu acho que isso vai ser muito mais importante nesse momento [...]. São coisas práticas que ele vai buscar, você aprende, você se forma no outro" (P3).

As colocações são legítimas, uma vez que a maioria desses profissionais não está qualificada e apta a desenvolver pesquisas, o que explica a angústia e a insegurança diante da possibilidade de realizá-las. O relato abaixo retrata essa preocupação:

> "Falando um pouquinho mais específico do PET, o que eu sinto é a dificuldade na hora, por exemplo, agora a gente tá fazendo alguns projetinhos que vai virar um projeto de pesquisa, são poucos que estão aqui que tem mestrado, por exemplo, e aí a gente não consegue dá todo suporte que eles precisariam pra escrever, pra focar num modelo mais científico, essas coisas assim" (P2).

Entre as atribuições do aluno bolsista se encontra (Brasil, 2010f, p.59):

> Publicar ou apresentar em evento de natureza científica um trabalho acadêmico por ano, individualmente ou em grupo, relacionado às atividades desenvolvidas no âmbito do programa; fazendo referência a sua condição de bolsista PET-Saúde nas publicações e trabalhos apresentados.

Esse recorte da portaria apresenta uma informação dúbia e indeterminada: as publicações e trabalhos a serem apresentados em eventos científicos devem ser ou não oriundos de pesquisa científica? Como descrito anteriormente, a documentação que regulamenta o PET-Saúde é clara com relação à exigência da realização de investigações de cunho científico, mas se contradiz ao explicitar que as apresentações e publicações nos eventos devem ser ligadas às atividades realizadas pelo programa. A citação acima revela elementos para concluir que o que se deseja como trabalhos para serem divulgados em eventos são relatos de experiência.

Para reforçar, faz-se referência a dois eventos científicos[12] em que foi possível observar os trabalhos expostos, apresentados e/ou publicados, identificados como derivados de ações dos grupos PET-Saúde. Em número considerável, eles se reportavam ao relato das atividades desenvolvidas nas áreas de atuação dos grupos, em diversas localidades do país. Além disso, o trabalho de Souza-Neto et al. (2011, p. 18), afirma que foram divulgados “trabalhos de vivência em congressos”.

Um dos preceptores explicitou que no grupo PET-Saúde, do qual fazia parte, trabalhos tinham sido divulgados no formato relato de experiência:

> “E ao final, como produto, tivemos dois trabalhos em congresso, mas eles entram no tipo relato de experiência, não é uma pesquisa acadêmica, entendeu” (P3).

Os alunos revelaram outra dimensão favorável derivada do contato com as pesquisas. Para eles, assim como ocorreu no PET-Saúde da UFAL (Souza-Neto et al., 2011), elas motivam e estimulam o envolvimento em outras atividades extracurriculares, como projetos de extensão e projetos de Iniciação Científica:

> “Acho que também desperta um pouco pra aqueles outros projetos externos, o CANANEIA. Então eu acho que desperta um pouco o interesse pra projetos externos. Não sei na de vocês” (A1).
>
> “Eu acho que o PET é uma oportunidade de o aluno pensar realmente em tocar uma pesquisa, porque eu acho que as pesquisas elas vão mostrar

[12] 11º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade – Brasília, 2011.
I Mostra de Experiências Exitosas dos projetos do Pró-Saúde, PET-Saúde e Telessaúde da área de Odontologia realizada durante a 46º Reunião Anual da Associação Brasileira de Ensino Odontológico – Florianópolis, 2011.

> coisas pro governo que é uma forma de você tentar mudar aquilo que você tá vendo, como, por exemplo, a gente tá fazendo com esse projeto [...] Eu, várias vezes, pensei, porque durante a graduação, com as disciplinas de sociais, a gente realmente não vê essa motivação. Cê não pensa muito assim 'ah, vou tocar um projeto em Social' [...] Uma coisa que eu não pensava quando eu tava no primeiro ano [...]. De trazer dados, coisas na intenção de mostrar pro governo 'olha, isso aqui tá errado, a gente tem que mudar isso, a gente pode mudar'[...]" (A1).
>
> "[...] eu até comecei a integrar o outro projeto que eu faço parte com esse projeto [...] Envelhecer Sorrindo [...]" (A2).

Como proposto, os resultados das pesquisas sobre as necessidades e sobre o território deveriam nortear e oferecer subsídios para o estabelecimento de ações efetivas. As expressões elencadas na sequência revelam convergência com essa assertiva:

> "Então, esse ano nós dividimos os alunos em três eixos pra fazermos uma discussão em cima dos resultados dos inquéritos que foram realizados até o começo desse ano em que foi feito o levantamento das principais necessidades. Em cima disso, em uma das reuniões, os alunos optaram, 'queremos falar sobre vetores, sobre lixo', aí nós montamos três eixos [...], tem dois preceptores pra quatro alunos a seis alunos, quatro alunos. Então meu eixo, [...] a gente vai falar sobre os fluxos da unidade. Pensar em fazer uma cartilha pra divulgar entre, para a população" (P1).
>
> "E assim, essa parte de vetores [...], daqui da unidade, nós obtivemos esses dados pelo inquérito, que aí, ano passado muita gente colocou que assim, a gente falava dos grupos que tem na unidade, a pessoa 'ah, não conheço', e eles reclamaram muito também de ratos que tem aqui, então veio os dois projetos que é a divulgação do sistema, né, que é os fluxos e a parte dos vetores e adolescentes também foi levantado" (P1).
>
> "Isso! Em cima das necessidades dos adolescentes [...]" (P1).
>
> "[...] Esse tema de pesquisa, a ideia dele nasceu de uma parceria da unidade, onde a gente foi participar de um dia de ações da saúde, que os alunos do PET participaram e que, em algumas oficinas pensadas, os educadores que já trabalham com as crianças trouxeram essa demanda e que a gente resolveu acolher [...]" (P4).

Os relatos mostram que a programação de todas as atividades acontece de maneira conjunta entre os protagonistas do PET-Saúde, essencialmente os preceptores e os alunos:

> "E é um planejamento bem participativo, né, o aluno também dá palpite. Eu acho até interessante que, assim, talvez seja um dos maiores ganhos pra ele, pro aluno seja isso mesmo, participar do planejamento do trabalho, a análise do que deu certo, do que deu errado, refazer essa estratégia" (P4).
>
> "E a gente acatar a importância do que eles falam e eles acertam bastante. Então é bom isso" (P4).

> "[...] Eu acho que [...] tem que ser, que esse ano foi diferente porque as ideias surgiram do grupo, através das nossas reuniões, [...] a gente discutia e era muito legal porque as ideias foram surgindo [...]" (P4).

Quanto mais os atores se envolverem com as decisões, discutindo-as no coletivo, mais efetivas serão as ações e mais benefícios serão gerados para os sujeitos (Trajman et al., 2009).

Os alunos identificaram benefícios direcionados à comunidade propiciados pelas ações desenvolvidas por eles:

> "A gente viu um resultado muito bom (a respeito da oficina de gestantes). Assim, a gente apresentou e elas ficaram cheias de perguntas e tal" (A2).

> "[...] a gente tá falando sobre temas da nossa área na área deles porque é só enfermeira e médico e tava faltando um pouco de odonto, da importância da odontologia na gravidez. Então, a gente vai deixar esse material lá com eles, os slides, os vídeos, as fotos" (A2).

> "A gente tá vendo que tá tendo esse efeito, sabe. Pelas perguntas e pelo interesse delas e dos profissionais também. Muitos profissionais vêm e tiram dúvidas [...]" (A2).

> "[...] ele foi estruturado pra que a gente criasse uma intervenção nós, alunos e que tentássemos implantar aquele projeto, que aquilo funcionasse independente da gente continuar o PET ou não [...]" (A2).

> "No nosso caso aqui com relação aos vetores, pra gente é muita, em relação a comunidade, porque você tem uma orientação constante. Então assim, o grupo que às vezes sai adquire experiência, mas vão continuar com o grupo. Então isso vai fortalecer a comunidade. Então o plano de prevenção, que vai ter uma experiência em relação a isso, mas isso vai continuar pra melhoria da comunidade" (P1).

> "A comunidade, com certeza vai se beneficiar porque tudo que tá sendo feito, tá sendo feito pensando nas necessidades e nas demandas deles [...]" (P1).

> "Se a gente conseguir, ao final, fazer um produto num formatinho específico pra comunidade São Remo sobre dengue vai ser legal. Vai cumprir com os objetivos" (P3).

No intuito de materializar o planejamento e a avaliação das atividades, cada unidade organiza reuniões periódicas, ora com a presença somente de preceptores, ora com preceptores e alunos e ora com todos os protagonistas. Corroborando com o PET-Saúde USP Capital, a utilização de reuniões periódicas como mecanismo de avaliação e troca de experiências, foram relatadas pelo PET-Saúde da UFAL (Souza-Neto et al., 2011) e pelo PET-Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) (Borges et al., 2011).

Percebeu-se que, nesse escopo, as UBS mantêm um padrão organizativo heterogêneo.

> "Uma vez a cada três semanas a gente reúne todos os alunos" (P1).
>
> "Normalmente, nessa reunião geral, a gente já passa as datas (das próximas reuniões) [...]" (P1).
>
> "Toda quinta-feira a gente discute as atividades, tenta falar um pouquinho do, porque agora mesmo que cada um ficou no seu eixo de pesquisa, então cada um conta um pouquinho do que tá acontecendo, troca ideias, né" (P1).
>
> "Nossas reuniões aqui são todas as quintas, só os preceptores, e essas gerais são a cada três semanas" (P1).
>
> "Aí com os alunos é assim, os meus alunos e os da colega é toda sexta-feira à tarde. O da outra colega é de terça. Então a gente dividiu assim" (P1).
>
> "A gente faz uma reunião com os preceptores e os alunos [...]" (P4).
>
> "[...] nas reuniões que a gente fazia aqui mesmo [...]" (A1).
>
> "[...] Geralmente, nossa reunião é de quinta-feira [...]" (P5).

Convém explicitar, numa rápida digressão, que em boa parte das UBS participantes desse estudo, a coleta de dados ocorreu no momento das reuniões periódicas programadas, como uma tentativa de facilitar o encontro dos preceptores que já haviam reservado esse espaço em suas agendas. Na unidade em que a coleta não foi realizada, informou-se, no momento das solicitações para a realização do grupo focal, que não eram realizadas reuniões periódicas com todos os preceptores ao mesmo tempo devido às incompatibilidades de horários.

Para alguns trabalhadores dos serviços de saúde, na atualidade, após praticamente três anos de vigência do Programa, mesmo com a aprendizagem gerada pela experiência, a indefinição das atividades e até de objetivos ainda prejudicam o andamento e o alcance de resultados efetivos.

> "[...] O PET tem vários problemas, várias dificuldades, nós não temos um que fazer, né, uma maneira de projetar e isso acaba deixando solto de mais o nosso projeto" (P4).
>
> "[...] eu avalio o PET como positivo, mas com defeitos gravíssimos, né, que a gente não tem uma avaliação sistemática e uma condução do que devemos fazer, ou objetivos de trabalho do PET de maneira mais efetiva" (P4).
>
> "Eu penso que a dinâmica de receber alunos não tem, todo mundo faz do seu jeito, né, acho que falta a didática, o modelo didático de como a gente

> fazer isso. A dinâmica varia, cada aluno tem seu jeito. Se tivesse um modelo didático pra gente poder mesclar [...]. Eu acho que tinha que ter um modelo pra gente saber mesclar isso, segurar um pouquinho e ir dosando melhor" (P4).
>
> "[...] Mas a gente não tem um alinhamento, sabe, não é uma coisa que prenda a gente a fazer exatamente aquilo [...], eu acho que isso é importante, ter um alinhamento, mas não restringir, não vim uma professora aqui dizer exatamente o que cê tem que fazer, que daí eu acho que perde totalmente o sentido do PET [...]. A gente precisa mais de um alinhamento conceitual, do que é prático, né. O prático não, é o nosso dia-a-dia. Eu acho que isso é ruim" (P5).
>
> "O contato acho que é muito isso, entendeu? O problema é que quando a gente tá meio desfocado, atrapalha. Não ter objetivos claros, não saber o que você veio fazer, porque você faz, quanto tempo. Aluno de medicina que vem sabe que pela grade ele tem que tá aqui. Agora os do PET querem cavar um buraco pra poder se enfiar. E aí vai depender muito do interesse. Isso é complicado, pode ajudar ou pode atrapalhar, o contato com a Atenção Primária" (P2).

Os preceptores acreditam que deveria partir da coordenação do Programa uma postura mais rígida e impositiva, no sentido de cobrar metas e ações visto que eles se sentem desnorteados, desatados, desprendidos e, em decorrência disso, mantêm um rendimento inferior ao que seria ideal.

> "[...] esse é um poder que falta na coordenação, ver, colocar ali, melhor, objetivos gerais, né, específicos, prazos porque essas coisas funcionam baseados na cobrança quando a gente trabalha meio que nessa brincadeira de câmara legislativa [...]. Questão de seguir as coisas, as coisas vão mais devagar. Esse é o ganho, é um processo democrático muito interessante, a gente aprende bastante, mas perde por esse lado dos resultados do nosso trabalho, é uma parte que me incomoda bastante [...]" (P4).
>
> "Vai muito do momento de cada indivíduo, do aluno, o ser humano trabalha, acho que não pode ser tão solto assim, né. Eu acho que os grupos, de maneira geral, eles ficam muito soltos e algumas pessoas que são mais empolgadas acabam se frustrando porque trabalhar em equipe é complicado, outras pessoas que não tão motivadas acabam atrapalhando o grupo [...]. Então, isso incomoda. Considerando a quantidade de erros multiplicado por mil dá uma bela de uma grana e pensando no valor de mercado eu fico pensando no quanto a gente consegue pedagogicamente, se não existem outras maneiras de usar esse dinheiro para gerar melhor qualidade" (P4).

Indubitavelmente, o sucesso do Programa mantém relação direta com o grau de compromisso e empenho dos seus protagonistas, o que quer dizer que ele pode se configurar de maneira mais efetiva ou não a depender da postura adotada pelos sujeitos integrantes, principalmente os estudantes. As alocuções na sequência revelam percepções dos preceptores sobre esse assunto:

> “Depende muito do interesse também dos alunos” (P1).
>
> “É, a proposta do PET é muito boa, mas aí depende muito do interesse do aluno participar” (P1).
>
> “O objetivo geral do PET é muito bom, principalmente nos cursos em que não tem essa disciplina, por exemplo, hoje a enfermagem, a medicina tem, mas farmácia, psicologia, nutrição, eles não tem. Então o objetivo do PET é muito legal, mas é isso, tem que ter o comprometimento deles mesmo” (P1).
>
> “[...] depende também do aluno, né, do tanto que ele se dedica pra tal [...]” (P3).
>
> “[...] eu acho que é um trabalho que é importante pra ele, mas depende do tanto que ele se interessa pra tal” (P3).
>
> “[...] Alunos que não estão motivados acabam investindo onde não deveriam. Os resultados podem ser repensados [...]” (P4).
>
> “Tem gente que chega sem nenhum interesse. Nenhum interesse no que a gente tá fazendo, nas atividades” (P1).

As representações dos preceptores, em maior quantidade, expressam que a bolsa oferecida pelo Ministério da Saúde aos estudantes que participam do PET-Saúde, possui um forte poder de atração e que, quando ela representa o único motivo para a participação dos alunos, o empenho dos mesmos se torna inadequado e abaixo do esperado.

> “[...] Eu escutei, de um aluno, uma coisa que eu fiquei muito triste que ele disse que tem alguns colegas que participam do PET porque no PET você ganha dinheiro fácil, né [...]” (P5).
>
> “Se eu tô só pra receber a bolsa, é claro que eu não vou me empenhar tanto, vou me empenhar mais ou menos. Agora se eu quero entender, entender e ter interesse, aí sim, no futuro, ele pode ter um ponto positivo pra direcionar ele pra Atenção Primária” (P1).
>
> “Sim [se interessam somente pela bolsa]” (P1).
>
> “[...] tem pessoas que vem pela bolsa, né [...]” (P2).
>
> “[...] Tem alunos que, realmente, às vezes se interessam no programa pela bolsa [...]” (P4).
>
> “[...] porque muitos acabam entrando pela própria bolsa porque faz diferença pra eles [...]” (P5).
>
> “[...] eu acho que muitas vezes eles vêm mais porque tem uma bolsa [...]” (P3).

Foi mencionado que a ocupação de vagas por alunos desinteressados e descomprometidos priva outros alunos que, por ventura, possuem um interesse maior, em participar do Programa.

> “Até com relação a esse questionamento, eles colocam ‘tem gente lá dentro que quer oportunidade de participar e não pode porque a vaga tá ocupada por uma pessoa que não tá querendo fazer’. Eles queriam, eu acho, nem pela bolsa. Tem pessoas lá dentro que queriam participar e realmente não pode” (P2).

Todavia, parte dos preceptores julga que os alunos que se vinculam ao PET-Saúde objetivando somente o recebimento da bolsa, sem direcionar interesse pelas atividades, terminam por desistir da proposta.

> “[...] os alunos que vêm só pela bolsa, geralmente, eles não ficam. Eles não conseguem porque eles acabam ficando muito nervosos de vir pra cá, tão longe” (P5).
>
> “Quando o aluno só quer a bolsa, ele mesmo sai [...]” (P5).

As lacunas referentes à dedicação e ao entusiasmo acarretam o comprometimento dos objetivos propostos, tendo em vista que os estudantes desmotivados não se empenharão para que haja a inserção na totalidade dos trabalhos planejados, colocando em risco a almejada melhoria do processo de aprendizagem.

> “[...] Então, se é aquele aluno completamente desmotivado, se insere malemático, ‘ah, vou faltar uma aula na segunda, depois vou na quinta’, realmente não vai tá participando de nada. Ele passa pela UBS. Ele não tá aprendendo, ele não tá vivenciando, ele não tá construindo junto. Isso é exclusivo de acontecer no PET, né. Então, se o aluno quer ter esse tipo de postura, ele consegue” [...] (P2).
>
> “[...] mas tem ocorrido bastante falta, né?” (P1).
>
> “Acho que tem dois exemplares, o menino comendo batatinha no grupo de reeducação alimentar, foi bastante significativo. Abrir o saco de batata e ficar assistindo naquela postura de zoológico, né, de ficar assistindo aqueles macacos ali pulando, não tem nada a ver com ele, ‘não tenho nada a ver com isso, não sou nem da mesma espécie’. Como é que alguém não está inserido no que tá rolando, né? E comendo batatinha” (P2).

As representações dos sujeitos registraram insatisfação dos alunos com relação ao descaso mantido por alguns dos colegas. Os estudantes se sentem injustiçados por se inserirem de forma efetiva e desempenharem um maior número de atribuições e, mesmo assim, receberem o mesmo incentivo financeiro que aqueles que são descompromissados.

> “Os próprios alunos percebem quando o outro não vem, falta. Os próprios alunos falam assim ‘porque que eu tenho que vim duas vezes, ser cobrado e o outro lá não tá nem aí’?” (P2).
>
> “[...] Mas os outros alunos ficam bastante desconfortáveis. Eu já ouvi isso ‘gente, mais tem certeza que a gente ganha a mesma bolsa? A gente tá aqui toda semana, prepara oficina, prepara material de power point e o colega lá que eu conheço, traz lanche, bolo de ovo pro grupo de gestante e aí o colega recebe a mesma bolsa e tava lá na atlética fazendo não sei o que, porque ele é campeão de não sei o que’” (P2).
>
> “[...] E eu vejo que, pelo menos todas as coisas que eu fiz, eu não vi quase ninguém fazendo, quase ninguém” (A2).
>
> “Não que eu me sinta prejudicada nas minhas atividades, só que, assim, eu vejo outras UBS que o aluno só precisa ir uma vez por mês, enquanto na nossa, a gente tem que ir duas vezes por semana [...]. E a gente vê relatos de pessoas, até na mesma sala, comentando da participação ‘ah, mas eu só preciso ir na reunião geral’” (A2).

Essa insatisfação se estende aos resultados do Programa como um todo. Para os alunos que se devotam e reconhecem a importância do PET-Saúde para a sua formação, é infundado o fato de o Programa receber uma avaliação negativa, que o desqualifique enquanto potência para transformar o processo formador e que isso possa ocasionar a sua extinção, em decorrência da falta de compromisso e empenho de alguns colegas.

> “Eu fico chateada, sabe, porque, tipo, a gente se empenha bastante, e de repente, chega no final do ano, no seminário geral, e tem uma ameaça de não continuar o programa no próximo ano porque não foi produtivo em alguns, existe crítica que não fizeram e aí, já teve interpretação do próprio governo de que o PET tá aí só gastando dinheiro [...]” (A2).

Os trabalhadores dos serviços de saúde reconhecem que a postura inadequada dos alunos pode ter se dado em consequência da posição adotada por eles próprios no início do desenvolvimento do Programa, já que eles não sabiam exatamente como deveriam proceder, devido a já mencionada ausência de clareza nas diretrizes operacionais do PET-Saúde. A experiência ofereceu subsídios para que essa situação fosse modificada. A seguir, encontram-se alguns exemplos:

> “As dificuldades, acho que a primeira foi ter dado muita liberdade de escolha para os alunos e faltou um pouco de comprometimento” (P1).
>
> “No segundo, eu acho que trocaram muito os alunos. Ficaram só dois alunos do ano passado. Então, no início, a gente frisou bem o comprometimento, se eles não tivessem o comprometimento não valeria à pena eles continuarem no programa, acho que pontuando mais isso, mas

> pra um limite, eu acho que eles se comprometeram mais também. E também a gente foi dando um gás" (P1).
>
> "Nós mudamos também" (P1).

Os alunos demonstram um olhar diferenciado com relação ao posicionamento dos preceptores. Para alguns deles, as atitudes são impositivas, inflexíveis e incompreensivas.

> "Nossa, os preceptores daqui são assim. Eles falham muito, sabe. Cobram muito. Aí teve um dia que eles marcaram uma reunião, uma terça meio dia. Só que, assim, terça meio dia eu já tenho outros compromissos. Eu tô disponível pra eles quarta-feira à noite que é o dia da nossa reunião? Eu tô disponível. Aí eles marcaram numa terça achando que a vida é festa, sabe. 'Ah, eu tô marcando cê tem que vir porque é obrigação sua'. 'Não, desculpa, não é obrigação minha'. Aí eu falei 'olha, eu tenho prova, toda terça-feira eu tenho prova e não posso chegar atrasada'. Então eles 'ah, a reunião é do meio dia as três'. 'Desculpa, eu vou sair quinze pras duas porque eu não posso ficar mais'. Reclamaram um monte só que aí só fui eu. Eram pra ir mais três meninas, só fui eu [...]. Fiquei uma horinha lá e fui embora e ainda reclamaram, sabe. Pô, não dá também, né" (A1).
>
> "[...] Só que como é muito imposto, lá é assim, as coisas são muito impostas, muito. 'Você tem que vir à reunião, você tem que fazer isso, você tem que fazer aquilo, se você faltar três vezes, a gente te desliga''. Eu acho isso muito chato. Se a pessoa quer fazer, ela vai fazer, independente. Tudo bem, gente, mas só que, assim, era uma coisa muito imposta. Cê não podia falar 'ah, hoje eu tô passando mal, hoje eu não vou'. 'Você faltou duas vezes, da próxima vez a gente vai te desligar', entendeu? Não é nada flexível. Tinha dia que eu tava na aula até as seis, chegava lá seis e meia. 'Desculpa, gente, cheguei seis e meia'. 'Se você chegar atrasada na próxima reunião, você vai ser desligada'. 'Gente, por favor, eu tô aqui, vai, não é que eu não quis vim'. É que a minha UBS é muito rígida [...]" (A1).
>
> "Pra eles isso não é desculpa. 'Ah, você tem aula? E daí?'" (A1).
>
> "E não perder a bolsa, porque eles têm esse negócio de ameaçar, sabe" (A2).
>
> "Às vezes você liga e fala assim 'posso ir outro dia? Tem problema? ' E eles dizem que tem. Eu já cheguei atrasado e tomei falta na UBS porque cheguei atrasado" (A2).

Outros estudantes manifestaram divergência de opinião, afirmando existir uma relação dialógica, baseada na compreensão e na flexibilidade com as UBS.

> "[...] Teve uma reunião que eu não pude ir porque eu estava com um paciente aqui na clínica, que eu falei que não ia consegui aparecer por causa do paciente e ela disse que tudo bem. Nessa parte, eu vejo que tem bastante compreensão e acolhimento por parte da preceptora [...]" (A1).
>
> "Mas isso depende muito, também, da UBS. Porque eu não sabia que na minha tinha que ir toda quinta, então eu faltei umas duas, três quintas sem saber. Daí mandaram o e-mail, eu fui lá e conversei com ela e ela

> (referindo-se a preceptora) ‘não, não tem problema nenhum’. Mas já teve quinta que eu liguei e pedi pra não ir por causa de prova, teve quinta que, realmente, eu faltei e eles são muito flexíveis, assim” (A2).
>
> “[...] A nossa UBS é bastante flexível [...]” (A2).

Consta na Portaria nº 4, de 29 de março de 2010, que o estudante bolsista deve ser desligado em casos de descumprimento das atribuições sob sua responsabilidade (Brasil, 2010g). Os preceptores aludiram que a falta de compromisso constitui um fator para que o estudante deixe de receber o incentivo financeiro e seja substituído por outro aluno da lista de espera. Entretanto, esse procedimento, além de demandar tempo, ocasiona problemas para as unidades envolvidas no processo de substituição.

> “[...] Lógico que se a qualificação dele é muito ruim, a gente vai fazer uma avaliação, isso vai sendo construído. De repente, ele pode até sair, mas isso demanda um bom tempo, né” (P2).
>
> “Então, mas esses alunos (referindo-se aos alunos descompromissados) não recebem bolsa. Quando a gente faz o fechamento, eu já coloco no relatório quantas presenças” (P2).
>
> “Então é bem complicado pra se gerenciar essa questão do compromisso [...], por exemplo, a gente teve um problema, tá entrando uma aluna, acabou de entrar uma aluna nessa altura do campeonato. Então, a gente vai ter que cuidar disso, quer dizer, desse conteúdo inicial, da apresentação da UBS. Então cê fica tendo que fazer isso várias vezes a depender até, não sei se tá dando pra entender o que eu tô querendo dizer. Quanto mais você leva adiante esse compromisso, responsabilidade e quando o aluno não pode colaborar, ou não quer, enfim, né, e ele acaba se desligando como acabou de acontecer, né, aí a gente fica com uma pessoa nova que você tem que, nós tamo agora quase que entrando no trabalho de campo da pesquisa, né, da dengue, e nós vamos ter que cuidar dessa pessoa que também vai ter uma inserção solitária que também empobrece, mas também empobrece a pessoa sozinha. Chega na comunidade uma pessoa, é muito mais lega ir uma dupla, né” (P3).

Alguns preceptores sustentam que existem alunos comprometidos e empenhados em valer-se das oportunidades proporcionadas pela inserção nos serviços de saúde. Nesses casos, os ganhos são visíveis, como convergem as manifestações abaixo:

> “[...] eles adoram. Pro grupo de gestantes, eles montaram todo um cronograma pro semestre. Não foi uma aula, mas uma inserção. Eles montaram um cronograma de inserção deles” (P2).
>
> “Eles são bem interessados” (P1).

> "[...] Então eles mandam os resumos que a gente pede, pesquisa de artigos eles colocam no blog. Esse ano, assim, a gente ficou com uma turma bem bacana mesmo. São doze alunos" (P1).
>
> "Então elas gostaram bastante. Elas são muito comprometidas" (P1).
>
> "[...] eu acho que tem pessoas que vem super interessadas, estimulam você, mas isso é variável, tem muitas possibilidades [...]" (P2).
>
> "[...] a gente vê que tem aluno muito interessado [...]" (P2).
>
> "[...] o aluno, na maioria das vezes, ele é bem interessado [...]. Com os alunos que são presentes, claro [...]. Eu acho que são alunos que são muito interessados. Facilita muito o contato [...]" (P4).
>
> "A gente já percebeu, assim, que os alunos do PET têm um diferencial, eles querem participar disso, né [...]. Eu acho que eles tão com muito pique de aprendizagem, porque eles tão abertos também a aprender, não é uma coisa 'sou obrigado a ir naquele dia na Unidade Básica de Saúde [...]" (P5).

A proveniência para o descompromisso e a falta de empenho demonstrada por alguns estudantes pode ser atribuída, em parte, às dificuldades em conciliar o horário disponível nas estruturas curriculares, sobretudo dos cursos que funcionam em tempo integral, com os horários das UBS.

> "Pensar no compromisso do projeto é importante, mas eu acho que é difícil porque, na verdade, os alunos nas suas grades de aulas eles têm poucos, as grades são muito, consomem muito o aluno. Tem aluno, hoje em dia, da USP aqui que são todas, deixam pouco espaço e isso vira um fator limitante porque o PET é um pouco extensão, né, um pouco não, ele é um trabalho de extensão. Você não pode tirar uma disciplina em função do PET [...]" (P3).
>
> "O PET quer tentar inserir os alunos no serviço só que não dá disponibilidade de horário na grade curricular pra tá aqui no serviço [...]" (P4).
>
> "[...] O que eu acho ruim, e que acontece, é assim, mudando de assunto um pouco, é os cursos que são presentes no PET sabem que os alunos estão aqui só que ainda não foi pensado numa grade curricular que favorecesse a presença deles aqui, né. Porque vai e vai e se vira, se eles vão, eles faltam nas aulas menos importantes pra eles. Fica difícil!" (P1).

A problemática da disponibilidade de horário é reconhecida como uma relevante limitação do PET-Saúde USP Capital.

> "Acho que uma das maiores dificuldades é conciliar a agenda com a agenda do aluno [...]" (P4).
>
> "Essa é nossa maior dificuldade" (P2).
>
> Essa é uma das dificuldades possíveis. A agenda bater, a agenda do aluno com a agenda do profissional" (P4).

> "[...] as dificuldades é, realmente, o horário [...]" (A2).
>
> "[...] E é uma coisa que eles vêm reclamando, é isso, né. Nos seminários eles já falaram em cima disso. Que geralmente tá faltando (referindo-se a compatibilidade de horários entre estudantes e preceptores)" (P1).
>
> "E isso é ruim. Esse é o ponto negativo" (P1).
>
> "[...] o grande problema é o problema que todo mundo tem de não consegui casar a agenda" (P5).
>
> "[...] A gente já teve vários problemas com essa questão do horário que foi um fator que eu acho que dificultou muito, assim, até pra crescer mais o projeto [...]" (A1).

De forma convergente, a investigação feita por Oliveira e Coelho (2011), com alunos do PET-Saúde da UFMS, apontou a incompatibilidade entre os horários dos protagonistas como a dificuldade mais relevante para operacionalizar efetivamente o Programa.

O PET-Saúde USP Capital admite a participação de estudantes matriculados em período integral e noturno. Os estudantes entendem que esse é um fator intensificador para a problemática da incompatibilidade de horário.

> "Sempre vai ser difícil agradar a todos. Não tem como" (A1).
>
> "Na minha unidade é complicado porque pro pessoal do noturno, as reuniões sempre começam às seis horas. Eu não tô nem falando por mim, eu sou do diurno. Mas o pessoal do noturno, as reuniões começam às seis horas e terminam as oito. É um horário inviável pra quem estuda a noite. E já que selecionam alunos do noturno, assim, na minha UBS eles reclamam muito disso. 'Ai, cê não veio na reunião'. 'Só que eu sou do noturno, eu não vim porque eu tava na aula e eles me selecionaram falando que eu tinha que ter quatro horas de disponibilidade por semana, eu tenho essas horas de disponibilidade, mas não quer dizer que seja durante a noite, pode ser que eu tenha de meio dia as duas de quarta-feira, eu posso ir'. E eles não pensam isso. Eles pensam assim 'Ah, reunião, é reunião; cê faz noturno, o problema é seu'. Só que aí porque que selecionaram uma pessoa que é do noturno se não pode, entendeu? Eu acho isso" (A1).
>
> "É, o horário foi bem difícil, assim. Na minha, o noturno seria o que teria menos problemas porque as reuniões pegavam o nosso horário, de diurno. Então o horário foi bem complicado que era crítico também pra eles porque fazia a reunião aí odonto tava em aula, medicina tava em aula, todo mundo em aula e chegava lá meia dúzia que não tinha aula. Então que o horário foi um fator, assim, pra consegui juntar todo mundo. Todas as reuniões que a gente tinha era discutido isso [...], é o que ela falou, chegava o horário e você tava tendo aula. Que a gente tá com clínica. Até quando era aula, a gente conseguia dá uma fugidinha, mas clínica você não tem como faltar, largar o paciente. Então, isso foi bem difícil, assim, de consegui" (A1).
>
> "Eu acho que o noturno, até, que tinha tudo pra ser mais fácil que eu lembro que teve um ano, quando foi primeiro que tinha medo de colocar o pessoal

> do diurno porque o do noturno tinha o dia inteiro, assim, né. Lógico que não faz só isso, mas, assim, tem mais, faz um outro estágio, alguma coisa. Agora a gente é o dia inteiro lotado, então, era um grande medo colocar o pessoal do diurno pra participar do PET. Eu lembro da época" (A1).

> "Hoje, por exemplo, não é que eu me sinta prejudicada mesmo, mas enfim, eu gostaria de ver esse debate de hoje, mas eu não posso, tenho aula de materiais. Não existe uma outra opção, sabe, nos dias do seminário eu tenho aula. No primeiro ano, eu tive que, em vários momentos, eu faltei várias aulas pra poder assistir esses debates, esses seminários porque as pessoas diziam que era obrigatória. Então, assim, a gente teve até ameaça de corte de bolsa se a gente não participasse do seminário, sabe" (A2).

> "[...] Agora, tá um pouco mais corrido por causa de horário, porque, assim, às vezes, as reuniões são marcadas no horário que vai começar minha aula e é a noite, que agora eu passei pro noturno [...]" (A2).

Alguns alunos mantém um horário fixo semanal para desenvolver atividades na unidade ou na área de abrangência. Isso os priva de vivenciar e conhecer a programação completa e a gama de atividades da UBS.

> "[...] A minha aluna, por exemplo, ela tem facilidade pra vim em um dia e, às vezes, tem outras coisas muito ricas, outras atividades que ela poderia participar, mas é difícil pra ela sair da faculdade pra vim pra cá. Podiam colocar essas atividades, porque depende de uma organização da comunidade também pra trocar determinados horários e colocar alguma coisa específica do PET [...]" (P4).

> "[...] Por causa do meu horário, eu ainda não tive oportunidade de saber como o dentista trabalha, até onde ele pode ir [...]. Eu ainda não vi nem o consultório ainda. Meu horário é quinta à tarde e não tem dentista quinta a tarde" (A2).

Os preceptores alegaram que a balbúrdia existente na conciliação dos horários dos estudantes com os horários das UBS nem sempre ocorre devido a compromissos estabelecidos nas estruturas curriculares. Com frequência, os alunos se inserem em diversas atividades extracurriculares e/ou extra acadêmicas e não encontram tempo suficiente para realizar todas elas, abdicando de dedicar-se às que julgam menos importantes.

> "[...] e os alunos, assim, [...] 'ah não vai dá hoje porque eu tenho natação, eu tenho não sei o quê, tenho ensaios de, coisas fora' [...]" (P1).

> "A gente tem grupos na unidade, trocentas mil oportunidade de horário e de grupos e a pessoa não se encaixa em nenhum. 'Não posso esse por isso, não posso aquele porque eu tenho...', é extracurricular, não é obrigatório, se não cabe na sua vida, eu acho que você deveria pensar nisso antes" (P2).

> "[...] Não dá! Por exemplo, aquela aluna que saiu agora: 'Sabe o que que é, precisa ser tipo das 6:30 da manhã às 7:00 porque eu tenho cinco outras atividades extras curriculares e são todas super importantes na minha vida.

> Alguém precisa ter próximo um mínimo de autocrítica, mas é uma aluna e primeiro ano que tá com um nível de expectativa e quer aproveitar tudo, entrou em todas as ligas'. Ele precisa disso no primeiro ano, de uma sacudida" (P2).
>
> "E também tem que ver que tem um interesse porque, porque na verdade ele é período integral, então eles arrumam outras coisas pra tá fazendo, outros cursos e outras coisas. Então eles já entram no PET pra, assim, sem disponibilidade. Então a gente marca um horário aí, não posso, esse dia não posso, esse dia não posso, esse dia não posso, aí nunca posso [...]" (P1).

Como um contraponto, na visão dos estudantes a vida acadêmica exige que eles participem de uma série de atividades, o que ocasiona a restrição de horários.

> "Eu acho que, como aluno, a gente pode sim reclamar em relação a isso [...], a gente vê que algumas pessoas, elas tem essa visão, tipo assim 'ah, é estudante'. Não é porque a gente é estudante que a gente não tem a agenda cheia. A gente tem que se desdobrar. Eu gostaria de ir mais na UBS, gostaria mesmo, mas a gente tem que se desdobrar e só a gente sabe o quanto a gente tem que sambar pra isso, sabe. Então, assim, alguns preceptores, algumas pessoas podem, isso aconteceu já em reunião que eu fiquei pasma. Eu mesma levantei a mão e falei assim 'não é porque nós somos estudantes, nós somos alunos, que a gente não tem agenda cheia. A gente não vai porque a gente não quer'. Eu gostaria de ir mais na UBS" (A2).
>
> "É o contrário, não é? É justamente porque a gente é estudante que a gente tem a vida cheia porque tem aula, clínica, tem que esterilizar material, a gente não vai lá na boca do paciente, depois joga e alguém vai esterilizar pra gente, ficar uma hora lá na esterilização. A gente tem muita coisa pra fazer" (A2).
>
> "Fora as atividades da faculdade, entendeu?" (A2).
>
> "Exatamente, Centro Acadêmico, Atlética, Júnior, enfim. Tem muitas coisas e a gente faz parte disso" (A2).
>
> "Eu tive muitos problemas, porque, assim, eu não sei se a UBS de vocês pedem também, mas na minha UBS, por exemplo, eles dão vários trabalhos pra gente entregar. Por exemplo, tinha um trabalho que eu teria que fazer de sábado mostrando o que a gente ia fazer [...]. Então, o meu grupo vai fazer com educação alimentar e um grupo de práticas corporais. A gente vai tentar melhorar esses dois grupos. Teve questionário e tudo. A gente tinha que apresentar no sábado e eu acho, assim, às vezes, eles mandam muita coisa pra fazer como se a gente não tivesse outras coisas. Por exemplo, a gente é aluno, de qualquer jeito, a gente tem prova, a gente tem clínica, a gente tem laboratório, enfim, tem várias coisas pra fazer e eu tive que ler cinco textos enormes, fazer uma resenha e enviar pra preceptora, por exemplo. Isso porque eu não pude ir no sábado porque eu tinha uma competição [...]" (A2).

As declarações a seguir exprimem as diversas alternativas elaboradas com o intuito de contornar a questão da incongruência das agendas e viabilizar a realização das atividades.

“Então, no ano passado a gente fez uma reunião com todos, e quis fazer uma coisa democrática. A gente viu qual era o horário que era mais disponível para a maioria das pessoas. Tinha que ser aquele dia em que noventa por cento das pessoas estariam com disponibilidade de horário. Mas a gente viu que tinha uma ou duas pessoas que nunca iam poder vir. Então a gente começou a mudar entre dois dias. Mas a gente viu que as pessoas, pra quem a gente mudou as datas, não vinham da mesma maneira e ficou muito difícil, muita gente faltava. Daí esse ano a gente resolveu rodiziar, então segunda-feira, hoje é segunda, daqui a duas semanas é terça, daqui a três semanas é quarta. Então sempre tem alguém que não pode um dia, mas todo o resto participa. Então tem dias que a grande maioria vem, tem dias que não. Mas a gente tem que...E a gente montou um blog também ao qual todos os alunos, preceptores e a tutora tem acesso. Então, por mais que eles não venham à reunião, já constam as informações lá. Todo mundo tem acesso às informações e também é um ponto de encontro pra todos ao mesmo tempo” (P1).

“[...] A gente conseguiu organizar uma agenda porque tem alunos que ‘ah, eu não posso ir na segunda, eu não posso ir na terça’, aí ficou assim, um dia no mês vai ser numa segunda, depois numa terça, depois numa quarta, porque a gente tem que se adequar. Aí, o negócio fluiu. A gente se comunica muito por e-mail, a gente fez um grupo que já se comunica e a gente se organiza assim. Por telefone, celular” (P4).

“[...] A gente, ano passado, trabalhou só de sábado porque não conseguimos organizar a agenda pra conciliar todos os alunos. Esse ano, a gente fez uma programação pra cada semana, mas isso é bem difícil porque tem que ter nossa rotina, tem que ter muitas variáveis. Então, ou eles mudam com a gente ou a gente cancela com eles, isso pode acontecer. Quando a gente pode, o equipamento que a gente programou não pode, os alunos vão entrar em férias, o que a gente faz? Precisa desses ajustes, acho que mais administrativos mesmo da universidade com a organização do serviço" (P4).

“Na nossa UBS, eles até que conseguiram ajeitar direitinho esse esquema dos horários. Eles fazem mais de uma reunião, então quem não pode em uma, vai em outra. Só que a gente ainda tem problema nas reuniões obrigatórias do PET porque são sempre das seis as dez e é o horário que a gente tá em aula, né. Então, a gente tem bastante problema" (A1).

“Na nossa UBS, eles acharam uma solução que foi no último ano, assim, que foi um pouco melhor. Como eles sabiam que não ia dá pra agradar todo mundo, a gente teve três anos de PET, então a gente viu, assim, tudo que tentaram fazer. Então o que que eles resolveram, cada um tinha um preceptor, cada três alunos tinha um preceptor. Então o que fazia? Quando você não podia ir naquela reunião, você era obrigado a marcar um horário com o seu preceptor naquela semana pra ele te por a par do assunto daquela reunião. Então, isso acho que foi a melhor coisa que fizeram. Ou o preceptor mandava um relatório pra você do que tinha passado na reunião e assim todo mundo ficava sabendo o que tinha passado e todo mundo tinha um tempo pra ter a reunião” (A1).

“A presença é um complicador sim, mas o que a gente procurou fazer é assim, eles encaixam as janelas deles. Então no dia que não dá pra vir nas janelas, eles mandam e-mail, ligam ou simplesmente aparecem aqui e são acolhidos, entendeu, pra não deixarem de vir mesmo porque é importante [...]” (P5).

Existem, nos relatos de experiências do PET-Saúde instituído em outras localidades, alternativas diferentes que foram estabelecidas para contornar esse problema. Dentre elas, cita-se o PET-Saúde da UNIMONTES, em que foi elaborado um planejamento estratégico situacional das ações a serem desenvolvidas que englobava a correspondência dos horários de todos os envolvidos no processo (Sobrinho et al., 2011) e o PET-Saúde da UFMS, cuja estratégia foi estabelecer horários alternativos para as reuniões – das 11h às 12h, ou das 17 às 19h, e aos domingos (Oliveira; Coelho, 2011).

As ideias dos preceptores convergem no sentido de acreditar que uma possibilidade interessante, para alcançar a solução desses impasses, seria o estabelecimento de critérios capazes de proporcionar uma seleção de alunos com o perfil mais adequado ao cumprimento das atividades propostas, incluindo a avaliação da disponibilidade de tempo.

> "Eu acho que na hora da seleção deveriam ter algum critério, em relação à disponibilidade de tempo [...]. Então, pra ver a disponibilidade de tempo, porque se ele faz mil coisas não tem como ele participar do PET. Por isso eu acho que teria que ter alguma avaliação com os alunos no momento de classificar, assim, entra ou não entra" (P1).
>
> "Uma coisa que eu acho que tem que ser pensada é que alunos que vão tá participando do PET [...]. Tem aluno que, de repente, não tem postura, às vezes. De repente tá numa discussão que não tenha visto jamais na sua vida, uma discussão de NASF. E a gente vê que não presta atenção, fica em conversa paralela" (P2).
>
> "Com esse critério de seleção seria legal. Ver realmente se ele tem disponibilidade, se ele quer, realmente, participar" (P1).
>
> "Exato. Eu acho que tem fazer parte da seleção" (P2).
>
> "Por exemplo, no último ano. Eles não têm horário pra ficar na carga horária da disciplina, é estágio. De repente, pensar nisso mesmo. Critério de seleção, a gente consegue conciliar os horários" (P2).
>
> "O PET é pra promover o aprendizado no espaço de trabalho. Tem que ser horário de funcionamento, horário comercial, das 7:00 às 18:00 é o horário que tá funcionando. Sábado e domingo não abre. Antes das 7:00 e depois das 18:00 não adianta. Eu acho que é uma coisa 'olha, o horário é esse. Você teria janela na sua grade curricular que você se encaixaria?'. Vai ter que se organizar nesse sentido" (P2).

Torna-se necessário a reflexão aprofundada sobre o tema, intentando alcançar alternativas para solucionar o problema sem que ocorra e exclusão dos estudantes que, conforme colocado pelos preceptores, não demonstram afinidade para desenvolver as atividades propostas pelo PET-Saúde. O Programa deve ser

entendido como um dispositivo com potencial de despertar os alunos com relação ao campo de trabalho disponibilizado pela APS e auxiliá-lo na tomada de decisões futuras, sem segregá-lo devido os seus pré-conceitos.

Não existe nenhuma diretriz específica, na legislação que regulamenta o PET-Saúde, acerca dessa questão. No caso do PET-Saúde USP Capital cada unidade de ensino estabelece os critérios que julga mais adequados para selecionar os alunos, sendo que, em algumas delas, devido à baixa adesão de estudantes, não há processo seletivo. A FOUSP adota como critério a matrícula do aluno em uma das disciplinas ligadas à APS (quadro 2.2). O trabalho de Souza-Neto et al. (2011) mostra que o PET-Saúde da UFAL estabeleceu como critério de seleção para alunos de odontologia a aprovação na disciplina Saúde Coletiva III.

Além disso, no entendimento de um preceptor, o aluno deveria ser informado sobre a dinâmica e as atribuições pertinentes aos participantes do Programa antes de tornar-se parte dele.

> "E saber, eu acho, antes de participar do processo como funciona, o que tem que ser feito. Pra eles saberem, assim, entrarem bem orientados. Pra depois não falar, não ter isso que não pode vir ou alguma coisa do tipo" (P1).

Durante a realização de uma das entrevistas, surgiu uma discussão, entre preceptores de uma determinada UBS, acerca da organização dos horários da categoria para dedicação ao PET-Saúde. Segue abaixo a sequência das falas:

> "O nosso também, dos preceptores, né. A gente também fecha a agenda pra ficar com os alunos. Se os serviços entendessem que o PET é algo que já está inserido, ele teria, né, uma, já teria esse tempo, a gente não ficaria preocupado com a questão da produtividade ou da demanda, mas sim ficaríamos tranquilos porque já tá programado, eu vou nesse período, então não fico tão desesperado pra depois trabalhar mais e mais e mais. Eu acho que com os preceptores também é isso" (P1).
>
> "Não! A gente se adequa" (P1).
>
> "Mais ou menos porque, na verdade, a gente que se, a gente não é obrigado a fazer o PET. Quem se candidatou ao PET, na verdade já sabia que tinha que separar tantas horas e trabalhar porque é fora do horário de atendimento. Você teria que trabalhar mais em alguns outros dias pra compensar esse horário que você tá dedicando ao PET. A gente já sabia disso na hora que entrou. Então não é uma coisa assim tão ruim porque não foi imposto. A gente aceitou isso" (P1).
>
> "Mas eles poderiam rever, tipo assim pensando tanto nos alunos com essa questão de eles terem aula, alguma coisa assim, e também com a gente né, porque a gente vai colocar no mesmo horário, porque geralmente a gente

> coloca em cima do horário da UBS, porque se fosse levar pra fora do horário, a noite aqui tá fechado. Então a gente nunca ia fazer nada ou então botar em outros locais e eles acabam indo. Então a gente tem que tirar um horário das nossas atividades pra inseri-los, igual aqui na unidade mesmo. Se não a gente nunca começava também o nosso trabalho, entendeu?" (P1).

É aparente que a disponibilidade de horário está configurada como um problema também para os trabalhadores dos serviços. Os alunos deixam transparecer nas falas o que, na visão deles, denota, além de restrição com relação ao tempo, falta de compromisso dos preceptores com o PET-Saúde.

> "Isso é um problema mesmo. Até que na nossa eram poucos que tinham isso, mas muita gente cobrava disponibilidade, mas eles também não têm. Então isso era um problema porque a gente, às vezes, acaba tendo mais que eles e eles falam que a gente não tem disponibilidade" (A1).

> "Não, eles faltam, assim, muito. Eles faltam muito e aí eu percebo [...]. Só que, assim, eu chego lá tem três pessoas sentadas e nenhuma delas é preceptor. Marca uma reunião pra seis horas, os preceptores vão aparecer seis e meia. Então vão me cobrar o que, entendeu? 'Se vocês querem ser rígidos, vocês tem que começar por vocês e não por nós'" (A1).

> "[...] Eu já tinha escutado outras histórias, assim, de outras unidades, que tem preceptor, muita gente da equipe que não quer participar e aí isso começa a ser um outro problema porque se o preceptor não quer, o aluno que tá cheio de coisa vai? Não vai" (A1).

> "Nossa, os preceptores daqui são assim. Eles falham muito, sabe. Cobram muito. Aí teve um dia que eles marcaram uma reunião, a gente tá fazendo um projeto sobre a dengue e eles marcaram uma reunião com o pessoal da Vigilância Sanitária uma terça meio dia. Só que, assim, terça meio dia eu já tenho outros compromissos. Eu tô disponível pra eles quarta-feira à noite que é o dia da nossa reunião? Eu tô disponível. Aí eles marcaram numa terça achando que a vida é festa, sabe. 'Ah, eu tô marcando cê tem que vir porque é obrigação sua'. 'Não, desculpa, não é obrigação minha'. Aí eu falei 'olha, eu tenho prova, toda terça-feira eu tenho prova e não posso chegar atrasada'. Então eles 'ah, a reunião é do meio dia as três'. 'Desculpa, eu vou sair quinze pras duas porque eu não posso ficar mais'. Reclamaram um monte só que aí só fui eu. Eram pra ir mais três meninas, só fui eu. As outras falaram 'ah, desculpa, eu não vou'. Aí eu cheguei lá não tinha mais ninguém, as mulheres chegaram atrasadas da vigilância sanitária, chegaram lá era meio dia e meia, eu só podia ficar até quinze pras duas. Fiquei uma horinha lá e fui embora e ainda reclamara, sabe. Pô, não dá também, né" (A1).

> "Eu acho que o único problema pra eles é que acaba ficando meio corrido também. Eu não sei se vocês perceberam, mas eles estão no ambiente de trabalho deles e, ao mesmo tempo, eles tão em horário de trabalho do PET. Então, fica muito corrido. Às vezes, tem horas que você fica meio perdido mesmo. Você fica perdido mesmo, você fica sozinho porque não tem como. A minha preceptora é dentista, ela tem que atender os pacientes. Não tem como ela sair pra, entendeu? E a outra é psicóloga. Não tem como também ela deixar de atender os pacientes dela pra ficar comigo o tempo inteiro. Então, eu acho que isso é dos pontos que eu acho que o PET é meio

> problemático, porque fica meio corrido pra eles também. Mesmo assim, fica muito corrido pra eles" (A2).
>
> "Mas tem dia que eu mando e-mail pra ela e ela me responde depois de uma semana, sabe. Então a comunicação, tudo bem, ela é médica, ela fala que eu não tenho disponibilidade, mas ela também não tem, sabe [...]" (A1).

No trabalho desenvolvido por Trajman et al. (2009), que envolveu preceptores de curso de medicina das UBS do Rio de Janeiro, a falta de tempo e a sobrecarga de trabalho aparecem como dificuldades para o estabelecimento da integração efetiva com os alunos.

As exibições elencadas abaixo retratam outros elementos julgados como negativos, pelos alunos, em relação aos seus preceptores:

> "No primeiro ano de PET, eu tive uma preceptora, assim, ao meu ver, ausente. Não era com ela que a gente trocava e-mail ou que a gente resolvia as coisas da unidade, do grupo. Não era com ela. A gente mandava pra coordenadora geral, assim, e era mais essa coordenadora geral que lidava com os alunos. Preceptor mesmo a gente não teve. Todo mundo teve nomeado, mas é como se não tivesse porque não foi tão representativo a atividade dele" (A1).
>
> "Ano passado, eles dividiram de uma forma meio aleatória. 'Ah, vocês dois vão ficar comigo, eles dois...' e foi muito aleatório. Eu não sei quem foi minha preceptora no semestre passado, a gente nunca teve contato com ela e não tinha contato [...]" (A1).
>
> "Eles entraram em contato com a gente. Só que até hoje, assim, a gente não tem aquele contato com o preceptor. Então, por exemplo, a gente participa dos grupos, a gente tem contato com os coordenadores do grupo. Só que os coordenadores dos grupos são preceptores de outros alunos. A gente tenta se ajudar, assim, só que quando tem relatório, por exemplo, pra entregar, nossa preceptora manda. A minha mandou, pelo menos, 'olha, tem o relatório, você pode me mandar'. Só que ela tá presente ali. Eu sei que quando eu precisar de alguma coisa, ela tá lá. Então, esse ano tá bem melhor que ano passado, assim. Só que ainda não é um contato grande, assim" (A1).
>
> "Uma coisa que eu sinto falta [...] é, meu preceptor é um médico lá e ele é muito ocupado, tanto que hoje a gente nem achou ele pra assinar, pra dá nossa presença, nada [...]" (A1).
>
> "A minha primeira preceptora era muito tranquila. Muito, muito tranquila, muito diferente das outras. Passava aqui, passava ali, mostrava. Tinha uma atividade de sombra lá e ela foi mostrando tudo. A minha segunda preceptora, também, super tranquila. Quando eu não tinha nada pra fazer, absolutamente nada. Então, juntaram as duas agora e elas [...], cê não sabe o que fazer, fica meio perdido. Porque uma fala assim 'não, cê pode embora agora, não tem mais nada pra fazer', aí a outra vem, começa querer conversar e fala 'então vamo pra nossa sala lá' e começa a falar um monte de coisa, a discutir até dá às quatro horas pra ficar lá até o final. Aí ela fala 'então, não tem mais o que você fazer aqui, pode ir embora'. As preceptoras são muito diferentes. Eu acho que uma tem uma visão totalmente diferente do PET que a outra, assim" (A2).

Existem, divergindo das acepções listadas acima, na percepção de alguns alunos, preceptores com outro perfil, que se empenham e se esforçam para que as atividades fluam com facilidade e alcance os objetivos propostos.

> "Vou falar da minha. A minha ela tava muito presente, mandava e-mail direto, ligava quando a gente precisava marcar algum horário e tal. Ela sempre falava onde eu tinha que ficar na unidade [...]. Ela sempre me colocava onde eu tinha que ficar. Falava antes com o outro profissional, avisava que ia ficar uma aluna com ele" (A1).
>
> "É. Essa última preceptora que eu fiquei que foi esse último sistema que eles arrumaram pra gente ficar mais ligado no que tava acontecendo, assim. Daí, foi isso. Ela ficava sempre cuidando de tudo, assim, antes de eu chegar lá, pra eu não chegar lá e não ter nada ela planejava e me avisava antes" (A1).
>
> "[...] a gente precisava ela disponibilizava todos os horários. Assim, o que a gente percebia da nossa equipe é que era todo mundo muito a fim de participar do PET mesmo. Então, na nossa unidade, assim, foi todo mundo sempre participando muito, assim" (A1).
>
> "Eles paravam pra mostrar como funcionava o sistema de atendimento. Eles explicavam tudo direitinho, assim, eram bem atenciosos" (A1).
>
> Esse ano, antes de começar o PET, eles dividiram de uma forma melhor. Eles falaram 'olha, o seu preceptor é esse', passou o telefone, passou o e-mail. Daí tudo bem" (A1).
>
> "Então isso eu acho que tem que ter uma forma maior também da gente ver como os preceptores tão se doando pros alunos, né, porque depende muito. Não é só ele tá ali, sabe, é trocar experiência, conversar é um monte de coisa, sabe. Eu tive ótimas oportunidades com os meus preceptores. Eu acho que os meus preceptores são, assim, modelos, de verdade. Devo muita coisa a eles mesmos, assim. E eu acho que todos que estão nesse projeto deveriam ser no mínimo iguais aos meus foram. Então, realmente, eu não tenho nenhuma crítica, assim, pra fazer" (A1).
>
> "Com a minha preceptora, eu tive a sorte de pegar uma preceptora que é da odontologia. A segunda visita que eu fiz à UBS, ela procurou me encaixar numa consulta da odontologia pra eu assistir, pra eu ver como é que é. E depois, acho que na quarta visita, de novo, né, mas aí com outro dentista porque muda a visão, tudo. E no caso que, eu também vi assim, que ela compreende bastante que, por ser da odontologia, às vezes a gente tem uma ou outra dificuldade [...]. Além do que ela sempre procura relembrar os conceitos e fala 'olha só, você tem que fazer a pesquisa sobre a autoestima de adolescentes, não esquece'. Ou seja, ela também se mostra bastante presente. Tenta passar o máximo de informação que dá, assim, né" (A1).
>
> "Eu acho que, por sorte, a gente teve preceptores que valorizavam a gente, sabe, não olham a gente como 'estão aí, a gente vai ter que dá um jeito neles'. Ao contrário, sabe, eles veem como ferramenta de ajuda. E, assim, o problema é só teve, nas reuniões gerais, assim, eles se estabanaram, os preceptores, os tutores, não sei o quê. O marco da reunião foi se estabanar, mas o respeito diante da gente existe, sabe. Tipo, eles não menosprezam o

> nosso trabalho. Por exemplo, agora que a gente tá fazendo intervenção, eles valorizam, se precisar melhorar, eles ensinam" (A2).
>
> "Eles acreditam no nosso potencial [...]. Ela confia no meu trabalho, sabe, ela sabe que eu vou fazer direito [...]. É legal isso aí, a pessoa acreditar [...]" (A2).
>
> "No ano passado, também teve uma confraternização. A gente terminou o PET e reuniu os preceptores com todo mundo da UBS. A gente pegou o salão de festa do apartamento de uma delas e a gente montou uma confraternização. A gente viu que existe ali amizade, assim. Então, a gente voltou esse ano, pra quem renovou o PET, a gente voltou e a gente se sente amigo. Se precisar pedir alguma coisa, não tem aquele negócio, sabe, será que eu posso porque ele é o meu superior? Não tem isso, assim, sabe. Claro, tem todo o respeito, a gente entende. Existe meio que uma hierarquia no trabalho mas que a gente, não necessariamente, precisa ficar retraído" (A2).
>
> "Na minha unidade eu me sinto muito acolhida e eles tem muito boa vontade de mostrar pra gente as coisas. Parece que eles têm orgulho de mostrar e, com certeza. Eles falam 'ali é a sala de não sei o quê, ali é sala de não que lá'. Me apresentaram a UBS inteira" (A2).

Ainda fazendo referência às barreiras que envolvem os preceptores, foi alegado, pelos estudantes, que a ausência de preceptores de áreas de formação das quais existem alunos no Programa, engendra prejuízos para os alunos daquela área. Estendendo a reflexão, seria possível afirmar que a falta desses profissionais prejudica o estabelecimento, ainda, da interdisciplinaridade. Como os alunos que participaram desse estudo se encontram restritos à odontologia, a seguir estão algumas considerações feitas por eles sobre a ausência do cirurgião-dentista em grupos de educação tutorial específicos:

> "Mas, uma coisa que eu sinto falta, a gente sendo aluno de odontologia, é uma preceptora da odonto e lá não tem. As dentistas não são vinculadas com o PET. Então é muito complicado a gente entrar, assistir uma consulta, uma coisa assim do tipo, sendo que ela não é vinculada. Ela não sabe do que se trata esse trabalho. Não sabe por quê. 'Ah, porque que tem alguém assistindo minha consulta?'. E o preceptor do PET, ele introduz a gente no grupo, mas ele explica porque que a gente tá lá. Ele faz a gente se sentir bem e as pessoas olharem a gente de uma outra forma. Então, eu sinto um pouco a falta disso. Que nem o pessoal começou a falar dos dentistas, essas coisas da unidade. A gente não tem esse acompanhamento lá dentro" (A1).
>
> "A gente não sabe como é a odontologia lá" (A1).
>
> "Faz um ano e meio que a gente tá na UBS e a gente nem conhece o dentista" (A1).
>
> "Se ano que vem for ter algum reajuste, acho que, essencial, deveria ter algum preceptor da odontologia dentro, porque é um acompanhamento que, pelo menos, algumas pessoas tiveram e eu não tive. Então, a minha parte da odontologia no serviço público eu não sei como que é. E eles, há um ano

> e meio a gente pede isso, desde o ano passado, que tentasse introduzir a gente numa consulta, algum preceptor, colocar eles lá e eles não conseguem, eles falam 'ah, não dá. Não tá tendo como. Tá complicado'. Então, é uma coisa que eu sinto um pouco de falta, de saber disso. A gente sabe bastante da integração com os outros" (A1).
>
> "Na minha UBS não tem dentista como preceptor. Na minha não tem" (A1).
>
> "Eu acho que não necessariamente precisa ser a sua preceptora, mas que tenha alguém da unidade. Não ter um preceptor de odonto é bem grave" (A1).
>
> "[...] a ausência da saúde bucal lá. Maior problema, né. Então, como a gente não sabe responder tudo, a gente fica de pesquisar e depois trazer. A gente deixa bem claro que nosso grupo só tem estudantes de odontologia e que a gente não poderia e que isso seria muito mais eficaz se já tivesse o profissional inserido no programa com a gente" (A2).
>
> "Então, a gente acaba ficando um pouco inseguro. A gente pesquisa e tal, dá uma estudada, pergunta os professores, não sei o quê. Nisso a gente sentiu falta. A gente vê o quanto é importante, sabe, essa inserção da odonto, que a gente, teoricamente, acha que não tem nada a ver. A gente começou dando esse acompanhamento, depois a gente viu a necessidade de inserir nosso grupo também" (A2).

Os preceptores manifestaram que não se sentem devidamente qualificados para se colocarem no papel de educadores. Apesar da obrigatoriedade do SUS compartilhar seus espaços com os cursos de graduação em saúde, segundo os preceptores, não aconteceu nenhum tipo de preparação específica para qualificá-los a receber e orientar os alunos em serviço.

> "Eu acho que, além da graduação e pós-graduação como a colega falou, o que eu acho, eu particularmente senti muita dificuldade quando eu entrei aqui. Uma semana depois eu já tinha aluno que ia ficar comigo, na época não era aluno do PET, era aluno de graduação mesmo e eu não tinha tido nenhum preparo. Como eu ia receber esses alunos? O que realmente eu ia passar pra esses alunos? o que eles estavam aprendendo lá na teoria, né, pra gente fazer um link aqui com a prática? Isso pra gente foi muito difícil [...]" (P2).
>
> "[...] eu entrei na estratégia no período da mudança, foi o primeiro ano dos alunos de terceiro ano da medicina e foi muito difícil. Muito difícil porque eles chegaram, eles não sabiam o que iam fazer, a gente não sabia o que era pra eles fazerem, foi bem complicado" (P5).
>
> "[...] a maioria tá aqui já desde 2005, anterior até um pouco, a gente nunca teve nenhuma parada específica pra ver como é que a gente vai receber alunos de graduação ou do PET ou qualquer outro aluno. Então, na verdade, o que a gente traz é um pouquinho da graduação mesmo. Acho que nem da especialização, acho que da graduação" (P2).
>
> "[...] Se, talvez, a gente tivesse um preparo, talvez diferente, eu sei que não existe receita de bolo, mas que consiga organizar e sistematizar melhor isso pra aperfeiçoar esse trabalho, talvez causando um pouco menos de, acho que, eu pelo menos tenho mais dificuldade" (P2).

Como motivadores para se integrarem ao Programa, os preceptores citaram o prazer de trabalhar com alunos, contribuindo para gerar perfis condizentes com a APS e o oferecimento de bolsas.

> "Mas é legal porque, na verdade, você é um trabalhador de saúde passando o seu conhecimento pra o aluno que futuramente pode tá inserido. Então é bem gratificante, assim" (P1).

> "Acho que uma coisa que acontece muito é a falta de interesse das pessoas em formação para a Atenção Primária. Não só falta de interesse, mas falta de conhecimento. Depois que eu fiquei sabendo que o PET existia, que é para aumentar o conhecimento dos alunos na Atenção Primária, eu fiquei super interessada porque é um trabalho muito interessante, muito importante porque Atenção Primária é o que deveria, é a área onde mais se deveria haver profissionais [...]. Então, eu acho que isso é bem interessante do PET, assim, aquela estimativa de falar assim: 'oh, cê vai entrar os alunos da USP, de várias faculdades de saúde, ensinar pra eles a importância da Atenção Primária'. Isso é bem interessante." (P1).

> "Não é o primeiro, mas é motivador (referindo-se a bolsa)" (P1).

Com relação aos tutores, alguns preceptores expressaram insatisfação com o trabalho desenvolvido e com o posto ocupado por eles, estabelecendo críticas, sobretudo no que se refere aos conhecimentos portados por eles sobre a organização das práticas e dos serviços de APS, ocasionando lacunas nas relações estabelecidas dentro do PET-Saúde, uma vez que os tutores com essas características não conseguem desenvolver a orientação dos preceptores sob sua responsabilidade.

> "Eu acho que pra esse PET específico, o conhecimento todo tá aqui, na UBS e a gente, realmente, não aprende, pelo menos eu não aprendi, não tem, não existe [...]. A gente tem uma tutora que é sensacional, que vem sempre, quase semanalmente, mas que não sabe absolutamente nada de Atenção Básica, quer dizer, hoje ela já sabe por que aprendeu aqui. Mas nesse ponto nós somos o referencial pra ela e o pessoal, isso a gente vê nos outros cursos, né, mas nesse ponto nós somos o referencial dela e o pessoal, isso a gente vê nos outros cursos, né, no primeiro ano, no terceiro ano de medicina também não sabe Atenção Básica nós que estamos fazendo essa é uma coisa muito nova" (P4).

> "[...] Agora, sem dúvida nenhuma, eu acho que o maior problema do PET acaba ficando na questão da tutoria porque os tutores, até onde a gente sabe, a imensa maioria não tem formação, tem uma formação muito pior que a gente de Atenção Básica. E existe uma imensa cadeia de efeito causada pelos tutores. E eles mesmo dizem 'nós estamos distantes da área que se relaciona à UBS', não tem formação em Atenção Básica. Tem algumas áreas que nem tem. Os preceptores acabam ficando sem uma coordenação efetiva, o que acaba prejudicando um pouco a nossa organização. É um problema grave [...]" (P4).

> “Então, não teve essa sensibilidade por parte dos tutores pra organização ou apoio [...]. Então, nessa relação do ensino com a gente, com relação aos tutores, isso não existe. Eu participo mais ativamente da relação dos tutores da coordenação do PET, a gente tem que lembrar sempre pra eles que tem o aval da área somos nós e não eles. É difícil um pouco isso” (P4).

> “Mas não vim o professor junto com o aluno do PET não é ruim, eu acho que é até bom porque se a ideia é que ele vivencie o que a gente faz na prática, é muito melhor [...], mas ter um encontro pelo menos pra gente ‘não, tamo fazendo assim, qual é a proposta, né, ter alguns’. Também não precisa ser toda hora, né, mas assim, pelo menos uma vez ou outra a gente olhar pra cara um do outro [...], é nesse sentido a aproximação” (P5).

A relação com o tutor, segundo alguns sujeitos, acontece somente por meio dos gerentes da UBS ou nos encontros de todos os protagonistas do Programa. Um dos fatores limitantes, como acontece também com os alunos e com os preceptores, é representado pela dificuldade de compatibilizar os horários das atividades inerentes às IES com as atividades das UBS.

> “O nosso contato com o tutor é muito pouco, só no dia dos grandes encontros, aí todos vemos” (P5).

> “E quando o PET tem eventos aos sábados, aí tem, né, tutor. Mas não tem uma coisa mais ampla” (P5).

> “[...] A questão da relação com a tutoria, eu acho que eu como gerente fico muito mais próxima porque a gente tem as reuniões, mas ainda assim é bastante difícil, difícil porque é difícil consegui casar os horários porque a gente sabe que o tutor, ele tem as aulas dele pra dá em determinado horário, a gente também tem o nosso horário, né, que a gente consegue fazer a reunião [...] Também um pouco, eu acho, dessa questão do horário, né, eu não sei mas eu acho que pros outros preceptores é bem diferente. Eu me sinto bastante apoiada pelos tutores, não presencialmente, mas a gente tem um canal de comunicação aberto via e-mail, telefone. Então, eu acho que não foi o grande problema [...]” (P5).

> “[...] A gente tem o acesso de demanda, de programação e o tutor não consegue tá com a gente [...]” (P4).

A fala a seguir demonstra que a participação no PET-Saúde agrega conhecimentos aos tutores, que se tornam mais preparados para trabalhar os conceitos relacionados à APS com os alunos em sala de aula.

> “Eles são doutores em outras coisas e é a grande dificuldade que a gente tem com os tutores. Os tutores que estão envolvidos com o PET, a maioria tá conhecendo Unidade Básica e tá vendo o que é Estratégia Saúde da Família na prática agora que tá vindo pra unidade acompanhar a gente no PET. Então, é um momento de troca também, de mudança no olhar do tutor na formação dos alunos, vai marcar [...]” (P4).

Outro contratempo acusado por um aluno, e consentido com gestos pelos demais que estavam presentes no grupo, foi a locomoção da IES até as UBS.

> "O transporte. Era difícil chegar até a unidade de ônibus, tal. Uma colega fazia comigo, mas quando eu comecei sozinha eu ia de ônibus e voltava de ônibus. Ficava meio difícil chegar até a unidade" (A1).

No que se condiz à comunidade, permeados nos discursos dos sujeitos foram encontradas asserções sobre a aceitação, por parte dela, da presença dos alunos no serviço, podendo ser vista de maneira positiva ou negativa.

> "[...] muitos lugares de saúde ainda não conseguem olhar para as pessoas que são atendidas por elas como seres de direito, portanto, o que você orienta pro usuário sem ter o consentimento dele não faz parte de muita rotina, mas como você passa a orientar o usuário com o aluno fazendo parte da rotina? Então, são reflexões que eu acho que acontecem nessa prática que, muitas vezes, as instituições não tão preparadas pra fazer isso [...]" (P3).

> "Uma outra questão, ela entende que a menina é uma aluna, mas ela entende porque é parte do contexto, ela tá super inserida" (P2).

> "[...] mas na vivência dos alunos é bem tranquilo pela rotina que o serviço já tem, porque não é só a lembrança da nossa prática, o público já tá acostumado com o aluno e recebe bem. Essa unidade recebe aluno há cinco anos. Então, essa inserção de alunos já tem um tempo expressivo. Ter noventa na rotina e ter mais doze, talvez não faça tanta diferença [...]" (P4).

> "[...] Às vezes o próprio paciente não gosta, se sente incomodado" (A1).

> "[...] A gente foi ficando amigo também das pessoas que a gente visitava, né. Teve até um dia que eles fizeram almoço pra gente, né. Foi muito legal, eles tiveram consideração, sabe. A gente trabalhou muito, mas valeu a pena. As pessoas veem que a gente se interessa por elas [...]" (A2).

5.2 Parte B

A pontuação máxima possível de ser alcançada por cada assertiva foi de 28 pontos e, no estudo, essa pontuação variou de 12 a 28 pontos. Considerou-se com alto grau de concordância (AC) as afirmações que obtiveram entre 22 e 28 pontos (acima de 79% da pontuação total). Grau de concordância parcial (CP) foi atribuído às questões que pontuaram entre 17 e 21 pontos (60% a 78% da pontuação total). As afirmações que atingiram pontuações inferiores foram desconsideradas (D).

Os eixos, as assertivas correspondentes e a pontuação atribuída no somatório final encontram-se disponibilizados no quadro 5.3.

Questão 01 - Quais as contribuições que o conhecimento do contexto do trabalho, gerado através da sua participação no PET-Saúde, trouxe para a sua atuação enquanto docente?			
EIXO	**Assertiva**	**Pontuação final**	**Grau de concordância**
Benefício	*Há benefícios em participar do PET-Saúde para a atuação docente.*	27	AC
Conhecimento do contexto do trabalho	*A participação no PET-Saúde não contribui necessariamente para o aprimoramento da atividade docente, quando a imersão no contexto do trabalho já existe no processo ensino-aprendizagem de algum curso de graduação.*	15	CP
	A experiência docente prévia no contexto do trabalho pode contribuir para a participação do tutor no PET-Saúde.	19	CP
	A atividade docente pode ser aprimorada se o conhecimento do contexto do trabalho foi iniciado com a participação no PET-Saúde, enquanto prática atrelada a uma atividade acadêmica.	23	AC
	É capaz de propiciar uma maior interação multiprofissional, tanto do ponto de vista docente (oferecendo uma vivência entre tutores de distintas áreas de ensino), quanto do ponto de vista do contato com profissionais do serviço, das diversas áreas da saúde.	27	AC
	É capaz de evidenciar limites e desafios dos serviços de saúde (específicos de cada área ou gerais).	26	AC
	Fornece subsídios para aprimorar a prática docente e torná-la mais condizente com a realidade do trabalho em saúde.	27	AC
	Contribui para nortear a escolha de objetos de pesquisa condizentes com as demandas da população.	21	CP
Práticas docentes	*Ocorre o estímulo à reflexão sobre as práticas docentes, o que gera contribuições no sentido de torná-las mais adequadas.*	22	AC
	Pode haver mudança de postura para se	21	CP

continua

	cobrar responsabilidades dos alunos frente à realização de tarefas, pois a existência da bolsa por si só não é efetiva para garantir o envolvimento do aluno.		
	Temáticas e objetos que precisam ser abordadas no ensino ou investigados por meio de pesquisas são revelados.	21	CP
	A interação ensino/serviço induz a reflexões sobre as grades curriculares, contribuindo para torná-las mais coerentes com as necessidades do serviço e da população.	22	AC
Questão 2 - **Como você avalia a interação aluno/preceptor? De que modo a interação aluno/preceptor oferece subsídios para a conformação de um perfil profissional voltado para atuação na Atenção Básica?**			
EIXO	**Assertiva**	**Pontuação final**	**Grau de concordância**
Preceptoria	*O preceptor tem um papel facilitador no processo de aprendizagem.*	28	AC
	Essa aprendizagem ocorre de maneira heterogênea, numa relação direta com o grau de experiência dos preceptores.	20	CP
Interação aluno/ preceptor	*Constitui-se no "ponto forte", "no ponto crítico" ou "no cerne do trabalho do PET".*	21	CP
	A qualidade dessa interação é que define o sucesso na formação dos graduandos.	23	AC
	A interação pode gerar tanto resultados positivos como negativos, a depender da afinidade entre eles.	26	AC
	Propicia o conhecimento de novas realidades profissionais, tendo em vista que a categoria profissional de ambos, na maioria das vezes, não é coincidente.	27	AC
Subsídios	*Propicia o conhecimento da futura prática profissional (comuns e específicas) e do aprofundamento e estreitamento do aluno com o mundo do trabalho, gerando a ampliação do olhar do estudante sobre a realidade do serviço (nos aspectos positivos e negativos).*	24	AC
	Esses futuros profissionais serão capazes de desenvolver um trabalho em equipe e atuarão como agentes transformadores das práticas de saúde.	18	CP
	Os preceptores também são beneficiados, visto que o contato com os alunos de graduação induz a reflexão sobre o seu próprio trabalho e desperta	21	CP

	para a necessidade de atualização.		
Questão 3 - Você acha que a interação do ensino com o serviço, através do PET-Saúde, é capaz de fortalecer e aperfeiçoar o SUS?			
EIXO	**Assertiva**	**Pontuação final**	**Grau de concordância**
Interação ensino-serviço	*É importante que essa interação se torne institucionalizada e não esteja sujeita a financiamentos descontínuos.*	22	AC
Fortale-cimento do SUS	*A interação ensino/serviço é capaz de fortalecer o SUS.*	21	CP
	Formam-se profissionais mais conscientes sobre a realidade do sistema, menos preconceituosos e mais dispostos a encarar os desafios que o SUS enfrenta na sua construção.	21	CP
	Estimula-se a investigação por meio de pesquisas sobre objetos e práticas vivenciadas, o que gera conhecimento para o serviço.	21	CP
	É possível apontar, ainda, benefícios a curto prazo ou imediatos, devido ao fato de essa interação criar questionamentos e reflexões que tendem a tencionar o trabalho rotineiro e pouco criativo dos serviços de saúde, estabelecendo, de fato, a construção do saber de forma compartilhada.	22	AC
	Constitui relevância, ainda, o estabelecimento dos espaços de práticas em saúde como cenários para educação permanente.	27	AC
Espaço de trabalho	*A interação ensino-serviço propicia o reconhecimento do espaço de trabalho em saúde (Atenção Básica) como um futuro local de atuação profissional.*	26	AC
Questão 04 - Como você avalia a relação tutor/preceptor-aluno (quantitativa e qualitativamente)? Quais são os limites e/ou facilidades no estabelecimento dessas relações?			
EIXO	**Assertiva**	**Pontuação final**	**concordância**
Relação tutor/ preceptor-aluno	*As relações são amigáveis e muito ricas.*	25	AC
	Não existe uma hierarquia, nessas relações, capaz de gerar prejuízos para o Programa.	26	AC
	A proporção do número de tutores é adequada para o número de preceptores e alunos.	27	AC
	A proporção do número de preceptores é adequada para o número de alunos.	27	AC
	O bom funcionamento dessas relações é	27	AC

continua

	fundamental para o desenvolvimento do Programa.		
	A qualidade da interação entre os atores (todos) depende da forma como cada grupo PET-Saúde foi implementado.	24	AC
	A relação dos tutores com os preceptores ocorre de forma mais frequente do que a relação dos tutores com os alunos.	24	AC
	A relação dos tutores com os alunos nem sempre acontece de maneira direta.	21	CP
	A motivação dos estudantes favorece a interação deles com os preceptores.	27	AC
Responsa-bilidades da Tutoria	*Os tutores devem assistir e auxiliar os preceptores no desenvolvimento das atividades programadas.*	20	CP
	A tutoria possui um grande potencial para o manejo das demandas de pesquisa e facilita a identificação dos objetos.	25	AC
	O tutor representa a comunicação do serviço com o universo acadêmico e suas linguagens.	23	AC
	A atuação dos tutores nos cenários de prática facilita a interação entre preceptores e alunos e dos alunos entre si.	22	AC
	Os tutores possuem elementos para promover a articulação da teoria com a prática e favorecer a discussão acerca da formação e do trabalho interdisciplinar em saúde.	29	AC
	A participação dos tutores na proposta do PET-Saúde auxilia na avaliação crítica das práticas.	24	AC
Responsa-bilidades da Preceptoria	*Os preceptores devem acompanhar, de forma mais próxima, as atividades desenvolvidas pelos estudantes.*	27	AC
	Os preceptores devem fornecer um "feedback" aos tutores sobre o desenvolvimento das atividades nos campos de prática.	27	AC
	O preceptor é o responsável pelo controle das frequências dos alunos.	26	AC
	O treinamento dos alunos para atuação em equipe multidisciplinar demanda muito a ação do preceptor.	26	AC
Dispositivos utilizados para	*São realizadas reuniões regulares entre tutores e preceptores para discussão dos*	25	AC

aprimorar a relação tutor/ preceptor-alunos	*projetos de forma conjunta e sistematização das ações.*		
	Os diários de campo representam uma forma ainda pouco explorada, mas muito adequada para avaliar atividades, inclusive permitem registro de frequência.	25	AC
	A realização de Seminários com apresentação das atividades permite uma visão de conjunto do que se faz na UBS no que se refere ao PET-Saúde.	27	AC
Limites	*A maior dificuldade é concretizar o PET-Saúde de forma diferenciada dos estágios supervisionados.*	14	D
	Existe ausência de clareza e indefinição dos papéis do tutor e do preceptor na organização das atividades do programa.	12	D
	Se os tutores não cobram dos preceptores sob sua supervisão um controle na execução das atividades desenvolvidas pelos estudantes pode haver dificuldade na realização das tarefas.	17	CP
	Algumas vezes, o gerente da Unidade exerce o papel de tutoria.	20	CP
	A triagem dos estudantes, feita pelas Unidades de Ensino, não utiliza o rigor necessário para selecionar alunos com o perfil demandando pelo PET-Saúde.	18	CP
	Alguns estudantes não são comprometidos com o Programa.	26	AC
	A carga horária dos cursos de graduação é elevada, o que gera indisponibilidade de horários comuns entre os estudantes e as UBS e, consequentemente, dificuldades para planejar e desenvolver atividades conjuntas.	26	AC
	Ocorre incompatibilidade de horários entre os estudantes e os professores.	21	CP
Facilidades	*Estudantes mais interessados e comprometidos facilitam o desenvolvimento das atividades propostas.*	28	AC
	As reuniões entre o coordenador do programa, os tutores e os gerentes das UBS subsidiam na condução dessas relações.	27	AC
	Variação dos locais (UBS e IES) e dos horários das reuniões periódicas pode	24	AC

continua

	favorecer a participação de todos os atores.		
	Para as profissões que ainda não atuam nas equipes do PSF, o PET é muito interessante para estudo de possibilidades para participação futura.	27	AC

Quadro 5.3 – Eixos, assertivas e pontuação final do grau de concordância

Os dados descerrados pelos tutores apresentam convergência com muitos dos resultados revelados pelos grupos focais. As opiniões dos professores participantes do PET-Saúde USP Capital foram organizadas e discutidas sequencialmente de acordo com o grau de concordância em que se enquadraram – total ou parcial.

Condizente com o que foi frisado anteriormente, os novos enfoques teóricos e de produção tecnológica na área da saúde exigem a conformação de profissionais com características diferenciadas, em harmonia com as exigências do setor. A Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos em Saúde do SUS (NOB/RH-SUS) afirma ser imprescindível e obrigatório o comprometimento IES com SUS e com o modelo assistencial vigente através, dentre outros requisitos, da implementação de política de capacitação de docentes orientada para o SUS (Brasil, 2005d). No entanto, o que se observa é que as práticas pedagógicas estabelecidas na área da saúde se conservam sem grandes inovações (Castanho, 2002).

Ao longo de anos, acreditou-se que o bom professor era representado pelo técnico competente. Nesse ínterim, essa qualificação já não é cabível para preparar de maneira satisfatória os profissionais que serão inseridos nos cenários de produção de saúde.

O ensino universitário exige uma capacitação própria e específica que não se restringe a ter um diploma de bacharel, ou de pós-graduação ou, ainda, o exercício da profissão em que se leciona (Masetto, 2003). Para romper com as estruturas cristalizadas do modelo tradicional de educação e contribuir para a formação de um novo perfil de profissionais de saúde, torna-se indispensável a reflexão sobre a reconstrução do perfil dos sujeitos formadores (Péret; Lima, 2003).

Inovações que procuram explorar novas possibilidades no contexto dos conflitos e das contradições das IES podem mobilizar processos significativos de mudanças (Cyrino; Toralles-Pereira, 2004).

De forma totalizada, os tutores concordam que o PET-Saúde proporciona benefícios para a atuação docente. A participação no Programa estimula a reflexão sobre as práticas pedagógicas desenvolvidas nas unidades de ensino, contribuindo para torná-las adequadas no sentido de favorecer a formação demandada pelo SUS.

Os tutores concebem que ao se aproximar do mundo do trabalho em saúde, especificamente por intermédio do PET-Saúde, são evidenciados desafios e limites inerentes ao contexto, o que subsidia o estabelecimento de um paralelo entre a teoria e a prática no processo de ensino-aprendizagem, tornando as práticas docentes condizentes com a realidade do trabalho em saúde.

Além disso, o Programa viabiliza a interação dos tutores com categorias profissionais distintas o que, geralmente, não ocorre nas unidades de ensino. Essa interação advém do contato com outros professores, com profissionais dos serviços de saúde e com alunos das diferentes áreas profissionais presentes no PET-Saúde USP Capital. Necessita-se de profissionais docentes preparados para desempenhar sua profissão de forma contextualizada e em equipe, de maneira interdisciplinar (Masetto, 2003).

Em suma, pode-se afirmar que:

> “A participação no PET-Saúde trouxe reflexões e troca de experiências sobre estratégias e metodologias de ensino em Atenção Básica em Saúde [...]. Essas vivências serviram para o repensar das estratégias pedagógicas no sentido de uma compreensão mais abrangente do SUS e menos baseada no olhar de cada categoria profissional” (T4).

Infere-se, a partir dessas colocações, que o PET-Saúde se conforma como dispositivo relevante para a qualificação docente, contribuindo para as inovações pedagógicas na formação em saúde.

Com relação ao papel desempenhado pela tutoria, os tutores certificam que:

- A tutoria possui grande potencial para o manejo das demandas de pesquisa e facilita a identificação dos objetos de investigação;
- O tutor representa a comunicação do serviço com o universo acadêmico e suas linguagens;

- A atuação dos tutores nos cenários de prática facilita a interação entre preceptores e alunos e dos alunos entre si;
- Os tutores possuem elementos para promover a articulação da teoria com a prática e favorecer a discussão acerca da formação e do trabalho interdisciplinar em saúde;
- A participação dos tutores na proposta do PET-Saúde auxilia na avaliação crítica das práticas.

O grupo manifestou consenso total ao afirmar que os tutores que possuem experiência de trabalho no SUS apresentam certo privilégio para garantir a participação no PET-Saúde.

Além disso, no que se refere ao papel exercido pelo preceptor dentro da proposta do PET-Saúde, os tutores explicitam que os preceptores facilitam o processo de aprendizagem e representam grande importância para fortalecer as atividades desenvolvidas. No ideário deles, os preceptores:

- São imprescindíveis para preparar os alunos e qualificá-los de forma a atuar em equipes multidisciplinares;
- Devem acompanhar, de forma mais próxima, as atividades desenvolvidas pelos estudantes;
- Devem oferecer um “feedback” aos tutores sobre o desenvolvimento das atividades nos campos de prática;
- São os responsáveis pelo controle das frequências dos alunos.

Os tutores acreditam que o contato dos alunos com profissionais de categorias de formação diferenciadas revela novas realidades e possibilidades de atuação profissional, ampliando o entendimento do trabalho em equipe interdisciplinar, e intensificando o conhecimento específico da área do estudante.

> “Esta relação (aluno/preceptor) é fundamental no desenvolvimento do Programa. Quando ela é bem sucedida, auxilia o estudante a enxergar melhor as possibilidades de atuação na Atenção Básica, principalmente quando estes discutem suas atividades com profissionais que não são de sua futura categoria profissional” (T4).

> “A interação entre profissional e estudante não estabelece a mesma relação que existe entre professor e aluno. O estudante é provocado a buscar o aprendizado, enquanto percebe o preceptor na prática profissional e as interações possíveis com a sua própria escolha profissional, que passam a compartilhar” (T6).

Os tutores julgam que o aprofundamento e o estreitamento com o mundo do trabalho geram a ampliação do olhar do estudante sobre a realidade dos serviços. Conclusões semelhantes foram explanadas por Souza-Neto et al. (2011), ao relatar a experiência do PET-Saúde da UFAL.

É consenso total entre os tutores que, nessa conformação, os preceptores se beneficiam, enquanto profissionais, visto que a convivência com os alunos de graduação induz a reflexão sobre o trabalho desenvolvido e desperta para a necessidade de atualização constante. Ao se compartilhar os espaços de práticas em saúde com a academia, assegura-se um local privilegiado para a qualificação dos profissionais que atuam nos serviços.

Estreitar relações com o mundo do trabalho pode gerar contribuições positivas ou agregar nas construções negativas cultivadas pelos alunos com relação ao sistema público de saúde.

> “A interação entre ensino/serviço fortalece e aperfeiçoa o SUS nos seguintes aspectos: permite a formação de profissionais com uma visão mais real e crítica do sistema, instiga a realização de projetos de pesquisa que possam melhorar o funcionamento das UBSs e que respondam a questões que o serviço tem e que são mais difíceis de serem realizadas pelos profissionais da rede e coloca para os docentes questões de pesquisa mais comprometidas com a realidade de saúde do país” (T4).

O sucesso gerado na formação é visto como uma consequência da interação aluno/preceptor, e esse resultado está diretamente ligado ao grau de afinidade existente entre eles. Dois preceptores apontaram as seguintes controvérsias:

> “Acho que não é essa interação que garante o sucesso da formação, até porque ainda não conseguimos integrar o PET com o currículo da graduação. Há cursos em que eles são praticamente "divorciados"” (T1).

> “Considero que a relação não é tão linear assim. Não basta o desejo das pessoas para transformar as práticas. O trabalho em saúde é um trabalho coletivo, sujeito a inúmeras injunções. Está sujeito ainda às políticas públicas e de gestão, ao contexto institucional, à relação no interior das equipes de trabalho, condições que ultrapassam e condicionam as possibilidades individuais de promover a transformação das práticas em saúde” (T2).

As relações entre tutores e preceptores e entre tutores e alunos foram definidas como “amigáveis” e “muito ricas”. De acordo com os professores participantes do PET-Saúde USP Capital, não há uma hierarquia rigidamente estabelecida, capaz de gerar prejuízos para o andamento do Programa. Eles

asseveram que a harmonia nessas relações é fundamental para o desenvolvimento da proposta e que a qualidade dessa interação mantém dependência com a forma de implementação de cada um dos grupos PET-Saúde.

Na perspectiva dos professores, a proporção do número de tutores é adequada para o número de preceptores e alunos e a quantidade de preceptores é viável para conduzir as atividades com o grupo de estudantes.

No entanto, os tutores concordam que a relação deles com os preceptores acontece de forma mais frequente do que a relação dos tutores com os alunos.

Ao explorar o processo de ensino-aprendizagem em sala de aula, Masetto (2003) comenta que a interação professor-aluno, tanto individualmente quanto com o grupo, se destaca e é fundamental no processo de aprendizagem. Mesmo cientes das diferenças existentes entre uma sala de aula convencional e o cenário de aprendizagem do PET-Saúde e das distinções entre os moderadores da aprendizagem em um e em outro caso (professores e alunos no processo ensino-aprendizagem em sala de aula e tutores, preceptores e alunos no PET-Saúde), acredita-se que o tutor deve se colocar no papel de mediador pedagógico – processo que considera o professor como facilitador, incentivador e motivador do processo de aprendizagem – somando esforços com os preceptores na construção do conhecimento através da dinâmica do PET-Saúde. O ideal é que as relações se estabeleçam mutuamente, conforme ilustrado na figura 5.1.

As principais características da mediação pedagógica são (Masetto, 2003): dialogar permanentemente de acordo com o que acontece no momento; trocar experiências; debater dúvidas, questões ou problemas; apresentar perguntas orientadoras; auxiliar nas carências e dificuldades técnicas ou de conhecimento quando o aprendiz não consegue se conduzir sozinho; garantir a dinâmica do processo de aprendizagem; propor situações problemas e desafios; desencadear e incentivar reflexões e criar intercâmbio entre a aprendizagem e a sociedade real.

Na peculiaridade do PET-Saúde, ao inserir um novo integrante no processo de aprendizagem – o preceptor – a mediação pedagógica é exercida, em diversos momentos, pelos trabalhadores dos serviços de saúde. Ao compreender as diferenças existentes entre o preparo pedagógico, dos profissionais do serviço e dos professores universitários, se torna evidente a necessidade de acompanhamento pelo professor, de forma direta, na condução do processo de aprendizagem, por

meio do estabelecimento de contato mais próximo com os alunos e do maior comprometimento com o desenvolvimento das atividades.

Figura 5.1 – Relações estabelecidas entre os protagonistas do PET-Saúde

Percebe-se a fragilidade do vínculo estabelecido com o tutor na condução do Programa, possivelmente decorrente da ausência de especificações claras referentes às atribuições pertinentes aos protagonistas e da sobrecarga de atividades inerentes aos docentes da IES participante do estudo, o que ocasiona restrição de disponibilidade para presenciar as atividades dos estudantes nas UBS. Além disso, existe certo constrangimento para o tutor se manter inserido na rotina da UBS, visto que ele não é funcionário do serviço. Em consonância, percebe-se que há uma debilidade considerável referente à cobrança da realização das atribuições pertinentes e, da mesma maneira que acontece com os tutores e com os alunos, como discutido no tópico anterior, existem falhas no processo seletivo de perfis adequados para compor os grupos de educação tutorial.

Existem alguns dispositivos utilizados para aprimorar e estreitar a relação entre os protagonistas do PET-Saúde USP Capital. Segundo os tutores, são planejadas e realizadas reuniões regulares entre tutores e preceptores e seminários com a participação de todos os membros. Ambos objetivam discutir e subsidiar o planejamento das ações para torná-las mais adequadas. Além disso, eles acreditam que os diários de campo, apesar de serem pouco explorados, representam um dispositivo de avaliação das atividades e permitem o registro das frequências.

Os professores elencaram como facilidades para auxiliar na condução dessas relações a realização das reuniões periódicas com horários e locais variados, no intuito de favorecer a participação de todos os atores. Eles admitem que o grau de interesse dos estudantes pelas atividades propostas, também constitui um facilitador, sobretudo na relação aluno/preceptor.

Contrariamente, os limites apontados se referem à falta de comprometimento manifestada por alguns estudantes e a carga horária dos cursos de graduação que, no entender dos tutores, é elevada e gera indisponibilidade de horários comuns entre os estudantes e as UBS, ocasionando dificuldades para planejar e desenvolver atividades conjuntas.

A interação das IES com os serviços de saúde é capaz de fortalecer o SUS, visto que os profissionais formados dentro dessa perspectiva serão mais conscientes sobre a realidade do sistema e menos preconceituosos. Eles terão um preparo adequado para enfrentar os desafios com os quais o SUS se choca no seu processo de construção. Essa interação propicia, ainda, o reconhecimento do espaço de trabalho em saúde como um futuro local para a atuação profissional. Com relação às profissões que ainda não atuam nas equipes do ESF, o PET-Saúde é interessante para o estudo de possibilidades para participação futura.

É possível indicar, ainda, benefícios em curto prazo ou imediatos, devido ao fato de essa interação criar questionamentos e reflexões que tendem a tencionar o trabalho rotineiro dos serviços de saúde, estabelecendo, de fato, a construção do saber de forma compartilhada.

Apesar dessas questões sobre a relação do ensino com os serviços terem sido classificadas, devido à pontuação recebida, como concordância total, julga-se pertinente registrar a seguinte ressalva feita por um dos tutores:

> “Considero que a relação não é tão linear assim. Não basta o desejo das pessoas para transformar as práticas. O trabalho em saúde é um trabalho coletivo, sujeito a inúmeras injunções. Está sujeito ainda às políticas públicas e de gestão, ao contexto institucional, à relação no interior das equipes de trabalho, condições que ultrapassam e condicionam as possibilidades individuais de promover a transformação das práticas em saúde” (T2).

Os tutores enfocaram a necessidade de se institucionalizar o Programa, para que ele não seja colocado em uma situação de instabilidade de financiamentos.

De maneira parcial, os tutores acreditam que os estudantes que vivenciam o SUS, por intermédio do PET-Saúde, serão profissionais capazes de desenvolver um trabalho em equipe e atuarão como agentes transformadores das práticas em saúde. Um dos tutores mencionou outras variáveis que interferem nesse processo e justifica a concordância parcial:

> "[...] a formação mecânica, descontextualizada e pouco criativa também deveria ser considerada; assim, como a qualidade das pessoas seja na condição de estudantes, docentes ou profissionais de saúde" (T5).

Parcialmente, os professores que integram o PET-Saúde USP Capital afirmam que o conhecimento do contexto do trabalho em saúde pode revelar temáticas pertinentes ao ensino, propiciar a seleção de objetos de pesquisa condizentes com as demandas da população, gerando conhecimento para os serviços e favorecendo as reflexões sobre as grades curriculares, no sentido de adequá-la aos ideais da formação em saúde.

No contexto das relações estabelecidas no Programa, eles concordam, em parte, que a relação dos tutores com os alunos, nem sempre, acontece de maneira direta. Além disso, eles não convergiram para um consenso total no que se refere à obrigatoriedade dos tutores assistirem e auxiliarem os preceptores no desenvolvimento das atividades programadas.

Em parte, eles estão de acordo no que se refere à existência de incompatibilidade de horários entre estudantes e professores. Acreditam, ainda, que a seleção feita pelas unidades de ensino, não apresenta o rigor necessário para triar alunos com o perfil demandado pelo PET-Saúde.

Nos casos em que o tutor não exige dos preceptores sob sua supervisão um controle na execução das atividades desenvolvidas pelos estudantes, na opinião parcial dos tutores, pode se estabelecer barreiras que dificultam a realização das tarefas.

Finalmente, de forma parcial, os tutores concordam que, em alguns casos, o gerente da UBS acaba exercendo as atribuições pertinentes à tutoria.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo traduzem o PET-Saúde USP Capital como um poderoso instrumento de indução de mudanças na concepção dos profissionais de saúde, ressaltando sua contribuição para a formação humanística, crítica e reflexiva almejada pelas DCN para os cursos de graduação em odontologia.

Ao proporcionar a imersão dos estudantes da área da saúde e, sobretudo, de odontologia na realidade dos serviços de saúde, o Programa contribui para o rompimento de pré-conceitos e para a desmistificação do SUS. A constante movimentação entre a teoria estudada através dos componentes curriculares e a prática estabelecida nos serviços gera inquietações e questionamentos que contribuem para efetivar o conteúdo das disciplinas ligadas ao SUS e, consequentemente, intensificar o processo de aprendizagem dos estudantes.

As potencialidades descortinadas se estendem aos trabalhadores inseridos nos serviços ligados ao PET-Saúde, uma vez que a vivência com os alunos de graduação induz à reflexões sobre o próprio trabalho que tende a se tornar acrítico e mecânico no cotidiano das práticas.

Além disso, os sujeitos do estudo admitem que o PET-Saúde USP Capital proporciona vivências reais para os professores que, comumente, desenvolvem as práticas pedagógicas no interior das unidades de ensino. Essa aproximação com os campos de prática em saúde fornece subsídios para esmerar as práticas docentes.

Salientam-se as contribuições do PET-Saúde USP Capital para as UBS, uma vez que além de favorecer a qualificação dos profissionais já inseridos, garante a inserção futura de profissionais com perfis diferenciados que desenvolverão um trabalho em favor da Integralidade e da resolubilidade da atenção à saúde.

Das colocações anteriores conclui-se que o PET-Saúde, ao conceber um processo de ensino-aprendizagem no qual o trabalhador do serviço é inserido como mediador da aprendizagem junto ao professor universitário, conforma uma aprendizagem significativa que engloba e afeta todos os envolvidos – tutores, preceptores e alunos.

O Programa toma como eixo da transformação a integração do ensino de graduação com os serviços de saúde. A investigação revelou as particularidades do

PET-Saúde, nesse aspecto, entendendo-o como ponto de partida para o modelo ideal de integração. Acredita-se que diversas das características específicas reveladas podem ser incorporadas às modalidades de interação presentes nos componentes curriculares com o objetivo de torná-las mais condizentes. Um dos grandes diferenciais encontra-se nas práticas desenvolvidas que, no caso do PET-Saúde, são voltadas para as demandas do serviço e planejadas e executadas com base na interdisciplinaridade, mantendo expressivo envolvimento com a rotina das UBS.

O Programa planeja e executa ações que incluem desde a inserção em atividades da própria unidade até atividades de pesquisa e intervenção. O planejamento e a avaliação das atividades são realizados através de reuniões periódicas individualizadas por grupo de educação tutorial e por meio de seminários que envolvem todos os atores.

A operacionalização dessas ações se choca com limites próprios de um Programa novo – e inovador –, que ainda não foi totalmente explorado. A ausência de diretrizes operacionais claras na documentação que rege a proposta dificulta o planejamento das atividades, mas a experiência adquirida tem auxiliado no sentido de tornar as ações mais efetivas e ampliar o alcance do potencial do Programa.

As relações entre os protagonistas – tutores, preceptores e alunos – são essenciais para garantir a qualidade nas ações desenvolvidas e o incremento no processo de aprendizagem. Essas relações devem se manter de forma recíproca para que os benefícios não caminhem por uma via unidirecional, mas que os contemple mutuamente. No entanto, o estudo evidenciou as fragilidades e debilidades existentes no estabelecimento dessas relações, com destaque para o envolvimento dos tutores. É indispensável que se reflita no sentido de identificar as causas para essas debilidades, com o objetivo de solucioná-las.

O sucesso do Programa mantém relação direta com o grau de compromisso assumido pelos seus protagonistas, tendo em mente que a falta de dedicação não se faz comum apenas entre estudantes. O desinteresse ou falta de empenho pode se perpetuar também entre tutores e preceptores. Um nó crítico para garantir o comprometimento, justificável também para as fragilidades encontradas nas relações entre os protagonistas, é representado pela dificuldade em conciliar os horários livres de alunos, preceptores e tutores.

Deve-se pensar em avaliações objetivas que possam rapidamente minimizar a permanência de protagonistas desvinculados das propostas do Programa. Estabelecer critérios de seleção mais rigorosos para ambos poderia contribuir para reduzir essas limitações. É imprescindível, ainda, a exigência de uma postura comprometida e a instauração da punição para casos de transgressão, valendo não só para estudantes, mas também para professores e trabalhadores do serviço.

Os dados descortinados na avaliação do PET-Saúde USP Capital apresentam uma gama de informações que poderá ser utilizada para aperfeiçoar o Programa no recorte estudado e contribuir para o fortalecimento e o aperfeiçoamento do PET-Saúde em nível nacional. Os elementos identificados podem, ainda, auxiliar nas reestruturações curriculares dos cursos de graduação em saúde.

Tem-se discutido a possibilidade da inclusão do PET-Saúde como um componente curricular. No entanto, acredita-se que essa alternativa não seja viável em um contexto tão complexo como o da USP. Entretanto, seria ideal a integração dos cursos de graduação da área de saúde, em cada IES, de modo a permitir maior flexibilidade e compatibilidade curricular para viabilizar as atividades dos estudantes nos campos de prática e garantir a aprendizagem interdisciplinar.

No ano corrente, o Pró-Saúde e o PET-Saúde estão iniciando suas atividades de maneira articulada. A novidade foi divulgada por meio do edital n° 24, de 15 de dezembro de 2011, e coloca em evidência o caráter bem sucedido das duas propostas, uma vez que, mesmo demandando grande investimento financeiro por parte do Ministério da Saúde, os Programas estão sendo mantidos e estendidos ao longo dos anos. Nessa linha, se depreende que o fato de serem mantidos pelo Ministério da Saúde implica que o órgão também os reconhece como potenciais modificadores na formação e inserção no trabalho, como confirmado por esse estudo.

REFERÊNCIAS[13]

Akerman M, Feuerwerker L. Estou me formando (ou me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman MDJ, Carvalho YM, editores. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. São Paulo: Hucitec Editora; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 171-86.

Albuquerque VS, Gomes A, Rezende C, Sampaio M, Dias O, Lugarinho R. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. Rev Bras Educ Med. 2008;32(3):356-62.

Alma-Ata. Documento final da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata (URSS). 1978. Disponível em: http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf [citado 15 nov 2011]

Almeida LPVG, Ferraz CA. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm. 2008 jan-fev;61(1):31-5.

Amaral JHL, Palmier AC, Vasconcelos M, Abreu MHNG. Experiência da faculdade de odontologia da UFMG no PET-Saúde da Família. I Mostra de experiências exitosas dos projetos PET-Saúde, PET-Saúde e Telessaúde da área de Odontologia. 46ª Reunião da ABENO; 10 e 11 de agosto de 2011; Florianópolis (SC), Brasil. Revista da ABENO. 2011 Jan-Jun;11(1):81-82.

Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. Rev Bras Educ Med. 2005;29(2):136-46.

Andrade LOM, Bueno ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman MDJ, Carvalho YM, editores. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. ão Paulo: Hucitec Editora, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 783-836.

Araújo ME. Educação superior em odontologia na perspectiva das Políticas Públicas de Saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2004.

[13] De acordo com o estilo Vancouver.

Araujo ME. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. Ciência & Saúde Coletiva. 2006;11(1):179-82.

Araújo ME, Zilbovícius C. A formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, editores. Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 277-90.

Araújo ME, Junqueira SR, Corrêa FC. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de São Paulo - campus capital: a experiência da região do Butantã, São Paulo. I Mostra de experiências exitosas dos projetos PET-Saúde, PET-Saúde e Telessaúde da área de Odontologia. 46ª Reunião da ABENO; 10 e 11 de agosto de 2011; Florianópolis (SC), Brasil. Revista da ABENO. 2011 Jan-Jun;11(1):81-82.

Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira R, Silva A, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2007;16(1):71-9.

BVS. Descritores em Ciências da Saúde, 2012. [citado 26 abr 2012].Disponível em: http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/

Backes DS, Koerich MS, Rodrigues A, Drago LC, Klock P, Erdmann AL. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. Cienc Saude Coletiva. 2009;14(3):903-10

Baltazar MMM. Projeto de pesquisa de doutorado. Foz do Iguaçu: Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2009.

Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 276 p.

Bastos JRM, Aquilante AG, ALMEIDA BS, Lauris JRP, Bijella VT. Análise do perfil profissional de cirurgiões-dentistas graduados na Faculdade de Odontologia de Bauru–USP entre os anos de 1996 e 2000. J Appl Oral Sci. 2003;11(4):283-9.

Bezerra NO. Programa Saúde da Família: encontros e desencontros no labirinto da implantação [dissertação]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2004.

Borges TS, Daronco A, Silveira CS, Sonda EC, Marques BB, Battisti F, et al. PET-Saúde/Vigilância - UNISC: A relação com o ensino odontológico. Revista da ABENO. 2011 Jan-Jun;11(1):38-5.

Botazzo C. Da arte dentaria. São Paulo: Hucitec Editora; 2000. 316 p.

Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? Rev Bras Educ Med. 2008;32(3):363-73.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 7ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

Brasil. Decreto no 87.497, de 18 de agosto de 1982. Regulamente a Lei no 6.494, de 07 de dezembro de 1977, que dispõe sobre o estágio de estudantes de estabelecimentos de ensino superior e de 2o grau regular e supletivo, nos limites que especifica e dá outras providências. Brasília, 1982. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d87497.htm [citado 03 mar 2012].

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1986a.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 1986b.

Brasil. Constituição de 1988. Constituição da República federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Regulamenta o Sistema Único de Saúde (1990). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf [citado 27 mar 2012].

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1992.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.

Brasil. Lei 9034, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, 1996. Brasília, 1996a. Disponível em portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf [citado 24 nov 2011].

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília, 1996b. Disponível em: conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196.doc [citado 05 jul 2010].

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 10a Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE Nº 776/97. Orienta para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília, 1997b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/1997/pces776_97.pdf. [citado 3 dez 2011].

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 287, de 08 de outubro dde 1998. Brasília, 1998b. Disponível em: http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/resol_cns_287_1998.pdf [citado 8 jan 2012].

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 11ª. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília, 2002a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf [citado 3 nov 2011].

Brasil. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Superior. Manual de Orientações Básicas – PET. Brasília, 2002b.Disponível em http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/PETmanual.pdf. [citado 09 nov 2011].

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003a.

Brasil. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Superior. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CNS Nº 67/2003. Referencial para as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN dos Cursos de

Graduação. Brasília, 2003b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2003/pces067_03.pdf [citado 6 jun 2011].

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003 : resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. [citado 25 jun 2010]. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004c.

Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM Nº 005, de 08 de junho de 2004. Dispõe sobre os serviços de preceptor/tutor dos programas de Residência Médica. [citado 26 abr 2012]. Brasília, 2004d. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/cnrm_052004.pdf

Brasil. Lei Nº 11.180, de 23 de setembro de 2005. Institui o Projeto Escola de Fábrica, autoriza a concessão de bolsas de permanência a estudantes beneficiários do Programa Universidade para Todos – PROUNI, institui o Programa de Educação Tutorial – PET, altera a Lei nº 5.537, de altera a Lei nº 5.537, de 21 de novembro de 1968, e a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 26 set. 2005a:Sec. 1:1.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial Nº 2118 de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília 4 nov. 2005b:Sec. 1:112.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial no. 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Diário Oficial da União. 4 nov. 2005c:Sec. 1:111.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005d. 98 p. Série J. Cadernos.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - Objetivos, Implementação e Desenvolvimento Potencial. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação; 2007a. 87 p. Série C.

Brasil. Presidencia da Repúblia. Casa Civil. Decreto de 20 de junho de 2007. Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Diário Oficial da União. 2007b

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial no 3.019, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde para os cursos de graduação da área da saúde. Diário Oficial da União. 27 nov.2007c Brasília:Sec. 1:44.

Brasil. Portaria GM/MS no 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. [citado 07 abr 2011]. Brasília, 2007d. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_1996_GMMS.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial no. 1802 de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Diário Oficial da União. 27 ago.2008a:Sec. 1:27.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital no. 12, de 3 de setembro de 2008.Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-SAÚDE. Diário Oficial da União. 4 set. 2008b: Sec. 3:81.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital no 18, de 16 de semtebro de 2009. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-SAÚDE. Diário Oficial da União. 17 set.2009a:Sec. 3:90.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Conjunta no 3, de 30 de janeiro de 2009. Homologa o resultado do processo de seleção dos Projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. [citado 8 ago 2011]. Brasília, 2009b. Disponível em:

portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resultadopetsaudefev09.pdf

Brasil. Ministério da Educação. Portaria Normativa no 7, de 22 de junho de 2009.Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. Diário Oficial da União. 22 jun.2009c:Sec. 1:31.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria no. 1, de 5 de fevereiro de 2010. Homologa o resultado do processo de seleção dos Projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde 2010/2011. Diário Oficial da União. 5 fev.2010a:Sec. 1:33.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria conjunta no 3, de 3 de março de 2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o PET-Saúde Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União. 5 mar. 2010b:Sec. 1:59.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Edital conjunto no. 27, de 17 de setembro de 2010. Diário Oficial da União. 17 set. 2010c:Sec.3:30.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial no 422, de 3 de março de 2010. Estabelece as orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Diário Oficial da União. 5 mar.2010d: Sec. 1:53.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria no. 421 de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. Diário Oficial da União. 3 mar.2010e:Sec. 1:52.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria conjunta no 2, de 3 de março de 2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o PET-Saúde/Saúde da Família. Diário Oficial da União. 3 mar. 2010f:Sec. 1:58.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria no 4, de 29 de março de 2010. Estabelece orientações e diretrizes para a concessão de bolsas de iniciação ao trabalho, tutoria acadêmica e preceptoria para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Diário Oficial da União. 29 mar. 2010g:Sec. 1:119.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Brasília; [2012a?].

Brasil. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução no 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União. 13 abr. 2012b:Sec. 1:2

Britten N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: Pope C, Mays N, editores. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. São Paulo: Artmed; 2006. 168p.

Buffon MCM, Carvalho DS, Daniel E, Slomp-Júnior H, Pecharki GD, Mariot CA, et al. Contribuições do PET-Saúde para a área de odontologia da UFPR na consolidação das Diretrizes Curriculares Nacionais e do SUS, nos municípios de Curitiba e Colombo-PR. Revista da ABENO. 2011 Jan-Jun;11(1):9-15.

Campos FE, Belisário SA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. Interface-Comunic, Saúde, Educ. 2001;5(9):133-42.

Campos FE, Haddad AE, Pierantoni CR, Brenelli SL, Cury GC, Morita MC, et al. O programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: Pró-Saúde. In: Pierantoni CR, Viana ALD, editoras. Educação e saúde. São Paulo: Hucitec Editora, 2010. 239 p.

Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman MDJ, Carvalho YM, editores. Tratado de saúde coletiva. 2ª ed. São Paulo: Hucitec Editora; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 137-70.

Casotti E, Ribeiro VMB, Gouvêa MV. Educação em odontologia no Brasil: produção no período 1995-2006. Hist Cienc Saude Manguinhos. 2009 Out-Dez;16(4):999-1010.

Castanho ME. Professores de Ensino Superior da área da Saúde e sua prática pedagógica. Interface-Comumic Saúde Educ. 2002 Fev;6(10):51-61.

Cavalcanti YW, Cartaxo RO, Padilha WWN. Educação odontológica e sistema de saúde brasileiro: práticas e percepções de estudantes de graduação. Arq Odontol. 2010 Out.-Dez;46(4):224-31.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004;14(1):41-65.

Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez; 2009.236 p.

Costa LM, Germano RM. Estágio Curricular Supervisionado na graduação em Enfermagem: revisitando a história. Ver Bras Enferm. 2007 Nov-Dez. 60(6):706-10.

Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cad Saude Publica. 2004 Mai-Jun;20(3):780-8.

Deslandes SF. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, editores. Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 157-84.

Esher A, Santos EM, Magarinos-Torres R, Azeredo TB. Construindo critérios de julgamento em avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/AIDS. Cienc Saúde Coletiva. 2012;17(1)203-214.

Espínola J, Schimidt L, Martini D, Goronzi T, Sebold R, Carcereri D. O trabalho interdisciplinar: desafios e conquistas do PET-Saúde da Prainha sob o olhar da odontologia. I Mostra de experiências exitosas dos projetos PET-Saúde, PET-Saúde e Telessaúde da área de Odontologia. 46ª Reunião da ABENO; 10 e 11 de agosto de 2011; Florianópolis (SC), Brasil. Revista ABENO. 2011 Jan-Jun;11(1):81-82.

Fernandez JCA, Sacardo DP. Abordagem qualitativa para a avaliação de políticas públicas: implicações teóricas, éticas e políticas. In: Fernandez JCA, Campos M, Cazzuni DH, editores. Avaliar para compreender: uma experiência na gestão de programa social com jovens em Osasco-SP. São Paulo: Hucitec Editora; 2008. p. 59-95.

Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte eo instituído. Cienc Saúde Coletiva. 2009;14(3):743-52.

Fonsêca GS, Rodrigues AAAO. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) como indutor de inovações pedagógicas: a experiência do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia. Revista da ABENO. 2011 Jul-Dez;11(2):19-26.

Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface-Comunic Saúde Educ. 2007 Set-Dez;11(23):427-38.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 29ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.148 p.

Freire P. Pedagogia do oprimido. 47ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2008. 213 p.

Frossard WTG, Codato LAB, Higasi MS, Oliveira MMBd, Sangiorgio JPM. Odontologia no PET-Saúde: pesquisa e integração ensino, serviço e comunidade. Revista da ABENO. 2011 Jan-Jun;11(1):51-4.

Gabriel M, Tanaka EE. Formação profissional em odontologia: percepção discente da interação curricular. Revista da ABENO. 2011 Jan-Jun;11(1):19-22.

Garcia MAA. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. Interface-Comunic Saúde Educ. 2001;5(8):89-100.

Garcia RA, Carvalho SR. Navegando no entre das instituições de ensino e serviços de saúde: uma carta náutica dos (des) encontros. In: Carvalho SR, Ferigato S, Barros ME, editores. Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo: Hucitec Editora; 2009. p. 220-39.

Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad Saúde Pública. 2005 Mar-Abr;21(2):490-8.

Giovinazzo RA. Modelo de aplicação da metodologia Delphi pela internet: vantagens e ressalvas. Rev Adm on line [periódico na internet]. 2001;2(2). [citado 05 mai 2011]. Disponível em: http://www.fecap.br/adm_online/art22/renata.htm

Goulart LMHF, Alves CRL, Belisário SA, Abreu DMX, Lemos JMC, Massote AW, et al. Abordagem pedagógica e diversificação dos cenários de ensino médico: projetos selecionados pelo PROMED. Rev Bras Educ Med. 2009;33(4):605-14.

Green J, Britten N. Qualitative research and evidence based medicine. BMJ. 1998;316:1230-2.

Greenhalgh T. Como ler artigos cientificos: fundamentos da medicina baseada nas evidencias. São Paulo: Artmed; 2008. 228 p.

Haddad AE, Morita MC. O ensino da Odontologia e as políticas de saúde e de educação. In: Carvalho ACPC, Kriger L, editores. Educação odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p.105-17.

Haddad AE, Ristoff D, Passarella TM. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais.Série F. Comunicação e Educação em Saúde .Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 126 p.

Haddad AE, Campos FE, Freitas MSBF, Brenelli SL, Passarella TM, Ribeiro TCV. Programa de educação pelo trabalho para a saúde-PET-Saúde. Cad ABEM. 2009;5:6-12.

Haag GS, Kolling V, Silva E, Melo SCB, Pinheiro M. Contribuições da monitoria no processo ensino-aprendizagem em enfermagem. Rev Bras Enferm. 2008 Mar-Abr;61(2):215-20.

Henriques R. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos . Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2005. 303 p.

Houaiss, A. Dicionário eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Objetiva; 2001.

Japiassu H, Marcondes D. Dicionário básico de filosofia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1989. 265 p.

Junqueira CR. A atenção à pessoa humana - paciente e aluno - no âmbito da formação em odontologia: o papel do docente, da reestruturação curricular e da

bioética [tese] São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2009.

Koch T, Harrington A. Reconceptualizing rigour: the case for reflexivity. J Adv Med Surg Nurs. 1998;28(4):882-90.

Lucas SD, Palmier AC, Amaral JHL, Werneck MAF, Senna MIB. Inserção do aluno de odontologia no SUS: contribuições do Pró-Saúde. Revista da ABENO. 2011 Jan-Jun;11(1):29-34.

Manfredini MA. Saúde bucal no Programa Saúde da Família. In: Dias AA, editor. Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Santos; 2006. p. 43-73.

Masetto MT. Competência pedagógica do professor universitário. São Paulo: Summus; 2003. 194 p.

Mattos MGC, Watanabe MGC, Bregagnolo JC, Semprini M, Bava MCGGC. Políticas públicas de incentivo à aproximação ensino-serviço nos cursos de saúde: a experiência da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto-USP. I Mostra de experiências exitosas dos projetos PET-Saúde, PET-Saúde e Telessaúde da área de Odontologia. 46ª Reunião da ABENO; 10 e 11 de agosto de 2011; Florianópolis (SC), Brasil. Revista da ABENO. 2011 Jan-Jun;11(1):81-82.

Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMVS. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMVS, editoras. Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 41-63.

Menezes AF, Pequeno LL. A participação do PET-Saúde/Saúde da Família na formação de uma equipe de agentes de saúde mirins para combate à dengue. I Mostra de experiências exitosas dos projetos PET-Saúde, PET-Saúde e Telessaúde da área de Odontologia. 46ª Reunião da ABENO; 10 e 11 de agosto de 2011; Florianópolis (SC), Brasil. Revista da ABENO. 2011 Jan-Jun;11(1):81-82.

Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Saúde em Debate. 2003;27:316-23.

Minayo MCS. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, editores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010a. 244p.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2010b. 407 p.

Morita M, Kriger L. Mudanças nos cursos de odontologia e a interação com o SUS. Revista da ABENO. 2004;4(1):17-21.

Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 148 p.

Nunes ED. A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais. In: Canesqui AM, editora. Dilemas e desafios das ciências sociais na saúdec. São Paulo: Hucitec Editora; 1995. p. 95-113.

Oliveira ER, Codato LAB, Massaoka ST. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: formação baseada nos pressupostos das Diretrizes Curriculares Nacionais. Revista da ABENO. 2011 Jan-Jun;11(1):43-6.

Oliveira ML, Coelho TC. A percepção de acadêmicos de odontologia sobre o PET-Saúde UFMS/SESAU, Campo Grande/MS, 2009. Revista da ABENO. 2011 Jan-Jun;11(1):76-80.

Pádua EMM. Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática. Campinas: Papirus; 1997.

Pequeno LL, Farias MR, Moura KS, Diógenes MAR. Inserção do graduando do curso de odontologia no PET-Saúde da Família da Universidade de Fortaleza. I Mostra de experiências exitosas dos projetos PET-Saúde, PET-Saúde e Telessaúde da área de Odontologia. 46ª Reunião da ABENO; 10 e 11 de agosto de 2011; Florianópolis (SC), Brasil. Revista da ABENO. 2011 Jan-Jun;11(1):81-82.

Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S. A assistência domiciliar: conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. Rev Lat Am Enfermagem. 2005;13(6):1001-10.

Péret ACA, Lima MLR. A pesquisa e a formação do professor de Odontologia nas políticas internacionais e nacionais de educação. Revista da ABENO. 2003;3(1):65-9.

Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 5ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 2008. 635 p.

Queiroz MG, Souza CB, Carvalho MP, Nery NG, Caixeta R, Gonçalves PR, et al. Experiência de consolidação do PET-Saúde da Família na UBASF Parque Atheneu - Goiânia-GO. I Mostra de experiências exitosas dos projetos PET-Saúde, PET-Saúde e Telessaúde da área de Odontologia. 46ª Reunião da ABENO; 10 e 11 de agosto de 2011; Florianópolis (SC), Brasil. Revista da ABENO. 2011 Jan-Jun;11(1):81-82.

Rodrigues AAAO, Fonsêca GS, Siqueira DVS, Assis MMA, Nascimento MAA. Práticas da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e a construção (des) construção da Integralidade em Feira de Santana-Bahia. Revista de ABENO. 2010 Out-Dez;13(4):476-85.

Rodrigues AAOR, Assis MMA, Nascimento MAA, Fonsêca GS, Siqueira DVS. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em um município do Semiárido Baiano. Rev Baiana Saúde Pública. 2011 Jul-Set;35(3):695-709.

Rossoni E, Lampert J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. Bol Saúde. 2004 Jan-Jun;18(1):87-98.

Rowe G, George W, Bolger F.Delphi: A revaluation of research and theory. Thechnol forecasting and socl changes. 1991;39(3):235-51.

Saliba NA, Moimaz SAS, Chiaratto RA, Tiano AVP. A utilização da metodologia PBL em Odontologia: descortinando novas possibilidades do processo de ensino-aprendizagem. Rev Odonto Ciênc. 2008;23(4):392-6.

Sakaguti NM, Junqueira CR, Ramos DL. Experimentação com seres humanos: fundamentos e normas. In: Ramos DL, editor. Bioética: pessoa e vida. 1ª ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora; 2009. p. 297-309.

Sanches HF, Drumond MM, Vilaça EL. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(2):523-531.

Santos KT, Gonçalves CM, Carvalho RB. O PET-Saúde como instrumento de reorientação do ensino em odontologia: a experiência da Universidade Federal do Espírito Santo. I Mostra de experiências exitosas dos projetos PET-Saúde, PET-Saúde e Telessaúde da área de Odontologia. 46ª Reunião da ABENO; 10 e 11 de agosto de 2011; Florianópolis (SC), Brasil. Revista da ABENO. 2011 Jan-Jun;11(1):81-82.

Silva AM, Vargas AMD, Ferreira EF. A Integralidade da Atenção e o ensino superior. Arq odontol. 2004 jul/set; 40(3):245-56.

Silveira J. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em odontologia: historicidade, legalidade e legitimidade.
Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr. 2004 Maio-Ago;4(2):151-6.

Sobrinho TAO, Medeiros CPP, Maia MRM, Reis TC, Miranda LP, Costa PF. Integração Acadêmica e Multiprofissional no PET-Saúde: Experiências e Desafios. Revista da ABENO. 2011 Jan-Jun;11(1):39-42.

Souza ER, Deslandes SF, Minayo MCS, Santos NC. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, editores. Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. p. 133-56.

Souza-Neto ACS, Almeida AL, Santos-Júnior PR, Novaes IM. Vivência da odontologia no PET-Saúde da Família da UFAL. Aprendizado de ações coletivas baseado no ensino-pesquisa-extensão acadêmicos. Revista da ABENO. 2011 Jan-Jun;11(1):16-8.

Streubert HJ, Carpenter DR, Santos APS. Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista. Lisboa: Lusociência; 2006.406 p.

Tavares DMS, Simões ALA, Poggetto MTD, Silva SR. Interface ensino, pesquisa e extensão nos cursos de graduação da saúde na Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Rev Lat Am Enfermagem. 2007;15:1080-5.

Trajman A, Assunção N, Venturi M, Tobias D, Toschi W, Brant V. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. Rev Bras Educ Med. 2009;33(1):24-32.

USP. Escola de Enfermagem. Faculdade de Medicina. Faculdade de Odontologia. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Relatório final de atividades PET-Saúde - ano letivo 2009. São Paulo, 2009.

USP. Escola de Enfermagem. Faculdade de Medicina. Faculdade de Odontologia. Escola de Educação Física e Esportes. Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Faculdade de Saúde Pública. Instituto de Psicologia. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Projeto Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde 2010-2011. São Paulo, 2010.

Vasconcelos CM, Pashe DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond-jr M, Carvalho YM, editores. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. São Paulo:Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 531-62.

Vieira JE, Elias PEM, Benseñor IJM, Grisi SJE. Instalação da disciplina de Atenção Básica em Saúde na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2003-2006). Rev Bras Educ Med. 2007;31(3):236-44.

Werneck MAF, Senna MIB, Drumond MM, Lucas SD. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. Cien Saude Coletiva. 2010;15(1):221-31.

Wikipédia. A enciclopédia Livre. [citado 30 mar 2012]. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Educa%C3%A7%C3%A3o_%C3%A0_dist%C3%A2ncia

Zilbovícius C. Implantação das Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em odontologia no Brasil: contradições e perspectivas [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2007.

Zilbovicius C, Araujo ME, Botazzo C, Frias AC, Junqueira SR, Junqueira CR. A Paradigm Shift in Predoctoral Dental Curricula in Brazil: Evaluating the Process of Change. J Dent Educ. 2011 Apr;75(4):557-64.

APÊNDICE A – Instrumentos para coleta de dados (Grupos A e P)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL

Projeto de Pesquisa
Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: considerações de alunos da odontologia, preceptores e tutores

Instrumento para coleta de dados (GRUPOS A e P)

Eixo 01: Formação para o SUS

- papel do profissional da saúde;
- entendimento sobre saúde/ saúde bucal;
- entendimento sobre o SUS;
- perspectiva de atuação profissional;
- contribuição para a formação profissional;

Eixo 02: Conhecimentos sobre o SUS

- competências e habilidades de um profissional para atuar no SUS/AB;
- conhecimentos sobre a dinâmica das unidades de saúde;
- o trabalho em equipe;

Eixo 03: Interação ensino/serviço

- contribuições da inserção dos alunos nos campos de prática;
- contribuições geradas pelo contato com a IES para aperfeiçoar a prática em saúde (específica para preceptores);
- potencial do serviço como norteador da formação para o SUS;
- envolvimento com projetos de pesquisa e extensão da USP;

APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados (Grupo T)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL

Projeto de Pesquisa
Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: considerações de alunos da odontologia, preceptores e tutores

Instrumentos para coleta de dados (GRUPO T)

1ª. Rodada

1. Quais as contribuições que o conhecimento do contexto do trabalho, gerado através da sua participação no PET-Saúde, trouxeram para a sua atuação enquanto docente?

2. Como você avalia a interação aluno/preceptor? De que modo a interação aluno/preceptor oferece subsídios para conformação de um perfil profissional voltado para a atuação na Atenção Básica?

3. Você acha que a interação do ensino com o serviço, através do PET-Saúde, é capaz de fortalecer e aperfeiçoar o SUS?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Grupos A e P)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (GRUPOS A e P)

Esta pesquisa intitulada "**Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: considerações de alunos da odontologia e preceptores"** tem como equipe executora a Profa. Dra. Simone Rennó Junqueira e a mestranda Graciela Soares Fonsêca.

Esta pesquisa busca contribuir para o desenvolvimento do conhecimento no campo do ensino de graduação ao avaliar uma atividade de integração docente-assistencial, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Acredita-se que essa estratégia amplia o próprio campo de conhecimentos da pedagogia universitária e contribui para o aprimoramento da formação e melhoria da qualidade da atenção em saúde.

Você está sendo convidado para participar em decorrência do seu envolvimento com este programa. Informamos que sua participação não é obrigatória e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras, com a instituição ou com o próprio PET-Saúde. Além disso, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento.

Se concordar, gostaríamos que participasse de uma atividade, junto com outros integrantes do programa, que irá discutir assuntos relacionados ao PET-Saúde. A discussão será gravada, transcrita e analisada pela (as) pesquisadora (as).

O estudo conta com um sítio eletrônico onde você poderá obter maiores informações sobre a pesquisa e sobre as pesquisadoras. Além disso, se julgar necessário, poderá consultar as pesquisadoras no departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), localizado na Avenida Professor Lineu Prestes, 2227 – Cidade Universitária, ou através do telefone (11) 3091 7891.

Qualquer dúvida com relação às questões éticas da pesquisa podem ser esclarecidas no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, situado na Rua General Jardim, 36, 1º andar, V. Buarque ou pelo telefone (11) 3397 2464.

Todos os esforços serão demandados para que não ocorra nenhum tipo de constrangimento e para que você possa expor suas ideias sem receio.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação, inclusive para os demais participantes do estudo. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa "**PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE: CONSIDERAÇÕES DE ALUNOS DA ODONTOLOGIA E PRECEPTORES**" ACEITO participar da mesma e estou recebendo uma cópia desse termo.

Nome:_____

Assinatura:_____Em ____ de _____ de 2011.

Atenciosamente,

_____	_____
Graciela Soares Fonsêca	**Profa. Dra. Simone R. Junqueira**
Pesquisadora	*Coordenadora da Pesquisa*

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Grupo T)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (GRUPO T)

Esta pesquisa intitulada "**Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: considerações de alunos da odontologia e preceptores"** tem como equipe executora a Profa. Dra. Simone Rennó Junqueira e a mestranda Graciela Soares Fonsêca.

Esta pesquisa busca contribuir para o desenvolvimento do conhecimento no campo do ensino de graduação ao avaliar uma atividade de integração docente-assistencial, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Acredita-se que essa estratégia amplia o próprio campo de conhecimentos da pedagogia universitária e contribui para o aprimoramento da formação e melhoria da qualidade da atenção em saúde.

Você está sendo convidado para participar em decorrência do seu envolvimento com este programa. Informamos que sua participação não é obrigatória e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras, com a instituição ou com o próprio PET-Saúde. Além disso, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento.

Se concordar em participar, gostaríamos que respondesse a alguns questionários que serão expostos em um sítio eletrônico, criado especificamente para o desenvolvimento da pesquisa. Esses questionários serão disponibilizados em rodadas para todos os participantes. As respostas, em forma de resumo, sem a identificação individual, serão compartilhadas entre todo o grupo e novas perguntas serão feitas e enviadas para uma nova rodada. O processo continua até a obtenção de uma opinião coletiva qualificada sobre as questões apontadas. A cada questionário novo, você receberá um e-mail notificando que pode começar a responder.

No sítio eletrônico, você também poderá obter maiores informações sobre a pesquisa e sobre as pesquisadoras. Além disso, se julgar necessário, poderá consultar as pesquisadoras no departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), localizado na Avenida Professor Lineu Prestes, 2227 – Cidade Universitária, ou através do telefone (11) 3091 7891.

Qualquer dúvida com relação às questões éticas da pesquisa podem ser esclarecidas no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, situado na Rua General Jardim, 36, 1º andar, V. Buarque ou pelo telefone (11) 3397 2464.

Todos os esforços serão demandados para que não ocorra nenhum tipo de constrangimento e para que você possa expor suas ideias sem receio.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação, inclusive para os demais participantes do estudo. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa "**PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE: CONSIDERAÇÕES DE ALUNOS DA ODONTOLOGIA E PRECEPTORES**" ACEITO participar da mesma e estou recebendo uma cópia desse termo.
Nome:_____
Assinatura_____Em ____ de _____ de 2011.

Atenciosamente,

_____ _____

Graciela Soares Fonsêca — *Pesquisadora*

Profa. Dra. Simone R. Junqueira — *Coordenadora da Pesquisa*

APÊNDICE E – Instrumento para coleta de dados (Grupo T)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL

Projeto de Pesquisa
Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: considerações de alunos da odontologia, preceptores e tutores

Instrumentos para coleta de dados (GRUPO T) - 2ª. Rodada

Código: 01. Não concordo totalmente; 02. Não concordo parcialmente; 03. Indiferente; 04. Concordo parcialmente; 05. Concordo totalmente.

Questão 01	Quais as contribuições que o conhecimento do contexto do trabalho, gerado através da sua participação no PET-Saúde, trouxe para a sua atuação enquanto docente?					
EIXO		1	2	3	4	5
Benefício	Há benefícios em participar do PET-Saúde para a atuação docente.					
Conhecimento do contexto do trabalho	A participação no PET-Saúde não contribui necessariamente para o aprimoramento da atividade docente, quando a imersão no contexto do trabalho já existe no processo ensino-aprendizagem de algum curso de graduação.					
	A experiência docente prévia no contexto do trabalho pode contribuir para a participação do tutor no PET-Saúde.					
	A atividade docente pode ser aprimorada se o conhecimento do contexto do trabalho foi iniciado com a participação no PET-Saúde, enquanto prática atrelada a uma atividade acadêmica.					
	É capaz de propiciar uma maior interação multiprofissional, tanto do ponto de vista docente (oferecendo uma vivência entre tutores de distintas áreas de ensino), quanto do ponto de vista do contato com profissionais do serviço, das diversas áreas da saúde.					
	É capaz de evidenciar limites e desafios dos serviços de saúde (específicos de cada área ou gerais).					
	Fornece subsídios para aprimorar a prática docente e torná-la mais condizente com a realidade do trabalho em saúde.					
	Contribui para nortear a escolha de objetos de pesquisa condizentes com as demandas da população.					
Práticas docentes	Ocorre o estímulo à reflexão sobre as práticas docentes, o que gera contribuições no sentido de torná-las mais adequadas.					
	Pode haver mudança de postura para se cobrar responsabilidades dos alunos frente à realização de tarefas, pois a existência da bolsa por si só não é efetiva para garantir o envolvimento do aluno.					
	Temáticas e objetos que precisam ser abordadas no ensino ou investigados por meio de pesquisas são revelados.					
	A interação ensino/serviço induz a reflexões sobre as grades curriculares, contribuindo para torná-las mais coerentes com as necessidades do serviço e da população.					
Espaço para comentários:						

Questão 2	Como você avalia a interação aluno/preceptor? De que modo a interação aluno/preceptor oferece subsídios para conformação de um perfil profissional voltado para a atuação na Atenção Básica?					
EIXO		1	2	3	4	5
Preceptoria	O preceptor tem um papel facilitador no processo de aprendizagem.					
	Essa aprendizagem ocorre de maneira heterogênea, numa relação direta com o grau de experiência dos preceptores.					
Interação aluno/preceptor	Constitui-se no “ponto forte”, “no ponto crítico” ou “no cerne do trabalho do PET”.					
	A qualidade dessa interação é que define o sucesso na formação dos graduandos.					
	A interação pode gerar tanto resultados positivos como negativos, a depender da afinidade entre eles.					
	Propicia o conhecimento de novas realidades profissionais, tendo em vista que a categoria profissional de ambos, na maioria das vezes, não é coincidente.					
Subsídios	Propicia o conhecimento da futura prática profissional (comuns e específicas) e do aprofundamento e estreitamento do aluno com o mundo do trabalho, gerando a ampliação do olhar do estudante sobre a realidade do serviço (nos aspectos positivos e negativos).					
	Esses futuros profissionais serão capazes de desenvolver um trabalho em equipe e atuarão como agentes transformadores das práticas de saúde.					
	Os preceptores também são beneficiados, visto que o contato com os alunos de graduação induz a reflexão sobre o seu próprio trabalho e desperta para a necessidade de atualização.					
Espaço para comentários:						
Questão 3	Você acha que a interação do ensino com o serviço, através do PET-Saúde, é capaz de fortalecer e aperfeiçoar o SUS?					
EIXO		1	2	3	4	5
Interação ensino-serviço	É importante que essa interação se torne institucionalizada e não esteja sujeita a financiamentos descontínuos.					
Fortalecimento do SUS	A interação ensino/serviço é capaz de fortalecer o SUS.					
	Formam-se profissionais mais conscientes sobre a realidade do sistema, menos preconceituosos e mais dispostos a encarar os desafios que o SUS enfrenta na sua construção.					
	Estimula-se a investigação por meio de pesquisas sobre objetos e práticas vivenciadas, o que gera conhecimento para o serviço.					
	É possível apontar, ainda, benefícios a curto prazo ou imediatos, devido ao fato de essa interação criar questionamentos e reflexões que tendem a tencionar o trabalho rotineiro e pouco criativo dos serviços de saúde, estabelecendo, de fato, a construção do saber de forma compartilhada.					
	Constitui relevância, ainda, o estabelecimento dos espaços de práticas em saúde como cenários para educação permanente.					
Espaço de trabalho	A interação ensino-serviço propicia o reconhecimento do espaço de trabalho em saúde (Atenção Básica) como um futuro local de atuação profissional.					
Espaço para comentários:						

Questão 4: Como você avalia a relação tutor/preceptor-aluno (quantitativa e qualitativamente)? Quais são os limites e/ou facilidades no estabelecimento dessa relação?

APÊNDICE F – Instrumento para coleta de dados (Grupo T)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL

Projeto de Pesquisa
Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: considerações de alunos da odontologia, preceptores e tutores

Instrumentos para coleta de dados (GRUPO T) - 3ª. Rodada

Código: 01. Não concordo totalmente; 02. Não concordo parcialmente; 03. Indiferente; 04. Concordo parcialmente; 05. Concordo totalmente.

Questão 04	Como você avalia a relação tutor/preceptor-aluno (quantitativa e qualitativamente)? Quais são os limites e/ou facilidades no estabelecimento dessas relações?					
EIXO		1	2	3	4	5
Relação tutor/preceptor-aluno	As relações são amigáveis e muito ricas.					
	Não existe uma hierarquia, nessas relações, capaz de gerar prejuízos para o Programa.					
	A proporção do número de tutores é adequada para o número de preceptores e alunos.					
	A proporção do número de preceptores é adequada para o número de alunos.					
	O bom funcionamento dessas relações é fundamental para o desenvolvimento do Programa.					
	A qualidade da interação entre os atores (todos) depende da forma como cada grupo PET-Saúde foi implementado.					
	A relação dos tutores com os preceptores ocorre de forma mais frequente do que a relação dos tutores com os alunos.					
	A relação dos tutores com os alunos nem sempre acontece de maneira direta.					
	A motivação dos estudantes favorece a interação deles com os preceptores.					
Responsabilidades da Tutoria	Os tutores devem assistir e auxiliar os preceptores no desenvolvimento das atividades programadas.					
	A tutoria possui um grande potencial para o manejo das demandas de pesquisa e facilita a identificação dos objetos.					
	O tutor representa a comunicação do serviço com o universo acadêmico e suas linguagens.					
	A atuação dos tutores nos cenários de prática facilita a interação entre preceptores e alunos e dos alunos entre si.					
	Os tutores possuem elementos para promover a articulação da teoria com a prática e favorecer a discussão acerca da formação e do trabalho interdisciplinar em saúde.					
	A participação dos tutores na proposta do PET-Saúde auxilia na avaliação crítica das práticas.					
Responsabilidades da Preceptoria	Os preceptores devem acompanhar, de forma mais próxima, as atividades desenvolvidas pelos estudantes.					
	Os preceptores devem fornecer um “feedback” aos tutores sobre o desenvolvimento das atividades nos campos de prática.					
	O preceptor é o responsável pelo controle das					

	frequências dos alunos.					
	O treinamento dos alunos para atuação em equipe multidisciplinar demanda muito a ação do preceptor.					
Dispositivos utilizados para aprimorar a relação tutor/preceptor-alunos	São realizadas reuniões regulares entre tutores e preceptores para discussão dos projetos de forma conjunta e sistematização das ações.					
	Os diários de campo representam uma forma ainda pouco explorada, mas muito adequada para avaliar atividades, inclusive permitem registro de frequência.					
	A realização de Seminários com apresentação das atividades permite uma visão de conjunto do que se faz na UBS no que se refere ao PET-Saúde.					
Limites	A maior dificuldade é concretizar o PET-Saúde de forma diferenciada dos estágios supervisionados.					
	Existe ausência de clareza e indefinição dos papéis do tutor e do preceptor na organização das atividades do programa.					
	Se os tutores não cobram dos preceptores sob sua supervisão um controle na execução das atividades desenvolvidas pelos estudantes pode haver dificuldade na realização das tarefas.					
	Algumas vezes, o gerente da Unidade exerce o papel de tutoria.					
	A triagem dos estudantes, feita pelas Unidades de Ensino, não utiliza o rigor necessário para selecionar alunos com o perfil demandando pelo PET-Saúde.					
	Alguns estudantes não são comprometidos com o Programa.					
	A carga horária dos cursos de graduação é elevada, o que gera indisponibilidade de horários comuns entre os estudantes e as UBS e, consequentemente, dificuldades para planejar e desenvolver atividades conjuntas.					
	Ocorre incompatibilidade de horários entre os estudantes e os professores.					
Facilidades	Estudantes mais interessados e comprometidos facilitam o desenvolvimento das atividades propostas.					
	As reuniões entre o coordenador do programa, os tutores e os gerentes das UBS subsidiam na condução dessas relações.					
	Variação dos locais (UBS e IES) e dos horários das reuniões periódicas pode favorecer a participação de todos os atores.					
	Para as profissões que ainda não atuam nas equipes do PSF, o PET é muito interessante para estudo de possibilidades para participação futura.					
Espaço para comentários:						

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de São Paulo

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

Caae: 0219.0.162.017-10

São Paulo, 28 de Dezembro de 2010
PARECER W 452/10 - CEP/SMS

Ilma. Sra.
Simone Rennó Junqueira

Projeto de Pesquisa: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: considerações de alunos da odontologia e preceptores
Pesquisador responsável: Simone Rennó Junqueira
Instituição: USP - Faculdade de Odontologia Departamento Odontologia Social
Local onde os dados serão coletados: conforme a opção metodológica será por sítios eletrônicos- Internet
Patrocinador: solicitada bolsa da FAPESP

I - Sumário geral do Protocolo

Sistema Único de Saúde avançou muito, desde o seu surgimento. Entretanto, ainda existem muitos desafios que precisam ser superados. Entre eles, encontram-se a qualificação e a formação dos profissionais de saúde. Neste sentido, há necessidade de desenvolver instrumentos direcionados ao incentivo de mudanças curriculares no ensino superior em saúde, tendo como um dos eixos a diversificação dos cenários de prática e, consequentemente, a interação com os serviços de saúde.

Como forma de incentivar a inserção de instituições de ensino nas unidades de saúde, as Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde e o Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Educação Superior criaram o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Este programa é destinado a viabilizar o aperfeiçoamento e a especialização em serviço, bem como a iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos, respectivamente, aos profissionais e estudantes da área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS. A participação no PET-SAÚDE constrói uma relação de ensino/aprendizado pautada na atenção à saúde bucal da população e oferece ao aluno a possibilidade de verificar uma situação real vivenciada por uma equipe de saúde de um serviço público.

Este estudo tem como objetivo: captar a percepção dos alunos de odontologia e de seus respectivos preceptores acerca do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-SAÚDE), com a finalidade de avaliar os dois anos de atividades e assim, aprimorar a construção de projetos compartilhados.

Tipo de Pesquisa: Será utilizada uma abordagem qualitativa

Forma de coleta de dados: utilizada a metodologia Delphi, sendo os dados coletados através do fornecimento de questionários intercalados por feedback de forma sistemática e seqüencial., Os dados serão hospedados em sítios eletrônicos e, posteriormente, compilados e interpretados.

Número de amostras: 54 alunos da odontologia e os 27 preceptores totalizando 81 sujeitos de pesquisa.

II – Considerações

A folha de rosto está devidamente preenchida pela pesquisadora. O currículo da pesquisadora esta de acordo com a proposta da pesquisa.

O cronograma está adequado, porém o pesquisador deverá citar os CEPs onde o projeto está sendo analisado, no caso CEP da FOUSP e CEP/SMS; se a identificação dos sujeitos e a coleta de dados está prevista de janeiro a março de 2011, e a sistematização dos dados será a partir de abril, não são alunos do curso de odontologia que tenham sido bolsistas e sim que são bolsistas.

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

Caae: 0219.0.162.017-10

O orçamento está de acordo e o pesquisador informa que foi solicitado auxnio financeiro para Instituição je Fomento, entretanto, caso o mesmo não seja aprovado, os custos serão de responsabilidade dos pesqui-;adores e da contra partida da Instituição de Ensino.

O projeto não menciona como serão abordados os sujeitos, apenas fornece o número de alunos bolsistas 10 PET-SAÚDE, ano de participação dos mesmos e nomeia as Unidades de Saúde. Foi solicitado informar :omo serão abordados os sujeitos de pesquisa ao que a pesquisadora respondeu:

"Haverá, inicialmente, um contato pessoal da(s) pesquisadora(as) com os alunos participantes do pro-srama nos dois biênios que conformam o recorte temporal do estudo (2009/2010 e 2010/2011), através de Jm dos encontros agendado pelo próprio programa. Os preceptores serão abordados mediante visitas, rea-izadas pela(s) pesquisadora(as), às unidades de saúde à que eles estão vinculados. Em um segundo momen-:0, será feito um contato via e-mail, disponibilizando as informações da proposta de estudo e convidando os)articipantes do PET-Saúde à colaborarem com a pesquisa"

Em relação à coleta de dados pretende-se aplicar a metodologia Delphi, cujo princípio consiste no forne-:imento de questionários intercalados por *feedback* de forma sistemática e seqüencial, aos 54 alunos da 0-jontologia e aos 27 preceptores totalizando 81 sujeitos de pesquisa. Trata-se de um processo estruturado ~ue utiliza uma série de questionários em rodadas para obter e fornecer informação. A utilização das roda-jas deve ser acompanhada por alguma forma de *feedback* estatístico simples, que geralmente envolve a jefinição da mediana e dos quartis ou ainda distribuição absoluta das respostas para cada item. As respos-as, em forma de resumo, são compartilhadas entre todo o grupo. O processo continua até a obtenção de Jma opinião coletiva qualificada sobre as questões apontadas. Para a composição das questões, o pesquisa-jor ira recorrer à busca na literatura especializada e então estruturar o primeiro modelo de questionário. :sse processo de julgamento, análise e reposta pelo pesquisador é repetido, usualmente, três vezes até ob-enção do consenso. O 1º questionário é exploratório. Os demais buscam ampliação e aprofundamento de Jpiniões.

Embora os critérios de inclusão e exclusão não estejam explicitados, o pesquisador descreve, no item ma-erial e método, que pretende que todos os alunos da graduação do curso de odontologia que tenham sido Jolsistas em 2009/2010 e em 2010/2011, participem da pesquisa assim como seus respectivos preceptores.

Os de exclusão não foram descritos.

Análise dos dados: O questionário (com 08 questões) constará com os seguintes eixos temáticos de aná-ise: o contexto do trabalho em saúde; os cenários de prática; a formação norteada pelo SUS, a integração da ~quipe multidisciplinar, a relação aluno/preceptor/tutor. A cada rodada o pesquisador fará a compilação e nterpretação dos dados com retorno das divergências e formulação da nova rodada de perguntas. Preten-je-se desenvolver sítios eletrônicos (por meio da Internet), que hospedam os questionários e fornecem as ~statísticas necessárias e o feedback preconizados pela metodologia.

A pesquisadora descreveu a forma de análise dos dados, mas não mencionou qual o tratamento dos da-jos obtidos após a obtenção do consenso (ultima linha do parágrafo 4, pg 9). Ainda na pg 9 2º paragrafo, o >esquisador diz que "após a obtenção das respostas de todos os respondentes, o pesquisador fará a compi-ação e interpretação dos dados ...." , qual será o procedimento?

No item plano de trabalho (pg.10), o pesquisador descreve que o projeto será submetido ao Comitê de É-ica em Pesquisa da FOUSP, somente após a sua aprovação é que se iniciará a coleta dos dados com os parti-:ipantes. Porém, não menciona que irá aguardar o parecer do CEP de SMS.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A linguagem é acessível, é conciso e objetivo está edigido na forma de convite à participação no estudo. Menciona que os resultados serão apresentados em elatório de pesquisa e em artigo científico. Porém, necessitava de retificações, foi solicitado informar o en-lereço do CEP/SMS para as dúvidas e denúncias quanto a questões éticas, o que foi feito e considerado ade-luado pelo relator.

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

Caae: 0219.0.162.017-10

III - Parecer do CEP: Adendo APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade luando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprova-Jo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e su-:inta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

José Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

' Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464 – email: smscep@gmail.com

Anexo B – Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

FOUSP 110 anos

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DECLARAÇÃO

Informamos a Vossa Senhoria, que diante do Parecer da Secretaria Municipal da Saúde do Parecer Nº 452/10 – CAAE:0219.0.162.017-10, estamos cientes da aprovação do projeto de pesquisa em 28 de dezembro de 2010, título do projeto: "**Programa de Educação para a Saúde: considerações de alunos da odontologia e preceptores**", de responsabilidade das Pesquisadoras Graciela Soares Fonsêca sob orientação da Professora Doutora Simone Rennó Junqueira, não havendo nenhuma oposição por parte deste CEP, com relação a sua realização.

São Paulo, 05 de maio de 2011.

Profa. Dra. **Marcia Turolla Wanderley**
Coordenadora do CEP-FOUSP