

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA- RENASF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF

**PET-SAÚDE NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES:
CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE**

MARIA BETÂNIA DE MORAIS

NATAL/RN

2014

MARIA BETÂNIA DE MORAIS

**PET-SAÚDE NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES:
CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste – Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF/RENASF/UFRN.

Orientadora:

Profa. Dra. Karla Patrícia Cardoso Amorim

NATAL/RN

2014

Catálogo da Publicação na Fonte
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Morais, Maria Betânia de.

Pet-saúde na percepção de estudantes: contribuições para a formação na área de saúde / Maria Betânia de Moraes. - Natal, 2014. 146f: il.

Orientadora: Dr.^a Karla Patrícia Cardoso Amorim.

Dissertação (Mestrado) - Mestrado Profissional em Saúde da Família. Pró-Reitoria de Pós-Graduação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

1. Educação em Saúde - Dissertação. 2. Estratégia de Saúde da Família - Dissertação. 3. PET-Saúde - Dissertação. 4. Recursos humanos em saúde - Formação profissional - Dissertação. I. Amorim, Karla Patrícia Cardoso. II. Título.

RN/UF/BSA01

CDU 614.253

Maria Betânia de Moraes

**PET-SAÚDE NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES: CONTRIBUIÇÃO PARA FORMAÇÃO
NA ÁREA DE SAÚDE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

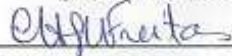
BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dra. Karla Patricia Cardoso Amorim - UFRN
(Orientadora)



Prof^ª. Dra. Severina Alice da Costa Uchoa - UFRN
(Membro Interno)



Prof^ª. Dra. Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas - UFPB
(Membro Externo à Instituição)

Prof^ª. Dra. Maria Isabel Brandão de Souza Mendes – UFRN
(Membro Suplente)

Natal, 14 de abril de 2014.

A todos aqueles que no fazer cotidiano procuram diminuir a distância entre a sua fala e a sua prática.

“A utopia está lá no horizonte. Aproximo-me dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte correm dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar”.

Eduardo Galeano

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, pela sua divina graça e vitória alcançada; Aos meus pais, Tereza e José dos Reis (in memoriam), pelo exemplo e valores ensinados;

Ao meu esposo Fábio que desde o início desta caminhada, esteve presente a cada momento, a cada passo, com incentivo, amor, compreensão e cumplicidade, a você, todo o meu amor;

À minha filha Vanessa, pela compreensão por não me fazer presente nos preparativos de seu casamento;

Aos filhos Fábio Júnior e Luiz Neto, pela demonstração de admiração e orgulho presente em seus semblantes;

À minha querida irmã Cristina, por despertar em mim o desejo pelo saber;

Ao meu sobrinho Héric, pelo estímulo nos momentos de angústia;

À querida Toinha que me deu todo suporte doméstico para que pudesse mergulhar nessa aventura do saber.

À minha orientadora Karla Patrícia Cardoso Amorim, educadora e doutora da academia e da vida.

A minha banca de qualificação do projeto: Ana Karenina Arraes e Raimunda pelas valiosas contribuições.

Aos estudantes egressos do PET-Saúde pela colaboração e disponibilidade em participar desta pesquisa tornando-a possível e pela riqueza de suas falas que trouxe vida ao que me propus pesquisar.

Aos colegas da UFPB: Cláudia Helena Soares de Freitas, Franklin Delano Forte, Thalita Ribeiro, Wilton Padilha, Altamira Reichert, Patrícia Moreira e Ricardo Castro pelas contribuições na elaboração do projeto que gerou essa dissertação.

À minha amiga Ailma pela parceria ao longo da trajetória profissional partilhando “projetos de Felicidades”.

Aos novos amigos Alex e Beth, Gil, Daiane, Késsio, Patrícia Lima, pela compreensão, contribuições, carinho e parceria; Aos queridos amigos dessa Jornada e em particular, Marcos e Nayara companheiros de viagens e de sonhos, por partilhar saberes e fazeres movidos pelo desejo de mudança, numa construção coletiva, afetiva, responsável, amorosa, fortalecendo vínculos e estreitando laços;

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão de mais uma etapa na minha qualificação profissional.

RESUMO

Essa dissertação buscou analisar a percepção de estudantes acerca do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (Pet-Saúde) para a Formação na área de Saúde. Discute a temática proposta a partir da percepção de estudantes egressos do PET-Saúde dos cursos participantes (odontologia, medicina, fisioterapia, enfermagem, nutrição, educação física) que desenvolveram suas atividades curriculares nas unidades de saúde da família do município de João Pessoa, entre 2009/2011. Propõe caminhos de políticas indutoras de mudanças curriculares como uma via potencial de contribuições para formação na área de saúde. Chama-se atenção para as novas possibilidades de trabalhar a formação em saúde de forma contextualizada, eticamente embasada e socialmente referendada. Aponta-se nesse processo para a necessidade de adequar os perfis profissionais às demandas dos SUS. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, dentro de uma abordagem qualitativa, realizado no município de João Pessoa no âmbito dos cursos da área de saúde da Universidade Federal da Paraíba. O material empírico deste trabalho foi tratado pelo emprego da técnica Análise de “Conteúdo Categorical Temática” proposta por Bardin. Os resultados indicam perspectivas de incentivo a novas práticas e mudanças curriculares, em que se destaca o PET-Saúde, que vem apresentando experiências importantes no âmbito do ensino- serviço-comunidade com a inserção de estudantes na rede de saúde municipal. Conclui-se que o caminho percorrido desde a coleta à análise dos dados, corroborou com a literatura para reafirmar a importância e a urgência de mudança nos processos formativos com vistas a uma maior proximidade com as necessidades de saúde e com o SUS. O PET-Saúde é projeto incipiente e que demandam maiores investigações no que diz efetivação do caráter interdisciplinar e multiprofissional de sua proposta.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde, Formação Profissional de Recursos Humanos, Interdisciplinaridade, Estratégia de Saúde da Família, PET-Saúde.

ABSTRACT

This dissertation aimed to analyze the perception of students about (EPW Health) Education Program at Work for Health Training in the area of Health. It discusses the proposed theme from the perception of students graduating from the EPW- Health courses participants (dentistry, medicine, physiotherapy, nursing, nutrition, physical education) who have developed their school activities in family health units in the city of João Pessoa between 2009/2011. The program aims policies curricular changes as a potential route of contributions to training in healthcare. Attention is drawn to the new possibilities of working health training contextualized, ethically grounded, socially endorsed. It is pointed out in this process the need to adapt to the demands of professional profiles of SUS (Sistema Único de Saúde). This is an exploratory, descriptive study within a qualitative approach, conducted in the city of João Pessoa in the context of health care courses at the Federal University of Paraíba. The empirical material of this study was treated by the use of technical analysis "Categorical Content Theme" by Bardin. The results indicate prospects for promoting new practices and curricular changes, which highlights the EPW- Health, which has been presenting important experiences in teaching -community -service- with the inclusion of students in the municipal health network. We conclude that the path from collection to data analysis, corroborated with the literature to reaffirm the importance and urgency of change in educational processes with a view to greater proximity to the health needs and the SUS. The EPW- Health project is incipient and requires further investigation in terms of effective interdisciplinary and multidisciplinary character of its proposal.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde, Formação Profissional de Recursos Humanos, Interdisciplinaridade, Estratégia de Saúde da Família, PET-Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CFE	Conselho Federal de Educação
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais em Saúde
CONASEM	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CFE	Conselho Federal de Educação
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DS	Distrito Sanitário
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FNEPS	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde
IDA	Integração Docente-Assistencial
IES	Instituições de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
MPSF	Mestrado Profissional em Saúde da Família
NOB/RH-SUS	Normas Operacionais Básicas de Recursos Humanos para o SUS
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNE	Plano Nacional de Educação
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PET- SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PROMED	Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares das Escolas Médicas
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF	Programa Saúde da Família
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SESu	Secretaria de Educação Superior
UNI	Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: a integração com a comunidade
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
USF	Unidade de Saúde da Família
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do SUS

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO E INTRODUÇÃO À TEMÁTICA.....	15
2	OBJETIVOS.....	21
2.1	Geral.....	21
2.2	Específicos.....	21
3	A FORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL.....	22
3.1	CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	22
3.2	POLÍTICAS INDUTORAS DE MUDANÇAS CURRICULARES NA SAÚDE.....	23
3.3	POLÍTICAS INDUTORAS DE MUDANÇAS CURRICULARES NA EDUCAÇÃO.....	30
3.4	PERSPECTIVAS DA FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	35
4	PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA SAÚDE (PET-SAÚDE).....	42
4.1	PET-SAÚDE NO CONTEXTO NACIONAL.....	42
4.2	O PET-SAÚDE EM JOÃO PESSOA.....	44
3.3	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CENÁRIOS DE PRÁTICAS PEDAGÓGICAS E PROMOTORAS DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONALNO ÂMBITO DO PET-SAÚDE.....	49
5	O DESENHO METODOLÓGICO: O CAMINHO PERCORRIDO.....	51
5.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO, DOS SUJEITOS E DAS TÉCNICAS DE PESQUISA.....	51
5.2	CAMPO DO ESTUDO.....	53
5.3	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	54
5.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	57
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES: CARTOGRAFIA DAS IDEIAS DOS DISCENTES.....	58
6.1	O PET-SAÚDE NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES.....	59
6.1.1	Experiências no âmbito do PET-Saúde.....	59
6.1.2	Contribuições do PET-Saúde para a formação.....	61
6.2	MOTIVAÇÃO DE ADESÃO AO PET-SAÚDE.....	67

6.3	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS ESTUDANTES NO PET-SAÚDE.....	75
6.3.1	Atividades gerais.....	75
6.3.2	Vivências significativas.....	83
6.4	DIFICULDADES DO PET-SAÚDE APONTADAS PELOS ESTUDANTES..	89
6.4.1	Dificuldades na esfera pessoal.....	90
6.4.2	Dificuldades no campo operacional do programa.....	90
6.5	POTENCILIDADES DO PET-SAÚDE NA VISÃO DE ESTUDANTES.....	96
6.6	QUADRO SÍNTESE.....	107
7	À TÍTULO DE FINALIZAÇÃO: O EPÍLOGO.....	110
	REFERÊNCIAS.....	113
	Apêndice A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...	121
	Apêndice B - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO.....	123
	Apêndice C - ROTEIRO DE ENTREVISTAS.....	124
	Apêndice D - TRATAMENTO DOS DADOS.....	125
	Apêndice E – ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO.....	136
	Anexo I - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA.....	146

1 APRESENTAÇÃO E INTRODUÇÃO DA TEMÁTICA

“Aqueles que passam por nós, Não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, Levam um pouco de nós”.

(Antonio de Saint- Exupery)

Essa dissertação foi produzida em um contexto histórico de reflexão acerca do paradigma contemporâneo da concepção de saúde, dos modelos assistenciais e pedagógicos inscritos nos diversos serviços e instituições de saúde do país e, conseqüentemente, das necessárias mudanças na formação de profissionais para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), fazendo um olhar singular para o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde).

O interesse pessoal em trabalhar essa temática na óptica da formação está relacionado à minha trajetória profissional, na qual a interseção entre a educação e a saúde sempre se fizeram presentes tendo em vista ter formação em odontologia e licenciatura em letras. O primeiro contato com a experiência da docência se deu no início da vida acadêmica trabalhando como professora de Língua Inglesa na educação de adultos, possibilitando a aplicação dos conhecimentos teóricos à prática.

A relação com o PET-Saúde e o interesse de investigar os múltiplos olhares dos docentes egressos do programa, nasceu a partir das vivências como preceptora nos anos de 2009, 2010 e 2011 participando de forma ativa dos processos formativos e pedagógicos de estudantes dos cursos da área de saúde numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, socializando saberes e fazeres na atenção básica.

Mais recentemente participei do curso de Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, fruto da parceria do Hospital de Ensino Sírio Libanês (SP), Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba, município de João Pessoa e outros municípios da Iª região da saúde, reafirmando e fortalecendo a interface educação e saúde no meu caminhar, o que instiga a constante busca do aprendizado, sinalizando o sentimento de incompletude diante da vida.

Ao ingressar no Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), com um projeto previamente delineado, aumentou o interesse em trabalhar o referido objeto de estudo, por vivenciar a formação no modelo em que predominavam as disciplinas estanques, fragmentadas, com olhar biologicista, a passividade do aluno e o distanciamento quase total da realidade. Senti na pele o quanto essas questões afetam a nossa prática através de inquietações e angústias.

No entanto, a formação tradicional a que fui submetida ao longo da experiência discente, longe de produzir um sentimento de acomodação, despertou-me a “curiosidade ingênua” por novas formas de fazer e pensar a saúde e a educação no âmbito da prática profissional, que foi aos poucos se transformando em uma “curiosidade epistemológica”, na medida da aproximação com as metodologias ativas e com os processos dialógicos de produção de conhecimento.

Não posso deixar de mencionar nessa apresentação, quão rica e prazerosa foi a participação no processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde (EPS), que considero um salto qualitativo na formação e um divisor de águas na minha trajetória, por agregar valor na esfera pessoal e acadêmica. Ao ampliar a caixa de ferramentas através da utilização de metodologias de ativação de processo de ensino-aprendizagem foi possível problematizar o próprio fazer/agir em saúde utilizando os problemas cotidianos como matéria-prima das intervenções. Posteriormente, os conhecimentos adquiridos nesta formação, foram socializados com outros atores, na qualidade de tutora de EPS.

Todos esses processos que tive a oportunidade de participar oportunizaram ricas experiências e possibilitaram vivenciar de forma crítica e reflexiva o mundo trabalho, o mundo do ensino e o cotidiano das práticas. Nesses cenários em que me coloco, ora como sujeito observador, ora como ativador de mudanças, tenho a nítida compreensão que a ressignificação de posturas, percepções e sentidos em busca da transformação da realidade, necessariamente, precisa começar, a partir de mim.

Esse estudo representou para mim um grande e bom desafio. As pessoas que fazem parte dessa história e que estão representadas pelos seus depoimentos transcritos, possibilitaram a realização desta análise, através da riqueza de seus conteúdos.

A partir das composições das experiências aqui relatadas, na perspectiva de interligar as peças que constitui o quebra-cabeça do conhecimento acerca do PET-Saúde em João Pessoa e das possíveis contribuições para formação é que a presente dissertação se constitui.

Da multiplicidade de cenários apresentados, extraio as impressões e sentidos atribuídos pelos estudantes com relação ao objeto dessa investigação, fazendo o contraponto

com a literatura, a partir do diálogo com autores que trazem em sua produção a temática da formação, do PET-Saúde, apresentando como arcabouço teórico que faz uma aproximação com presente estudo, a interdisciplinaridade de Hilton Japiassu, a teoria da complexidade que tem na pessoa de Edgar Morin um dos maiores representantes e a pedagogia progressista e transformadora de Paulo Freire.

As reflexões são produzidas tecendo um olhar para a atual conjuntura das políticas e debates sobre a formação dos profissionais de saúde num contexto de mudanças. No entanto, é pertinente delimitar no tempo os avanços e desafios alcançados ao longo da história.

Trazer o SUS para o cenário da formação em saúde é necessário por se constituir um aparato legal, na medida em que a carta magna lhe atribui a missão de ordenador da formação de recursos humanos na área de saúde no seu artigo 200, inciso III, reafirmado também, na Lei Orgânica da Saúde (LOS 8080/90) em seu artigo 27, que coloca os serviços de saúde como campo para o ensino, pesquisa e extensão expressando a indissociabilidade entre a educação e a saúde (BRASIL, 2005).

Fazendo um recorte da Educação superior no país, observa-se que a passividade desenvolvida em muitos processos de ensino-aprendizagem de acadêmicos da saúde, sinalizada através da transferência de conhecimentos e da priorização da memorização de conteúdos das disciplinas, aliados a estruturas curriculares rígidas, produz pouca articulação do processo educacional ao cotidiano inscrito nos serviços de saúde (PIRES, 2009).

Essa conjuntura reflete diretamente na formação dos estudantes universitários que uma vez formados em um modelo de ensino distante da realidade do SUS com foco no tecnicismo e no aspecto biológico, apresentam dificuldades para identificar incômodos e de lançar mão da criatividade para o enfrentamento das diversas situações complexas que a estrutura do SUS apresenta.

A expansão do conhecimento de aspectos do processo saúde-doença e de seus determinantes sociais está para além da fronteira do biológico do indivíduo, o que requer novos modos de tratar a saúde. Aspectos que compõe o desenvolvimento saudável da vida humana questionam os modos tecnicistas de abordar os problemas de saúde da população (MERHY, HONOCKO, 1997).

As circunstâncias assinaladas apontam para necessária revisão na formação em saúde atentando para qualificação de recursos humanos capazes de responder as novas demandas sociais da contemporaneidade em prol das melhorias de serviços prestados à população e de sua qualidade de vida e em favor da integralidade.

Nesse sentido, as instituições devem mobilizar os meios adequados à formação de futuros profissionais da saúde que contribuam para o desenvolvimento do SUS e para sua melhor efetivação, devendo ser permeáveis o suficiente ao controle da sociedade no setor e expressar qualidade e relevância social em consonância com os valores da reforma sanitária.

Os desafios apontados vêm consolidar a assertiva de que a formação de um profissional de saúde crítico, reflexivo e proativo exige uma série de experiências de ensino e aprendizagem diferenciadas, principalmente, se desejarmos uma prática educativa progressista, ética e transformadora, sendo patente na literatura o cenário de inconsistências entre o perfil do profissional de saúde egresso das (IES) e as necessidades de recursos humanos para atuar na rede de serviços no SUS.

Ao constatar esse viés na formação profissional, inúmeras discussões sobre mudanças curriculares vêm sendo disparadas ao longo do país, buscando tornar os serviços de saúde nas suas variadas instâncias lócus privilegiados para aprendizagem em serviço.

Essa perspectiva para a formação requer uma ruptura paradigmática, no sentido da superação do modelo tradicional para uma nova visão. Isso implica na necessidade de mudança. Mudanças implicam rompimento e podem ser consequência natural dos acontecimentos históricos e/ou decorrentes de adaptações às mudanças e dependem de conjunções de circunstâncias e eventos que podem diferir em natureza de acordo com variações de contexto. Todos os envolvidos necessitam ter o comprometimento do processo e do produto que se planeja alcançar (ALMEIDA, 2010). Mudança é a ressingularização permanente ou aquilo que se opõe a conservação.

Nessa direção é que a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), cenário dessa investigação, tem disparado mudanças nos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) de graduação da área de saúde, sinalizando um movimento de transformação, na medida em que têm procurado implementar uma nova matriz curricular de forma a diversificar os cenários de aprendizagem com a inserção precoce do estudante nos cenários de prática, trabalhando na perspectiva da formação de recursos humanos capazes de responder as novas exigências tanto da sociedade como da academia.

É nesse contexto de mudanças que foi lançado um olhar mais aprofundado para o Pet-Saúde. O Pet-Saúde inspirado no Programa de Educação Tutorial – PET, do Ministério da Educação, foi criado em 2008 como uma das ações intersetoriais para fortalecer a atenção básica em saúde, de acordo com os princípios e as necessidades do SUS.

O Pet-Saúde em nível nacional está alinhado com a proposta do Pró-Saúde, apresentando como fio condutor a integração ensino, serviço, na interface com a comunidade

com vistas a induzir mudanças curriculares que incluam a rede de serviços para o desenvolvimento de atividades práticas, integrando mundos há muito distantes: a academia e o trabalho em saúde (SILVA, BARRETO, VASCONCELOS, 2012).

Diante das questões atuais que permeiam os projetos de reorientação profissional, surgiram as seguintes indagações: Qual a percepção de estudantes a cerca do PET-Saúde? Quais as possíveis contribuições desse programa para a formação na área de saúde? Configurando assim, as questões de pesquisa do presente estudo.

Entende-se que a inserção de estudantes na rede de serviços oportuniza a vivência do sistema de saúde de forma significativa, trabalhando situações concretas, assumindo responsabilidades crescentes como sujeito prestador de cuidado e portador de autonomia. Daí surgiu o interesse de escutá-los com o intuito de analisar se o PET-Saúde da forma como foi operacionalizado no município de João Pessoa, no período em análise, atendeu as suas expectativas e necessidades de aprendizagem.

Tratar da formação dos profissionais de saúde é transitar num terreno complexo, em que diferentes instituições, movimentos, políticas e sujeitos estão inter-relacionados numa construção histórica que estão passíveis a variações de tempo, valores, culturas, necessidades e objetivos. Dessa forma, o estudo de dispositivos, programas e estratégias e políticas que contribuíram para fomentar a mudanças de práticas e a formação qualificada de novos profissionais, se fizeram necessário para fundamentar as análises aqui apresentadas.

Sabe-se, entretanto, que a cultura da participação e do trabalho em equipe e a responsabilização dos equipamentos formadores com os prestadores de serviços e a comunidade na interface da integração ensino-serviço constituem processos que demandam acompanhamento, análise e avaliações permanentes, tendo em vista a existência na literatura de lacunas quanto à operacionalização para formar profissionais satisfatoriamente sensibilizados em relação aos princípios norteadores do SUS (CYRINO et. al., 2021).

O PET-Saúde, por ser um programa relativamente recente requer um olhar mais ampliado sobre si. Dessa forma, foi possível conhecer algumas experiências existentes na literatura a cerca do projeto que ressaltava vários aspectos relacionados com os processos de ensino - aprendizagem, com o trabalho em equipe multiprofissional, com a intersectorialidade e de modo especial, com a formação profissional. Essa revisão da literatura contribuiu de forma significativa para sedimentar e nortear a discussão a partir da análise do material empírico.

Partindo das considerações feitas sobre o tema, iniciamos nosso estudo, cuja organização encontra-se distribuída em seis capítulos.

A Apresentação e Introdução à temática além de trazer memórias da trajetória profissional desta pesquisadora, delimita o objeto de estudo, traduz a relevância deste na produção do conhecimento nas questões inerentes à formação em saúde assim como as questões se pesquisa, constituindo um material rico e vivido. Os objetivos serão apresentados no texto separado para fins de destaque.

O segundo capítulo apresenta os debates e políticas em torno da saúde e educação e sua interface com o objeto da pesquisa. Traz uma reflexão à luz da literatura a cerca do debate que se apresenta com relação à dialética envolvendo a interdisciplinaridade, complexidade e a pedagogia progressista.

O terceiro capítulo aborda o PET-Saúde na conjuntura nacional e sua contextualização em João Pessoa com base nos diferentes aportes teóricos destacando a Atenção Primária à Saúde (APS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF), como espaço potente para o desenvolvimento da aprendizagem significativa na perspectiva da qualificação profissional.

O quarto capítulo expõe a trajetória metodológica da pesquisa, ressaltando a abordagem qualitativa e sua importância para o desenvolvimento do estudo.

O quinto capítulo reporta-se à análise da base empírica referente ao objeto de pesquisa, propriamente dito, levada a cabo por esta investigação dialogando com os referenciais teóricos já assinalados.

Por fim, a título de finalização encontramos, no capítulo VI o epílogo, ou seja, as considerações finais do nosso estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a Percepção de Estudantes acerca do Pet-Saúde para a Formação na área de Saúde.

2.2 Específicos

- Conhecer a percepção de estudantes sobre o PET-Saúde;
- Conhecer as intencionalidades da adesão dos participantes ao projeto;
- Investigar as vivências significativas desenvolvidas pelos discentes nos diversos cenários de práticas;
- Descrever as potencialidades e fragilidades do PET-Saúde apontadas pelos estudantes.

3 A FORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

“Todo amanhã se cria num ontem, através do hoje”. De forma que o nosso futuro fundamenta-se no passado e se corporifica no presente. “Nesse percurso, precisamos saber o que fomos e o que somos para saber o que seremos”

Paulo Freire

3.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

As últimas décadas têm sido sinalizadas por transformações importantes, tanto no campo da saúde como no setor de ensino, notadamente com relação aos cursos de graduação na área de saúde. Desse modo, as novas maneiras de organizar a prestação de serviços e a aprendizagem em saúde, devem levar em consideração a compreensão do processo saúde-doença-cuidado, e, sobretudo, a satisfação das necessidades de saúde da população por meio de uma abordagem, interdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que rompam as lacunas existentes entre a formação e o processo de trabalho em saúde (OLIVEIRA et. al., 2012).

Nesse sentido, deve-se reconhecer que saúde e educação são práticas sociais interdependentes ressaltando a importância dessa relação para uma formação sólida, contextualizada, eticamente embasada e socialmente comprometida. Devem-se considerar também nesse contexto, elementos estruturantes na construção de um perfil profissional capaz de compreender e contribuir para a promoção e preservação da cidadania dos seus clientes/usuários, pautando sua atuação para transformação da realidade com base do cuidado integral (OLIVEIRA et. al., 2012).

Na perspectiva de discutir sobre a formação dos profissionais de saúde no Brasil torna-se imprescindível compreender as questões que estão em jogo. Entender qual a natureza das mudanças propostas, sua base conceitual, as consequências para os atores sociais implicados no processo, assim como, os condicionantes sócio- históricos antecedentes a atual conjuntura (FEURWERKER, 2004).

Esse pensamento está ancorado na afirmativa de que não existem homens que se constituam como tal, sem relacionar-se historicamente com outros homens. Nesse sentido, a busca de soluções dos desafios da formação de profissionais com perfil mais adequado para

responder às demandas do SUS tem aproximado de forma bastante transparente os ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS). Desse singular esforço intersetorial resultou uma série de propostas e iniciativas com a intenção de promover as transformações necessárias.

Nesse sentido, o MS de forma articulada com a Secretaria de Educação Superior do MEC vem mobilizando esforços para demonstrar suas necessidades e expectativas em relação à formação, ao mesmo tempo em que ativos recursos de apoio e suporte para os cursos de graduação em saúde. Dessa maneira, estimula e provoca os cursos da área de saúde repensar sua prática de ensino e assistência na procura de currículos e modelos pedagógicos alinhados com a formação de um profissional de saúde com excelência (BRASIL, 2007).

No entanto, a centralidade dos trabalhadores de saúde para promoção, proteção e recuperação da saúde e produção de cuidados induz a necessidade de transformações no processo de formação profissional. O MS está cada vez mais convencido de que o investimento em tecnologia e estruturação da rede física, assim como, na aquisição de medicamentos e insumos é em vão, se os profissionais de saúde não estiverem implicados com as propostas do SUS (BRASIL, 2007).

O papel das instituições formadoras entre outros, é transmitir cultura e preparar cidadãos capazes de construir e transformar a sociedade, oportunizando espaços de reflexões e questionamentos a cerca dos problemas cotidianos e de suas reais possibilidades de enfrentamento.

A partir desse momento, apresenta-se uma linha do tempo das principais políticas indutoras de mudanças na saúde e na de educação com vistas à ordenação da formação de trabalhadores para a saúde no cenário do SUS e uma contextualização histórica dos principais acontecimentos que contribuíram para o surgimento do PET-Saúde.

Este retrospecto tem o olhar voltado para o interesse da pesquisa, ou seja, as políticas aqui enunciadas e colocadas em análise que têm colaborado com a indução das mudanças curriculares dos cursos de graduação na área de saúde correspondendo, portanto ao contexto político-ideológico sobre as quais o PET-Saúde encontra suas raízes.

3.2 POLÍTICAS INDUTORAS DE MUDANÇAS CURRICULARES NA SAÚDE

A saúde é historicamente produzida e está intimamente relacionada com as transformações político-sociais ao longo das décadas, trazendo reflexos diretos no ato educacional que se encontra permeado de contradições, resistências e intencionalidades. Desse modo, estudar a formação numa perspectiva histórica oferece elementos para

construção de novos conhecimentos, na medida em que mudanças importantes têm sido anunciadas no campo da saúde no que tange a formação profissional com vistas a corrigir o descompasso entre a orientação profissional no campo da saúde e os princípios e diretrizes do SUS.

Desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, teve início um processo de discussão com intenção de repensar as práticas de saúde. Essa proposta implicava uma filosofia que trazia toda uma reorientação da organização dos serviços de saúde e procurava dar ênfase à prevenção das doenças e à promoção da saúde (MARTINS, 2008).

Trazia ainda, a participação comunitária, a intersetorialidade para a abordagem dos determinantes sociais das doenças, a atuação em equipes multidisciplinares, incorporando toda uma racionalidade no uso e dispensação de serviços de saúde, trazendo implicações diretas sobre a formação de Recursos Humanos.

O relatório desse evento definiu que todos deveriam ter acesso a saúde através de uma rede de atenção primária de qualidade (MARTINS, 2008). Em linhas gerais a APS deveria constituir a base dos sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população (BRASIL, 2010).

Em todo território Nacional estava em pauta na agenda política a busca de mudança nos paradigmas de assistência a saúde do país. As discussões advindas desses movimentos sociais serviram de base para a composição do texto da 8ª Conferência Nacional de Saúde, fundamentada no eixo da reformulação das políticas de saúde no Brasil, fazendo correlações importantes com o tema da formação presente em outros documentos oficiais que serão explicitados ao longo dessa revisão.

O amadurecimento dessas reflexões produziu profundos debates em torno dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira (1986), movimento que preconiza, entre outras proposições mudanças nos cursos de graduação da área de saúde, no qual estão incluídos discussões acerca do cuidado primário em saúde e da formação de recursos humanos. Nesse processo é fundamental que a produção de conhecimento, a formação profissional e a prestação de serviços sejam tomadas como elementos indissociáveis dessa nova perspectiva (LEITE et. al., 2012)

No contexto da Reforma Sanitária, a gestão da educação na saúde para a organização dos serviços esteve presente nos debates nacionais, sendo considerada uma temática importante, constituindo-se inclusive objeto de análise de conferência específica, a Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos em 1986. Conforme relatório desse movimento,

o Sistema Nacional de Saúde norteado pelos princípios da Reforma Sanitária passou a exigir a reorientação das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, nos aspectos relativos à força de trabalho e à preparação de pessoal de saúde. A definição explícita das políticas para o setor, a integração ensino-serviço, através de modelos assistenciais localizados em espaços-populações concretos, como o proposto, na Estratégia de Saúde da Família são alguns contributos dessa conferência (BRASIL, 2007).

É nesse contexto em ebulição de ideários que a Constituição Federal de 1988 lança as bases para a construção desse sistema, o Sistema Único de Saúde (SUS). Observa-se de fato que o setor de saúde sofreu grande impacto com a promulgação da constituição cidadã, a qual tornou a saúde um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). A saúde passou, institucionalmente, a ser garantida mediante políticas públicas apresentando como o objetivo maior a redução do risco de doenças e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art.196).

No texto constitucional o SUS é posto para a sociedade com a proposta de atenção integral, universal e equânime, contudo, passados mais de duas décadas, ainda busca a consolidação efetiva de muitos dos seus princípios, tendo em vista, a existências de contradições entre o idealizado e o instituído, entre o prescrito e o real (BRASIL, 1990).

Para além das questões estruturais inerentes a materialização do sistema de saúde, o Brasil vive nos dias atuais um processo de incorporação de novas tecnologias advindos da mudança do perfil epidemiológico e demográfico da população, do incremento de gastos em saúde, do envelhecimento de sua população gerando a necessidade de inclusão de novos mecanismos para a efetiva produção do cuidado com implicações diretas na formação dos profissionais.

No entanto, enquanto tentava-se implantar uma nova política de atenção a saúde, o profissional ainda era formado na vertente biológica do adoecimento, com foco específico na doença e na perspectiva da uni causalidade, requerendo propostas urgentes para diminuir o fosso existente entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino. Com a intenção de incitar o debate em torno dessas questões são instituídas iniciativas importantes sinalizadas a partir da reflexão a cerca dos documentos oficiais que se seguem.

Além disso, não se pode deixar de considerar nos processos formativos em saúde o acelerado ritmo de evolução do conhecimento, as mudanças no processo de trabalho em saúde, a otimização de recursos na perspectiva de promover o equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social.

Outro importante momento para a reorientação profissional na área da saúde foi a realização 9ª Conferência Nacional de Saúde em 1992, que trouxe novamente para o debate a temática da formação dos profissionais de saúde, trazendo no seu conteúdo textual as seguintes proposições (BRASIL, 1993):

- a necessidade de promover em tempo hábil a regulamentação do art. 200 inciso III da Constituição Federal;
- a revisão dos currículos profissionais adequando-se às realidades sócio epidemiológicas e características étnico-culturais das populações;
- garantia da universidade pública, autônoma, democrática e sem fronteiras para estabelecer mecanismos que promovam a sua efetiva inserção no SUS;
- a inserção de estágios na rede básica de serviços, como parte integrante do currículo dos profissionais de saúde promovendo um íntimo contato com as realidades locais, objetivando a adequação desse profissional ao contexto social.

Na 10ª Conferência Nacional de Saúde de 1996, a formação e o desenvolvimento de trabalhadores da saúde estavam novamente na pauta das discussões com um destaque maior do que na conferência anterior, conferindo o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação como responsáveis legais pela ordenação dessa formação (ALMEIDA, 2011).

O marco histórico da 10ª Conferência está na proposta da revisão imediata dos currículos mínimos dos cursos de nível superior, com a participação dos Gestores do SUS e Conselhos de Saúde, adequando-os às realidades locais e regionais, aos avanços tecnológicos, às necessidades epidemiológicas e às demandas quantitativas e qualitativas do SUS (ALMEIDA, 2011)

Entretanto é preciso ter em mente conforme Silva (2003), de que o currículo, assim como, o ensino da saúde e o modo de produzir cuidado são dinâmicos, determinados e ressignificados constantemente pelas relações sociais. Chama-se a atenção para que as mudanças sejam estruturantes e não se limitem a uma mera alteração de carga horária ou ao simples remanejamento de disciplinas, característicos de projetos verticais que desconsideram o diálogo entre os atores envolvidos e o momento histórico em questão (SOUZA et. al., 2012).

Em 2000, na 11ª Conferência Nacional de Saúde o dimensionamento do papel dos aparelhos formadores em saúde no fortalecimento do SUS, por meio da revisão das estruturas curriculares estava mais uma vez na agenda de discussão de forma bastante efetiva (ALMEIDA, 2011).

Seguindo essa lógica, os princípios constitucionais, os novos enfoques teóricos e a produção tecnológica no campo da saúde buscam alternativas para aproximar os serviços de saúde das instâncias formadoras de profissionais de nível superior e efetivar mudanças significativas nos modelos de formação em saúde, o que exigem perfis profissionais direcionados para atenção integral das pessoas, famílias, grupos sociais e comunidades (MACHADO et. al., 2005).

Uma das respostas encontradas para reorganizar essa formação, foi a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) pelo ministério da educação em 2001, com o objetivo de nortear a formação de recursos humanos e corroborar com as premissas dos SUS no que tange a formação em saúde com o propósito da reorientação do modelo de atenção a saúde com base nos perfis epidemiológicos e demográfico de cada região do país. As DCN serão mais aprofundadas no eixo da educação.

No contexto de reorientação da formação, foi criado o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (PROMED) em dezembro de 2001. O PROMED apoiava as ações de escolas médicas voltadas à reorganização curricular de seus cursos de Medicina com vistas à formação de profissionais direcionada para o exercício de práticas críticas e reflexivas, qualificando-os para a atenção humanizada, para a organização dos serviços e melhoria das práticas assistenciais no sistema de saúde (Port. CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001).

O PROMED destinava recursos financeiros para financiar acordos estabelecidos entre as escolas médicas e o gestor local do SUS, a fim de propiciar a criação de cenários de prática que viabilizasse a inserção do estudante de Medicina na rede extra-hospitalar de atenção à saúde (FERREIRA, FOSTER, SANTOS, 2012).

A necessidade de provocar alterações na formação da saúde não se restringiu aos cursos de Medicina. Outros cursos seguiram o mesmo caminho e tiveram suas DCN homologadas nos anos posteriores.

O ano de 2003 trouxe grandes contribuições na presente contextualização em função das políticas, ações e programas lançados pelo Ministério da Saúde representando um salto qualitativo que pode ser sinalizados como se seguem:

- a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES);
- a elaboração da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores.
- convocação da primeira edição do Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), construído em parceria entre o MS e o Movimento Estudantil que teve

como principal objetivo proporcionar aos estudantes a vivência e a experimentação da realidade do SUS. Sua primeira edição nacional foi em 2005 (BRASIL, 2004c);

- a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Humaniza SUS) com o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e de sujeitos (BRASIL, 2004).

Em 2004, foi lançada a política do MS para as graduações, o Aprender - SUS, com o intuito de orientar o ensino para a integralidade e a construção de relações de parcerias entre o sistema de saúde e as instituições de educação superior (BRASIL, 2004 d). Tornou-se a primeira política do SUS voltada para a educação universitária aberta ao diálogo com as IES da área da saúde. Algumas das propostas convergiam com as apresentadas pelos movimentos que debatiam as mudanças curriculares entre as quais se destacam a orientação dos cursos pautados pela tematização da integralidade em saúde, a implementação de experiências de trabalho em equipe de saúde, a apropriação teórico- prática do SUS, o incentivo a especializações e a projetos de extensão universitária (CARVALHO; CECCIM, 2006).

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS), de 2005, aponta como atribuição e responsabilidade dos gestores de saúde nas três esferas:

“estabelecer mecanismos de negociação intersetorial – saúde/educação – com os respectivos gestores da educação ou dirigentes de escolas, para um progressivo entendimento com vistas a uma ação integrada e cooperativa que busque ajustar, qualitativamente e quantitativamente, a instituição formadora às demandas e necessidades do SUS... com estabelecimento e a definição de responsabilidades conjuntas” (BRASIL, 2005a).

Essa prerrogativa vem corroborar com a promulgação da Portaria Interministerial nº 2.118, de três (03) de novembro de 2005, que institui parceria entre o MEC e o MS para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde na área da saúde (BRASIL, 2005b).

Nessa perspectiva, o MS por meio da SGTES e o MEC por intermédio da Secretaria de Educação Superior (SESu) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), lançaram, em novembro de 2005, o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), sendo considerado o pressuposto teórico que

lança as bases para conformação do PET-Saúde e por esta razão se faz necessário uma melhor compressão de suas proposições pela proximidade com o objeto central dessa investigação.

O Pró-Saúde foi criado a partir do acúmulo construído ao longo das décadas anteriores, em experiências de integração ensino-serviço. O PROMED que incidia apenas na Medicina, foi ampliado para a Enfermagem e para a Odontologia no Pró-Saúde I em 2006. O Pró-saúde I teve papel indutor na transformação do ensino de saúde no Brasil para os três cursos contemplados inicialmente por serem aqueles que integravam profissionais no âmbito da ESF e com o Pró-Saúde II seu escopo se estendeu para toda a área de saúde (HADDAD et. al., 2012).

O objetivo central do programa é a integração ensino-serviço, com vistas à reorientação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformação nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população (BRASIL, 2007).

O monitoramento e avaliação do Pró-Saúde e a identificação concreta dos avanços e desafios ainda por ser enfrentados induziram à criação do PET-Saúde, cuja proposta está em consonância com o objetivo geral do Pró-Saúde, no entanto, incorporou na sua configuração estratégias complementares com olhar mais voltado para o eixo dos cenários de práticas e para o processo de ensino-aprendizagem que acontece na rede de serviços, em uma relação onde o docente, o estudante, a equipe de saúde do serviço e os usuários do SUS estão implicados (HADDAD et. al., 2012).

O Pet-Saúde por constituir objeto de estudo dessa investigação terá um capítulo de destaque para um maior aprofundamento de acordo com os aportes teóricos que discutem a temática em análise.

3.3 POLÍTICAS INDUTORAS DE MUDANÇAS CURRICULARES NA EDUCAÇÃO

A questão da educação é central para transformação da formação da saúde, que se expressa através da mudança de comportamento, da ressignificação de valores, em assistência a saúde qualificada e muito mais. Se o modelo de produção de cuidado e a formação em saúde não têm sido suficientes para responder às demandas sociais da contemporaneidade, assim como, às necessidades de saúde da população, precisamos reconhecer que mudar é preciso!

Ao fazer um retrospecto histórico, observa-se que o primeiro marco legal da educação como garantia constitucional data de 1934. Na constituição de 1934 pela primeira vez a

educação é considerada direito de todos devendo ser assegurada pelos poderes públicos e pela família. Com a constituição de 1988, a secção da educação teve a reformulação de seu conteúdo aprovada, juntamente com outros direitos sociais (PILLETI, 1996).

Em 1988, a Constituição Nacional, define a educação como direito de todos e dever do Estado e da família, promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (BRASIL, 1988).

Em qualquer área do conhecimento e de modo particular na graduação em saúde nesse contexto de mudança, a educação deve ter dois compromissos radicais: Desenvolver a consciência crítica e ensinar a pensar.

O primeiro compromisso está direcionado ao desafio de aprimorar a visão de mundo do educando, dotá-lo de um olhar crítico, reflexivo, que reconheça no fazer cotidiano a distância entre o que é e o que deveria ser na sua realidade.

O segundo compromisso da educação é ensinar o educando a pensar e lançar mão das informações que recebe para transformar a si próprio, as suas relações, a sua prática e o contexto real em que atua. É com essa concepção de educação que se pretende refletir sobre o PET-Saúde.

Ao final do século XX e início do século XXI, políticas e movimentos indutores de mudanças curriculares na educação buscavam mudar a lógica do ensino no intuito de superar as práticas vigentes nas IES (CARVALHO, CECCIM, 2006).

Trazer políticas e movimentos que corroboraram para a reorientação da formação profissional, sobretudo àquelas que estabelecem correlações com o programa em análise, favorece a composição do mosaico dos processos formativos na área de saúde e ajudam a compreender os pressupostos teóricos e metodológicos que servem de sustentação para o objeto da presente dissertação.

A rede de Integração Docente-Assistencial (rede IDA), a Rede Unida, Os projetos UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a comunidade), são alguns exemplos potencializadores de reformas do ensino que dialogam com os movimentos de mudança no setor da saúde (CARVALHO, CECCIM, 2006).

Na década de 1980, a rede IDA, com projetos em toda a América Latina, trouxe discussões e ações da integração ensino-serviço na graduação em saúde. O conjunto destas experiências proporcionou noções de atenção integral à saúde, de integração entre formação e trabalho, de projetos interprofissionais na graduação, na extensão e nas especializações em

serviço sob orientação. Como consequência, mostrou a possibilidade de tornar a rede de saúde uma rede-escola (CARVALHO, CECCIM, 2006).

Em 1985, a rede de projetos UNI e a rede de projetos IDA se ligaram o que culminou na estruturação da rede UNI-IDA (depois Rede Unida) resultando na formulação de uma teoria sobre a mudança na educação dos profissionais de saúde. A Rede Unida agrega projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde com proposta de parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias (BARBIERI, 2006).

É formado no início dos anos 1990, o Programa UNI que possibilitou a participação de universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias de onze países da América Latina (FEUERWERKER; SENA, 2002). Até então, esses atores estabeleciam entre si relações bilaterais expressa pela IDA (universidade-serviço), pela extensão comunitária (universidade-comunidade), pela APS (serviço-comunidade). O UNI propôs, em contraposição, articular esses três atores num sistema mais complexo e orientado para inovação das práticas de saúde e da formação profissional (ALBUQUERQUE et. al., 2012).

No contexto da educação superior, a flexibilização preconizada com a promulgação da nova LDB nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996) confere às IES novos graus de liberdade que possibilitam o desenho de currículos inovadores, adequados às realidades regionais e às respectivas vocações das escolas, em contraposição à rigidez dos currículos mínimos.

A LDB afirma que a educação é desenvolvida nos mais variados espaços, sendo a educação escolar vinculada ao mundo do trabalho e à prática social, com liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte, bem como o pluralismo de idéias e de concepções pedagógicas. São asseguradas às universidades a criação, organização dos cursos e programas de educação superior e fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes (BRASIL, 1996b).

As DCN são norteadoras da formação profissional na saúde para todos os cursos de graduação no Brasil. Elas têm servido aos educadores e gestores como principal documento de referência para a revisão ou para o desenho e implementação do currículo de novas escolas na área de saúde no Brasil.

Entende-se que as novas diretrizes curriculares devem contemplar elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão. Os princípios norteadores das DCN visam: assegurar ampla liberdade na execução dos currículos permitindo que cada escola traduza as DCN conforme seu contexto social, cultural e

econômico; incentivar uma sólida formação generalista; considerar conhecimentos, habilidade e atitudes na formação; ampliar os cenários de aprendizagem na aprendizagem profissional preferencialmente em cenários do SUS; incentivar a pesquisa individual e coletiva e as atividades de extensão universitária; considerar a avaliação como parte integrante do processo ensino aprendizagem.

O desafio que se apresenta nessa construção é justamente direcionar o perfil dos egressos às necessidades do SUS, reorientar seus currículos e adotar estratégias pedagógicas que reconheçam o protagonismo do discente no processo de aprendizagem e a corresponsabilização do docente e da instituição de ensino na reorganização dos serviços e na qualidade da atenção à saúde prestada à população (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Diante do desafio apresentado, a Rede Unida iniciou um processo de mobilização de seus membros e de articulação com todos os setores e segmentos que incluam a questão da formação dos profissionais de saúde como o MS, o MEC, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Educação (CNE), o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais em Saúde (CONASS), o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), entre outros. Desencadeou um trabalho político e articulado entre todos esses atores, para que apresentassem elementos para a construção de uma proposta em conjunto, configurando uma definição democrática em torno do tema (BARBIERI, 2006).

Em 2001, a Lei nº 10.172/2001 aprova o Plano Nacional de Educação (PNE). Esta lei reafirma o papel das IES no conjunto dos esforços nacionais para colocar o país à altura das exigências e desafios do Séc. XXI, encontrando a solução para os problemas e na perspectiva de reduzir as iniquidades para um futuro melhor para a sociedade brasileira (BRASIL, 2001a).

Segundo o PNE há que se estabelecer nacionalmente DCN que assegurem a necessária flexibilidade e diversidade nos programas de estudos oferecidos pelas diferentes IES, de forma a melhor atender às necessidades diferenciais de sua clientela e às peculiaridades das regiões nas quais se inserem de acordo com princípios já apresentados (BRASIL, 2001a).

Em 2001 foi homologado o Parecer CNE/CSE 583/2001 com nova orientação para as DCN dos cursos de graduação. Segundo o Parecer, estas diretrizes devem contemplar: perfil do formando/egresso/profissional; competência/habilidades/atitudes; habilitações e ênfases; conteúdos curriculares; organização do curso; estágios e atividades complementares; acompanhamento e avaliação que foram traçados singularmente para cada profissão de modo que não falem na formação profissional elementos essenciais a uma prática de saúde competente, ética e humanizada (BRASIL, 2001b).

As DCN dos cursos de graduação em saúde tiveram a aprovação das resoluções específicas a cada categoria profissional a partir de 2001 (medicina, enfermagem e nutrição), em 2002 (odontologia, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional) em 2003 (medicina veterinária e biomedicina) e em 2004 (psicologia e educação física) sinalizando importantes mudanças nos PPC de graduação na área da saúde (BRASIL, 2002).

As competências gerais do profissional da área da saúde, descritas nas DCN, são comuns a todos os cursos. São elas: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, administração e gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2002).

A competência em atenção à saúde avalia a aptidão para desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação de forma integrada e com os mais altos padrões de qualidade e ética.

Por competência de tomada de decisão se entende a capacidade de considerar na sua prática as melhores evidências científicas, o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas de saúde.

Ser acessível, manter o sigilo de informações a ele confiadas, comunicar-se através da linguagem verbal e não verbal, além de dominar as tecnologias de comunicação e de informação e pelo menos uma língua estrangeira configuram-se como competência de comunicação de um profissional da saúde. Espera-se ainda, que ele assuma a liderança com vistas ao bem estar da comunidade, expressando empatia, compromisso, responsabilidade, tomada de decisões, comunicação e gerenciamentos efetivos e eficazes.

O profissional da saúde deve ainda ter competência de administração e gerenciamento da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, assumindo em algumas situações o papel de gestor, empregador ou líder de sua equipe.

Finalmente, os profissionais devem ser capazes de aprender a aprender continuamente, atualizando e aprimorando sua prática por meio da educação permanente, de modo que possa contribuir com a educação e o treinamento/estágio das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimento, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços. Essa competência faz correlação com Paulo Freire (1996), quando afirma:

“ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”(FREIRE,1996,p.12).

A aquisição destas competências gerais deve acontecer, preferencialmente, nos cenários de prática do SUS. O seu detalhamento é pertinente tendo em vista, sua relação com

a proposta do Pet-Saúde na medida em que, a aprendizagem significativa e aprendizagem pelo trabalho se apresentam como ponto de convergência em ambas as proposições (Brasil.2002).

De igual valor às políticas de saúde, estão apresentadas às políticas de educação. Numa visão expandida, estas trouxeram à tona discussões importantes e legitimaram questões que apresentavam retrocessos e/ou problemas no ensino nacional.

Desse modo, é possível observar que ensino da saúde apresenta uma relação histórica marcante com averiguações aqui abordadas. As políticas educacionais que propunham mudanças faziam e fazem até hoje, plena interlocução com a saúde. Neste contexto, se problematizaram várias questões sinalizando a linha tênue que separa o mundo do ensino, do mundo do trabalho.

No entanto, a análise crítica- reflexiva elaborada a partir da linha do tempo delineada leva a inferir que muitos dos movimentos indutores de mudanças precisam urgentemente sair da esfera ideológica para se materializar de fato e de direito no cenário nacional. Nesse caminho o qual se denomina de pedagogia da travessia (grifos nossos), ainda existem muitas guetos a serem atravessados, seja no campo da educação, seja no campo da saúde e de modo singular, no objeto estudado.

Na verdade, ainda existe um grande distanciamento entre o que se é preconizado pelo SUS e a realidade nos ambientes de trabalho, com divergências marcantes entre a academia e o serviço, sem chegar a consensos com relação à formação dos profissionais da saúde, na perspectiva de tratar e ver o ser humano de forma holística e humanizada.

Nesse caminho é preciso chamar atenção para a corresponsabilização de todos os atores implicados, pois “Ser responsável no desenvolvimento de uma prática qualquer implica, de um lado, o cumprimento de deveres, de outro, o exercício de direitos.” (FREIRE,2001,p.44).

3.4 PERSPECTIVAS DA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Entre as temáticas da formação em saúde que faz correlações com o PET-Saúde, uma, particularmente, traz grandes questionamentos no sentido de se compreender porque apesar de todos os avanços visíveis no campo da educação e de modo especial no campo da saúde, a formação dos profissionais de saúde continua reproduzindo de forma predominante nos serviços de saúde do país, o modelo tradicional hospitalocêntrico, biomédico, fragmentado e centrado na doença.

A questão elucidada suscitou algumas constatações, a primeira delas é que na busca de respostas é necessário mais uma vez, fazer um olhar para o passado a fim de resgatar na história alguns fatores que contribuíram de forma significativa para a reprodução da formação em saúde baseada na fragmentação das práticas e dos saberes relativos ao cuidado.

É fato que alguns profissionais da saúde continuam separando o corpo da alma, os quais deveriam ser avaliados em conjunto; e que a origem desse processo começou na Idade Moderna a partir da Revolução Industrial, desencadeada pela introdução da máquina no processo de produção e do deslocamento do homem do campo para as áreas urbanas.

As transformações de valores no mundo, da separação da matéria e espírito introduziram na sociedade uma crença deturpada. Para compreender o grau de incongruências dessa crença, se faz pertinente trazer para essa reflexão a citação de Capra (1982):

“A crença que o método científico é a única abordagem válida do conhecimento; a concepção de universo como um sistema mecânico composto de unidades materiais elementares; a concepção da vida em sociedade como uma luta competitiva pela existência; e a crença do progresso material ilimitado, a ser alcançado através do crescimento econômico e tecnológico” (CAPRA, 1982, p.28).

Com a influência desse paradigma cartesiano, o modelo biomédico passou a considerar o corpo humano como uma máquina que pode ser avaliado por peças (órgão), cuja doença é o mau funcionamento do mecanismo dessas peças, ou seja, “A concepção mecanicista do organismo humano levou a uma abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica e a terapia médica, à manipulação técnica.” (CAPRA, 1982,p.138)

O que gera uma compreensão de que o hospital dará suporte para todas as necessidades da população e cabendo aos postos de saúde os procedimentos preventivos. Esta é uma visão antiga e visualizada por todos, profissionais e população. A forma como se processa os atos de saúde na atualidade, ainda baseado em produções de procedimentos exigidas para se enquadrar em estatísticas, dificulta a assistência e remete a uma visão biomédica.

Ao se adotar o modelo biomédico, o processo saúde/doença fica reduzido a uma dimensão anatomofisiológica, excluindo as dimensões histórico-sociais, como a cultura, a política e a economia, focalizando suas principais estratégias de intervenção no corpo doente, portanto essa divisão entre corpo e mente “levou os médicos a se concentrarem na máquina

corporal e a negligenciarem os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença” (CAPRA, 1982, p.119).

Em relação ao modelo hospitalocêntrico, o hospital funciona como centro do sistema de saúde e o médico é o principal tomador de decisões, portanto o hospital

“É uma organização, em última análise, dirigida por administradores, que vende determinados testes, remédios e procedimentos relacionados à doença. É formado por profissionais que ingressam nessa área geralmente incentivada pelo melhor dos motivos. Receberam educação médica e está em um sistema médico orientado a considerar o paciente não como uma pessoa, mas como uma máquina avariada” (LESHAN, 1992, p.85).

Com relação a exagerada fragmentação e especialização do conhecimento, tem se contatado um crescimento exponencial, formando especializações cada vez de áreas menores, desconsiderando a indivisibilidade humana, surgindo estudiosos que sabem quase tudo de quase nada (JAPIASSU, 1976)

Essa fragmentação do saber manifestou-se de forma bastante evidente na academia, através aguçamento das subdivisões da universidade em centros e departamentos e dos cursos em períodos ou séries e em disciplinas estanques. Nesse sentido, o processo ensino-aprendizagem, igualmente contaminado, tem se restringido, muitas vezes, a práticas pedagógicas desconectadas da realidade, tornando visível o despreparo dos profissionais para atuarem na saúde, o que mobiliza educadores na busca de uma educação crítica em prol das transformações sociais.

Esta situação em questão não traz somente vantagens, mas como propõe Edgar Morin (2003), traz também o enclausuramento ou fragmentação do saber.

“A tendência para a fragmentação, para a disjunção, para a esoterização do saber científico tem como conseqüência a tendência para o anonimato. A especialização generaliza-se: atinge não somente as ciências sociais como também as antropossociais, trazendo um vazio de subjetividades inerente a estas áreas do conhecimento. No campo da saúde traz conseqüências diretas para o processo de formação (MORIN, 2003,p.17).

Em face dessa realidade é que se apresenta nessa reflexão a interdisciplinaridade de Japiassu, o pensamento complexo de Edgar Morin e a pedagogia transformadora de Paulo Freire como correntes que procuram novas perspectivas em busca da totalidade perdida que podem ser aplicadas à formação em saúde. São autores que têm como ponto de convergência a preocupação com o futuro das Humanidades e não apenas com o progresso de sua área de estudo.

Para Japiassu a interdisciplinaridade se apresenta como tentativa de reunir o que foi esfacelado, Segundo o autor este movimento deve ir além do domínio epistemológico, e tornar-se uma diretriz para tomada de ações em favor de uma interpretação da humanidade quanto a sua presença no mundo (JAPIASSU, 1976).

A palavra interdisciplinaridade tem sido muito utilizada nos tempos atuais, mas na óptica de Japiassu (1976), tal situação longe constituir progresso real, sinaliza o sintoma da situação patológica em se encontra hoje o saber.

A partir da denominação, ao se referir sobre interdisciplinaridade, esta apresenta um conceito que varia em seu significado, portanto com diferentes modalidades. Daí a ciência se reveste de termos como pluridisciplinaridade, multidisciplinaridade para denominar fenômenos interdisciplinares quando na verdade realiza apenas agrupamento, a justaposição intencional ou não de certos módulos disciplinares.

O que se chama atenção nessa conjuntura é o surgimento da palavra transdisciplinaridade, a qual anda circulando entre as nomenclaturas didático-pedagógicas no país, quando muitos afirmam que já alcançaram a aplicação prática do termo, enquanto a interdisciplinaridade se apresenta ainda como desafio a ser alcançado (JAPIASSU, 1976).

Em um trabalho interdisciplinar deve haver ações de cooperação, coordenação, sucessivas e crescentes. A característica central da interdisciplinaridade consiste no fato de que ela incorpora os resultados de várias disciplinas, compara, julga e promove a integração dos mesmos (JAPIASSU, 1976).

Um saber, uma postura interdisciplinar é visivelmente necessária na atualidade e de modo singular na formação em saúde, o que pode tornar as práticas de saúde seja na atenção, gestão ou ensino, mais significativo.

Para isso acontecer será preciso o fortalecimento dos vínculos com as universidades com avanços nas articulações intersetoriais para que a formação dos profissionais seja modificada, capacitando-os para atuar na atenção integral à saúde individual e coletiva (ALMEIDA, 2011).

Na obra de Morin, produzida três décadas após Japiassu, é natural que se encontre assertivas mais avançadas. Levando em conta o grau de abrangências das obras dos referidos autores é possível constatar que enquanto Japiassu apresenta um prestígio no cenário nacional e é mais conhecido por seu livro do que como palestrante, Edgar Morin é conhecido internacionalmente não só pelas palestras, mas também pelas obras que produziu.

A apresentação de setes saberes que a cultura e a concepção científica dominante deixam a desejar quanto à formação do ser humano, os quais Morin denomina de buraco

negro, constituem uma dívida social que curso civilizatório precisa ressarcir à humanidade. Segundo Morin (2005), os buracos negros são os seguintes:

1º - As cegueiras do conhecimento: o erro e a ilusão.

Nessa parte se põe em evidência a necessidade de superação da insensibilidade da educação atual para enxergar o que é verdadeiramente o conhecimento humano. Morin assinala que o conhecimento não é uma ferramenta que pode ser utilizada sem que a sua natureza seja examinada. Nessa perspectiva devem ser consideradas as características mentais e culturais dos conhecimentos humanos.

2º - Os princípios do conhecimento pertinente.

A partir do título expresso traz evidências da necessidade da sabedoria como habilidade para selecionar conhecimentos que agreguem valor não só para a informação, mas para a formação Humana das pessoas, partindo do todo para chegar às partes.

3º - Ensinar a condição Humana

Ao compreender o homem como uno e indivisível, embora constituído de diferentes dimensões seja social, cultural, histórica, psíquica, etc., essa concepção deveria ser objeto de estudo desde os níveis iniciais de ensino.

4º - Ensinar a identidade terrena

No século XXI a tendência é cada vez mais aproximar as civilizações existentes no nosso planeta e nessa perspectiva se ampliará cada vez mais a identidade terrena a qual, provavelmente, será inevitável para cada comunidade e para cada cidadão.

5º - Enfrentar as incertezas

A aquisição de aspectos formativos demanda mais tempo do que o ensino de uma técnica, de um cálculo ou de um conceito. A aprendizagem instrucional é mais rápida que a assimilação de uma postura. A incerteza é postura e não instrução, a qual deve estar presente na busca de soluções para enfrentar os problemas cotidianos, assim como, nos projetos de vida de cada um Morin (2005), afirma que é no percurso que se faz o caminho, sendo, portanto um processo mais lento de implantação.

6º - Ensinar a compreensão

A incompreensão só traz desvantagem para educação, as pessoas precisam entender a compreensão como fator importante para as relações. É através da compreensão que a sectarização e exclusão devem ser enfrentadas na busca da solidariedade e do convívio pacífico.

7º - A ética do gênero humano

Morin (2005), a denomina de antro-po-ética, na qual são considerados elementos estruturantes o indivíduo, a sociedade e a espécie. Esta dimensão é captada muito mais pelo exemplo vivencial de situações ética e pela observação de atitudes do que pelo ensinamento direto e está voltada tanto para o plano individual como para o coletivo.

É com essa perspectiva Morin que se apresenta como um autor de pensamento aberto e complexo, que parte do todo e dele não se afasta para tratar dos componentes dessa totalidade (MORIN, 2005).

Na concepção de educação formulada por Paulo Freire, denominada por ele mesmo como Libertadora Humanista e Democrática, a leitura da palavra é uma possibilidade de retermos criticamente a realidade concreta, cada vez mais completa, e contribuindo com a reescrita do mundo, a transformação profunda de nossa realidade (FREIRE, 2003).

A educação libertadora crê no ser humano como transformador da realidade buscando aprender o que não conhecem. Esse aprendizado deve ser desenvolvido na perspectiva que educadores e educandos busquem conhecimento além das aparências e atuem na realidade em que vivem, transformando-a a partir das demandas apresentadas e orientadas por princípios éticos e humanizadores (FREIRE, 1980).

A educação numa perspectiva libertadora exige a dialogicidade, a leitura do mundo coletiva. É partindo dessa leitura e do conhecimento do nível de percepção dos educandos que Freire considera possível organizar o conteúdo libertador (FREIRE, 1999).

A localidade do educando é o ponto de partida para a construção do conhecimento do mundo. Dessa forma, a realidade imediata vai sendo inserida em totalidades mais abrangentes, demonstrando ao educando que essa realidade local, existencial possui conexões com outras dimensões: regionais, nacionais, continentais, planetárias e em diversas perspectivas como a social, política, econômica que se interpenetram.

Assim, os educandos falam a partir de seu território, de seu lugar de vida, convivência, trabalho e relações sociais; construindo um movimento solidário, dialético e dialógico que permita desvendar o local e o universal e se comprometam com ações necessárias à construção do novo mundo.

Nesse sentido, a formação do educando requer um fazer pedagógico sensível e imerso na sua realidade, que aborde suas problemáticas e reconhece seus desafios e potencialidade. É na sua existência (pessoal e coletiva) que os indivíduos se constroem e reconstróem constantemente, ora afirmando, ora contrapondo-se, mas sempre reconstruindo o contexto em que atua.

É por isso que Paulo Freire (1980), afirma que a prática educativa passa também pela afetividade e pelas emoções (elementos constitutivos do humano).

A prática pedagógica norteada pelos princípios teórico-metodológicos freirianos, adquire uma dimensão estética e ética, movida pelo desejo, pela generosidade, pela esperança e é vivida com alegria. Implica na aceitação do novo, a rejeição da discriminação e a reflexão crítica sobre a prática, sem desprezar o rigor metodológico da pesquisa, da competência, da criticidade, valorizando os saberes dos educandos e seu comprometimento.

Trazer esses teóricos que discutem a temática da formação é fundamental para se compreender quais as perspectivas da formação do presente e do futuro podem nortear as práticas educativas para que sejam mais propositivas e diferenciadas, notadamente no campo da saúde.

Ademais poder aproximar a teoria à prática, a reflexão à ação e redimensionar o próprio saber-fazer significa inserir-se em um processo dinâmico e integrado, contrapõe-se a uma formação estanque e fragmentária que, muitas vezes, provoca um impacto desfavorável à atuação profissional trazendo um sentimento de impotência e desconhecimento diante dos problemas presentes na realidade.

Todo este processo de reformulação da formação proporcionará ao estudante uma mudança relevante em seu perfil, pois ele deixará de ser mero receptor de conteúdos e passará a desenvolver curiosidade científica, senso crítico-reflexivo, responsabilidade, sensibilidade e ética na assistência.

O docente precisará desenvolver novas habilidades, como a vontade e a capacidade de permitir ao discente participar ativamente de seu processo de aprendizagem. Deverá ser um facilitador do processo ensino-aprendizagem, permitindo-se adotar uma postura adequada para escutar e acreditar na capacidade do discente (estudante) para desenvolver e aprender.

Da mesma forma, também se faz necessário que os gestores da saúde permitam, ou melhor, garantam aos profissionais, a oportunidade de se qualificarem, valorizando-os e inserindo-os no processo de construção da reformulação do perfil dos futuros profissionais da saúde, através de especializações e mestrados voltados para a melhoria da qualidade assistencial e ampliação de conhecimentos.

4 PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA SAÚDE (PET-SAÚDE)

“O que vale na vida não é o ponto de partida,
e sim a caminhada. Caminhando e semeando,
“no fim terás o que colher.”

(Cora Coralina)

4.1 PET-SAÚDE NO CONTEXTO NACIONAL

A integração das políticas interministeriais denota a articulação entre ações e procedimentos que levam em consideração os objetivos comuns capazes de induzir mudanças previstas nessas políticas, prestigiando ações e indicando caminhos a serem seguidos pelas IES (BRASIL, 2005).

O PET-Saúde constitui-se uma dessas ações intersetoriais conceitualmente alinhado a políticas do ministério da Saúde e Educação nas dimensões teóricas, política, ideológica, técnica e operacional direcionadas para o fortalecimento da atenção básica e da vigilância em saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. A educação pelo trabalho, conceito-chave do projeto, é uma das estratégias Pró-Saúde em implementação no País desde 2005.

O programa do governo foi instituído por meio da portaria interministerial MS/MEC nº1802 de 26 de agosto de 2008 e regulamento pela portaria MS/MEC nº 421, de 03 de março de 2010. (SOARES, FERRAZ, 2012).

O Pró- Saúde, movimento que serve de fundamento para surgimento do objeto desse estudo, tem se apresentado como um mecanismo estruturante para promover mudanças institucionais e o deslocamento da área de saúde da universidade, de dentro de seus muros, para a integração com a comunidade e com as necessidades no SUS. O PET-Saúde reforça esse movimento, conferindo maior concretude ao processo por meio de projetos diretos de intervenção baseado no diagnóstico situacional do território.

O PET-Saúde materializa uma política indutora de novas articulações entre as IES e a rede de assistência à saúde na medida em que selecionou instituições de ensino para atuar de forma conjunta com as Secretarias Municipais de Saúde.

O desenho de trabalho do PET-Saúde segundo a portaria busca viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviços dos profissionais da saúde, bem como de

iniciação ao trabalho, estágios e vivências dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do SUS (BRASIL, 2008)

São objetivos do PET-Saúde:

I - Possibilitar que o MS cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País de acordo com as características sociais e regionais;

II - Estimular a formação de profissionais docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica bem como 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 MEC;

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 DCN dos cursos de graduação da área de saúde;

V - Contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfis adequados 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 território nacional;

VIII - Fomentar a articulação ensino-serviço na área de saúde (BRASIL, 2008).

O foco na atenção básica surgiu da necessidade de acompanhar as mudanças ocorridas em função da adoção de um novo modelo de atenção à saúde que visa, principalmente, à promoção e à proteção à saúde.

O modelo de atenção em saúde da família, como estratégia organizadora da atenção básica à saúde, procura consolidar o Sistema Único de Saúde para garantir seus princípios de universalidade, integralidade e qualidade e assegurar um processo de efetiva mudança da organização do sistema de saúde. A perspectiva desse modelo é que a população tenha acesso a um serviço de saúde de boa qualidade, cujo elemento primordial seja o desenvolvimento de ações que objetivem “a vigilância à saúde” voltada para o núcleo familiar.

O PET-Saúde se insere nesse contexto da atenção, trazendo aos estudantes possibilidades de vivenciar o cotidiano dos profissionais de saúde, como também a percepção da realidade na qual se inserem as famílias assistidas pelo serviço. Nesse trabalho diário, os discentes vêm aprendendo a lidar com as novas propostas de assistência, mobilizando saberes, fazeres e valores envolvidos em cada atividade.

A busca por uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar presente nas diretrizes do PET-Saúde perpassa por uma articulação com outros campos do saber e de competências presentes em outras áreas do conhecimento. Nessa perspectiva, o PET-Saúde é uma estratégia que foi planejada para auxiliar o reordenamento da formação de Recursos Humanos e atender às necessidades concretas da população brasileira no que diz respeito à formação de profissionais para o SUS.

O Pet-Saúde vem ao encontro a essas necessidades assinaladas no decorrer dessa construção, na medida em que procura fortalecer a prática acadêmica que interliga a universidade, em suas atividades de ensino, pesquisa e extensão, com as demandas da sociedade, de forma partilhada.

4.2 O PET-SAÚDE EM JOÃO PESSOA

Para melhor visualizar como se deu a inserção do PET-Saúde no município de João Pessoa é pertinente trazer à tona as articulações que foram operacionalizadas entre os diferentes atores envolvidos e que vieram a favorecer de forma significativa a implantação do programa em nível local.

A estratégia definida pela SMS para os serviços de atenção à saúde fundamenta-se na organização de uma rede de cuidados progressivos em saúde, baseada num projeto político de construção do cuidado integral do usuário-cidadão em uma rede de relações humanizadas, de modo que as diversas ações contribuam para a construção de uma rede de atenção à saúde. Esse modelo tem como eixo a organização da atenção básica à saúde, fundamentada nos princípios organizativos da estratégia de Saúde da Família, com suporte na rede especializada e hospitalar. Nesse sentido, as Unidades de Saúde da Família (USF) estão organizadas para prestarem a atenção básica, articulada com a rede de serviços especializados e a rede hospitalar.

No que diz respeito a interlocução academia e serviço, pode assinalar que os cursos da área de saúde da UFPB, instituição referência do programa, já têm um grau de institucionalidade consolidada no município de João Pessoa na articulação ensino-serviço,

com pactos que incluem planejamento interinstitucional das atividades de ensino, principalmente, no que concerne a discussões a cerca da inserção de estudantes nos campos de estágios. Para além dessa relação, a UFPB apresenta um importante histórico de formação de acordo com as necessidades do SUS fazendo parte do contexto da reorientação da formação profissional desde suas primeiras discussões. Nessa direção, tem exercido um papel fundamental na trajetória do PET-Saúde em João Pessoa como Instituição de Educação Superior proponente desse projeto.

Em 2005, com a implantação do PRÓ-SAÚDE, os cursos de graduação realizaram diversos processos de mudança curricular em consonância com as DCN e com o Projeto Pedagógico dos Cursos (PPC). A UFPB teve participação efetiva no Pró-Saúde I (medicina, enfermagem e odontologia) e no Pró- Saúde II (fisioterapia, farmácia, educação física, nutrição e fonoaudiologia) sinalizando o compromisso institucional com a formação.

A implementação do Pró-Saúde veio reforçar a parceria com o município ampliando debate para o fomento às atividades de pesquisa e extensão, gerando avanços facilitadores e potencializadores. Com a aprovação do projeto PET-Saúde em 2008 em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS/JP) consolidaram-se novos acordos fortalecendo ainda mais a integração ensino-serviço.

A gestão atual da SMS/JP, por sua vez, vem apostando na construção de uma rede de cuidado integral, acolhedora e resolutiva, capaz de atender as demandas da população com responsabilização, qualidade, vínculo e humanização. Nessa direção compreende que constituir a rede municipal de saúde como um lugar que cuida, um lugar de aprendizagem coletiva, de ressignificação de práticas e de constituição de sujeito é um desafio que está posto tanto para a gestão quanto para a formação.

A gestão municipal considera a parceria com as instituições de ensino na efetivação da aprendizagem pelo trabalho para estudantes/futuros profissionais de saúde, uma ação política estratégica que deve fazer parte de sua agenda de compromissos.

E assim, na perspectiva de fomentar o diálogo e ampliar a interlocução com instituições de ensino superiores públicas e privadas, a SMS/JP inicia em 2005 através da Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DGTES) movimentos envolvendo equipe gestora, profissionais do serviço, estudantes e representantes da comunidade para construção da política da Rede Escola.

A reflexão produzida junto às Instituições de Ensino e os Serviços sobre o perfil de profissionais que vêm sendo formados, bem como a escuta produzida sobre os problemas que se acumularam em relação aos campos de estágios, subsidiaram a construção de um

instrumento jurídico, materializando as novas bases e critérios da relação ensino/serviço e regulamentando a oferta da rede de saúde como campo de práticas.

A institucionalização da política da Rede Escola se deu através da formalização do Convênio nº 001/2006 que tem como objetivo a regulamentação da aprendizagem pelo trabalho no âmbito da rede municipal de saúde e estabelecer relações de cooperação pedagógica, incluindo atividades de parceria na área de ensino, atenção e pesquisa em saúde.

A rede escola constitui um dispositivo importante para o estabelecimento de parcerias na construção e efetivação da aprendizagem pelo trabalho na rede de serviços, favorecendo a melhoria da qualidade e humanização da atenção prestada e contribuindo para a formação dos futuros profissionais com perfil de que a população necessita.

A rede escola busca planejar, pactuar e acompanhar as atividades curriculares e pesquisas desenvolvidas nos cenários de práticas, objetivando, principalmente, a transformação das práticas e da organização dos serviços de saúde e mais que atender as demandas das IES, visa qualificar e ampliar a relação ensino-serviço institucionalizando e ampliando os cenários de práticas, orientando ações voltadas à formação de profissionais da saúde (CARTILHA DA REDE ESCOLA, 2005, Secretaria de Saúde).

A inserção do PET-Saúde nessa política se deu através do Pró-Saúde e da articulação com a gerência de educação na saúde, responsável pela política municipal da rede escola, que entre suas atribuições está toda a pactuação com as IES. O diálogo permanente entre as duas instituições possibilitou o fortalecimento de parcerias que potencializaram a integração ensino-serviço no município.

A partir de 2009, formula-se o primeiro projeto do PET-Saúde João Pessoa, com foco na AB com o intuito de fortalecer e potencializar as mudanças no processo de formação dos profissionais em andamento na UFPB e na ampliação de ações interdisciplinares de produção do cuidado, buscando dessa forma a integralidade das ações e dos serviços de saúde (OLIVEIRA et. al., 2012).

O PET-Saúde em João Pessoa, na sua conformação inicial tinha como objetivos locais potencializar as mudanças curriculares promovendo a integração entre os cursos participantes (enfermagem, fisioterapia, medicina e odontologia) no ano de 2009 e (enfermagem, medicina, fisioterapia, odontologia, nutrição, educação física) no ano de 2010/2011; desenvolver processos de educação permanente com os profissionais do serviço; desenvolver pesquisas na rede de atenção básica; estimular a elaboração dos protocolos clínicos junto aos profissionais e gestores dos municípios, o que vem a corroborar com os objetivos nacionais do programa.

Desde o início do projeto as atividades foram planejadas conjuntamente entre a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa e a UFPB, já que essas instituições se articulavam dentro da proposta de inserção das Unidades de Saúde da Família (USF) na Rede Escola do município.

Foram escolhidas para participar do PET-Saúde as unidades da saúde da família (USF) que já desenvolviam atividades curriculares nos cursos incluídos no projeto sendo na sua maioria unidades integradas com três ou quatro equipes de saúde da família. Segundo o relatório técnico anual Pet-Saúde João Pessoa de 2009/2010, a seleção das USF participantes foi realidade de forma conjunta (UFPB e SMS), a partir de critérios que envolviam os locais onde os Distritos Sanitários (DS) priorizavam a inserção de estudantes no processo de trabalho das equipes, desse modo os DS I, II e III foram priorizados.

Os atores envolvidos no programa deveriam atuar alinhados com as atividades curriculares já desenvolvidas nesses diferentes cenários de prática. A equipe era formada por coordenador, tutores, preceptores, estudantes bolsistas e voluntários e o Núcleo de excelência clínica.

Os estudantes atuaram nas USF durante um turno de quatro (04) horas semanais e as demais quatro (04) horas eram destinadas a participação nas reuniões dos grupos dos grupos tutoriais por Eixos temáticos de Sistematização de Experiências e Pesquisas para Qualificação da AB, em oficinas de avaliação e planejamento e em eventos científicos para apresentação de trabalhos.

O processo para seleção dos preceptores foi fruto de articulação já existente entre a universidade e o gestor local. Foi conduzido no primeiro ano através de entrevista e nos anos seguintes foi acrescentada a análise do currículo. A escolha do quadro de tutores se deu no âmbito da academia e de acordo com o grau de envolvimento dos professores com os projetos inerentes a reorientação profissional, de forma a compor um quadro com representações de todos os cursos envolvidos no programa. A relação de tutores/preceptores era de (01) um tutor para cada (06) preceptores. Por sua vez, a relação preceptor/aluno era na de (01) preceptor para uma média de (04) estudantes, priorizando a diversidades entre os cursos.

Ocorreu ao longo do processo, a criação de quatro (04) grupos tutoriais para o estudo e pesquisa em Atenção Básica que foram constituídos a partir de eixos temáticos vinculados ao projeto local, como a Produção do Cuidado, Participação Social, Processo de trabalho em Saúde e Educação Permanente. Os encontros eram presenciais, com agendas preservadas, se configurando em um espaço de educação permanente onde preceptores, estudantes e tutores discutiam no coletivo as diversas temáticas propostas de acordo com o seu grupo e a partir das

necessidades dos territórios eram disparados e elaborados projetos de pesquisa factíveis e com possibilidades reais de retorno para o serviço. Ao longo dos três anos de Pet-Saúde em análise, foram formados em média cinco grupos tutoriais por ano.

A composição do núcleo de excelência clínica também se deu nesse momento, sendo um colegiado constituído por representantes dos diversos segmentos: tutores, preceptores, estudantes e representantes dos distritos sanitários com a função de problematizar no coletivo o Pet-Saúde na perspectiva de qualificação do projeto.

Os encontros aconteciam quinzenalmente com o intuito de problematizar as situações identificadas nos diversos cenários de prática, realizar o monitoramento e avaliação processual do programa, assim como elaborar estratégias pedagógicas que pudesse contribuir para a potencialização do projeto, quando necessário, competia ao núcleo de excelência convocar oficinas destinadas a planejamento/avaliação, além de coordenar o processo seletivo de estudantes e preceptores e do grupo de trabalho para elaboração de relatórios do PET-Saúde.

O Núcleo de Excelência Clínica em Atenção Básica se constituiu um espaço de gestão do PET-Saúde em João Pessoa, sendo coerente com o todo processo de construção coletiva do projeto. Além disso, representou um grande movimento de articulação entre os cursos, avançando também na construção da interdisciplinaridade e na demonstração da possibilidade de desenvolvimento de ações democráticas e participativas, conseguindo representar a diversidade de pensamentos dos setores envolvidos.

As atividades à distância eram avaliadas através de postagens na plataforma virtual que se constituiu numa ferramenta pedagógica cujo objetivo se destinava a troca de experiências entre tutores, preceptores e estudantes, a socialização de saberes, as postagens de vivências significativas, os relatos das experiências exitosas, garantindo assim, o registro virtual de tudo que estava sendo feito e produzido no PET-Saúde. Constituiu ainda um canal de comunicação, colocando a tecnologia da informação a serviço da aprendizagem em saúde.

Em 2012 por determinação do Ministério da Saúde o projeto PET-Saúde sofreu alterações relevantes na sua conformação em nível nacional. Entre as principais adequações regionais podemos destacar: a incorporação ao lado de SMS/JP, da SMS de Cabedelo e da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba como unidades proponentes; o fortalecimento da articulação com o Pró-Saúde, daí a nova denominação do projeto, Pró-Saúde/PET-Saúde.

Nesse sentido, ocorreu a ampliação do programa com a adesão de cursos de três diferentes centros, o centro de ciências da saúde (CCS); o centro de ciências médicas (CCM) e centro de ciências humanas letras e artes (CCHLA) perfazendo um total de 11 (onze) cursos

inscritos no novo programa, a saber: Medicina, enfermagem, odontologia, fisioterapia, nutrição, farmácia, fonoaudiologia, educação física, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, extrapolando os limites do campo da saúde.

Em razão da orientação das ações do programa estarem voltadas para as Redes de Atenção à Saúde e para as linhas de cuidado, notadamente, as priorizadas pelo Ministério da Saúde (MS) extrapolando o limite da atenção básica, optou-se por excluir essa nova etapa do programa, da investigação.

4.3 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CENÁRIOS DE PRÁTICAS PEDAGÓGICAS E PROMOTORAS DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONALNO ÂMBITO DO PET-SAÚDE

O PET-Saúde constitui-se entre outras atribuições um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde. Neste cenário de busca de adequação as mudanças curriculares. As USF foram e tem sido cenários de prática muito importantes para o aprendizado destes estudantes, ao correlacionar a formação dos profissionais de saúde com o mundo do trabalho.

Nesse contexto de mudanças é importante ressaltar o papel da APS e sua relação com o objeto desse estudo. Trazer essa reflexão se faz pertinente, tendo em vista que a APS se configura em um espaço potente da articulação ensino - serviço - comunidade - gestão nos processos de aprendizagem e na qualificação da assistência e por se constituir no cenário de atuação de estudantes no PET-Saúde no presente estudo.

De maneira geral, a APS pode ser definida como um conjunto de valores, direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade; um conjunto de princípios como a responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros e como um conjunto de atributos do sistema de serviços de saúde tais como o acesso de primeiro contato, a integralidade, a longitudinalidade, a coordenação da atenção, a orientação familiar e comunitária e a competência cultural (BRASIL, 2010).

Essa definição operacional da APS sistematizada por Starfield (2002), vem sendo muito utilizada no país, inclusive pelo Ministério da Saúde para subsidiar as estratégias de avaliação e investigação dos serviços e sistemas de saúde norteados pela APS, assim como, a verificação da efetividade da atenção sobre a saúde da população.

As primeiras iniciativas do MS com vistas à reorganização da atenção à saúde com foco na APS surgiram com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991

e o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, agora considerada uma estratégia (ESF) (FAUSTO, MATIAS, 2007).

No Brasil, a ESF surge como um nível primário de atenção que se estrutura em uma unidade de saúde, com equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade por uma determinada população, em território definido, onde desenvolve suas ações. Integra-se numa rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e às famílias e se assegurem a referência e a contra-referência para os diversos níveis do sistema, de problemas identificados na atenção básica (ALVES, 2005).

Pensar na ESF como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial sinaliza a ruptura com práticas convencionais e hegemônicas da saúde e a adoção de novas tecnologias de trabalho, como, por exemplo, a compreensão ampliada do processo saúde-doença e a assistência integral e continuada a famílias de uma área adstrita (ALVES, 2005).

A proposta do PET-Saúde nessa conjuntura é que o aluno transponha os muros da instituição, ampliando e enriquecendo a sua visão sobre a realidade sociopolítica local por meio da Unidade de Saúde da Família em que está inserido (PÂMELA et. al., 2010). Dessa forma, se propõe a fortalecer a prática acadêmica ao interligar a universidade em suas atividades de ensino, pesquisa e extensão com as demandas da sociedade de forma construtiva.

Nessa direção, a USF se caracteriza como um ambiente bastante propício às práticas de Saúde mais ampliadas, condizentes com as demandas da Comunidade e, portanto, mais eficazes em relação ao cuidado. Isso pode ser facilmente justificado pela proximidade que esse serviço tem com a população, o que os conduz a reconhecer mais profundamente sua realidade.

5 O DESENHO METODOLÓGICO: O CAMINHO PERCORRIDO

“Aqueles que são apaixonados pela prática sem a ciência, são iguais ao piloto que navega em um navio sem leme ou bússola e nunca têm certeza para onde vão.”

Leonardo da Vinci

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO, DOS SUJEITOS E DAS TÉCNICAS DE PESQUISA

De acordo com Minayo (2007), a metodologia pode ser entendida como o caminho do pensamento e prática exercida na abordagem da realidade. Diante disso, são estabelecidas as condições técnicas de caracterização do estudo, para definição da população/amostra escolhidos para a obtenção das informações, bem como, instrumentos e procedimentos de coleta de dados e quanto à técnica de abordagem e a apresentação destas.

Esta pesquisa foi conduzida como um estudo exploratório descritivo dentro de uma abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. O estudo de caso é um método muito utilizado em pesquisas qualitativas, desenvolvendo-se em uma situação natural, rica em dados descritivos e que focaliza a realidade de uma forma complexa e contextualizada (CHIZZOTTI, 2006).

É um estudo exploratório, principalmente, visto que o tema ‘Pet-Saúde’ é recente e ainda pouco estudado. No entanto, no primeiro momento foi necessário lançar mão da descrição para atender as proposições do método: “Descrever é narrar os fatos e os fenômenos que acontecem em uma dada realidade” (RUDIO, 2001, p. 71). Tal estudo permitirá descobrir, observar, descrever, classificar e interpretar os elementos que influenciam sobre um determinado fenômeno, no caso em análise, a percepção de estudantes sobre o PET-Saúde (RUDIO, 2001, p. 71).

Quanto à abordagem qualitativa, Minayo (2000), recomenda a importância dessa metodologia quando se pretende alcançar respostas particulares e subjetivas que não poderão ser quantificadas. Afirma ainda, que a pesquisa de natureza qualitativa imerge no mundo dos significados das relações humanas, constituindo-se numa esfera que não poderá ser percebida

ou captada em equações, média e estatística. Esta abordagem ainda possui como pressuposto o fato de que os conhecimentos sobre indivíduos “só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como é definida pelos próprios atores (POLIT; HUNGLER, BEACK, 2005, p. 270).

A construção do desenho metodológico deu-se no ir e vir do desenvolvimento, amadurecimento e elaboração do projeto de pesquisa que antecedeu a investigação realizada, e durante a própria execução do trabalho de campo e elaboração da presente investigação.

Sendo assim, a abordagem foi adequada para o presente estudo por permitir a análise das visões dos Estudantes acerca do PET-Saúde para formação na área de saúde a partir do olhar dos egressos do programa para a Formação e a reorientação profissional na área da saúde. Houve necessidade de delimitar o tempo e o espaço para execução do trabalho empírico o que contribuiu para caracterizar a natureza exploratória da pesquisa desenvolvida e delimitar a abrangência do estudo ao universo de apenas ao grupo de estudantes egressos do Pet-Saúde.

Foram elegíveis para participar da presente pesquisa os estudantes egressos do PET-Saúde dos cursos participantes (odontologia, medicina, fisioterapia, enfermagem, nutrição, educação física) da UFPB que desenvolveram suas atividades curriculares nas unidades de saúde família do município de João Pessoa, no período compreendido entre os anos de 2009 a 2011. É pertinente esclarecer, que os estudantes que se encontravam inseridos no PET-Saúde 2012/2013 não participaram dessa investigação em virtude do programa apresentar uma nova conformação se inserindo nas redes de atenção à saúde, não ficando restrito às Unidades de Saúde da Família.

Foram entrevistados três (03) estudantes por curso participante. O número de sujeitos (18) mostrou-se suficiente no alcance do propósito de aprofundamento e compreensão do fenômeno estudado, almejado para este estudo, dada a natureza exploratória pretendida e a exaustão, saturação de sentidos alcançada. Nesse sentido, a preocupação que permeou a escolha dos informantes baseou-se na qualidade das opiniões e reflexões com que os mesmos poderiam contribuir na abordagem do tema proposto e na sua capacidade de objetivação do objeto empiricamente, assim como contemplado por Minayo (1996), acerca da fase de exploração de campo na pesquisa qualitativa:

“Numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação”(MINAYO,1996,89).

Seu critério, portanto não é numérico. Podemos considerar que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. Como assinala a autora: “A questão da validade dessa amostragem está na sua capacidade de “objetivar o objeto” empiricamente, em todas as suas múltiplas dimensões” (MINAYO, 1996,89).

Optou-se pelo emprego de entrevistas abertas semi-estruturadas, como a fonte de investigação. Compreendem-se estas como aquelas em que o entrevistado tem a possibilidade de falar livremente sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas rigidamente pelo pesquisador.

As entrevistas foram subsidiadas por um instrumento contemplando aspectos vinculados a caracterização do estudante e orientadas por um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE C). Foram registradas em áudio com auxílio de um gravador (Iphone 4). A pesquisadora registrou e transcreveu fielmente todas as falas dos entrevistados que contribuíram para o aprofundamento do conhecimento acerca do objeto de estudo.

O instrumento de coleta foi elaborado com base nos objetivos propostos no projeto. Com o intuito de testar/validar o instrumento foram realizadas entrevistas prévias com dois sujeitos, a fim de averiguar se o mesmo atendia ao objetivo do estudo proposto, ambas não participaram do material de análise.

Com a aplicação do teste do instrumento foi possível perceber apenas a necessidade de apresentar alguns sinônimos durante a entrevista para as palavras fragilidades e potencialidades, no mais as questões formuladas foram compreensíveis para os sujeitos participantes.

5.2 CAMPO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de João Pessoa-PB, no âmbito dos cursos da área de saúde da Universidade Federal da Paraíba que desenvolveram atividades curriculares por meio do PET-Saúde, entre 2009/2011, a saber: medicina, odontologia, enfermagem, nutrição, fisioterapia e educação física.

João Pessoa é a terceira capital de estado mais antiga do Brasil, tem uma área geográfica de 211, 47Km², com uma população estimada de 769.607 habitantes e uma densidade demográfica de 341,30 habitantes por Km² (IBGE, 2013). A rede de atenção municipal à saúde está estruturada da seguinte maneira: rede de atenção básica, rede de atenção especializada e rede de atenção hospitalar. A rede de atenção básica é formada por

181 Equipes de Saúde da Família, com uma cobertura de 82%, o que representa um acompanhamento de 568.082 pessoas. A saúde é descentralizada e organizada em 05 distritos sanitários (DS), com o objetivo de organizar a rede de cuidado progressivo do sistema e garantir à população acesso aos serviços.

5.3 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O trabalho de campo ocorreu entre os meses de outubro, novembro, dezembro de 2013 e janeiro de 2014 e foi realizado pela própria autora. As datas e os locais para realização das entrevistas ficaram a critério de escolha dos próprios entrevistados, assim que aceitaram participar da pesquisa. Estas foram aplicadas nas residências, campus da universidade, ou mesmo, nos próprios locais de trabalho dos entrevistados.

Nesse sentido, os depoimentos foram transcritos e organizados em torno da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009), que permite explorar o campo das comunicações e suas significações, ou seja, descobrir elementos que estão por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências daquilo que está sendo comunicado.

Para Bardin (2009), análise de conteúdo “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, cuja principal intenção é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”. Por meio da utilização da análise de conteúdo é possível transpor o alcance descritivo do conteúdo das mensagens no campo das comunicações e se atingir, mediante inferência, uma interpretação mais profunda dos significados manifestos (MINAYO, 2004).

Dentre as técnicas de análise de conteúdo, a que melhor se adapta à investigação qualitativa no campo da saúde é a análise temática categorial, baseada na noção de tema (MINAYO, 2007). Para Bardin (2009), tema é a “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. Segundo a mesma autora, realizar análise temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação, cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido” (BARDIN, 2009).

Ressalta-se que a análise temática desdobra-se operacionalmente em uma sequência composta por três etapas básicas que permitem organizar e melhor explorar os dados provenientes das entrevistas (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007). A primeira etapa, nomeada

de pré-análise, consiste na organização e desenvolvimento de um plano de análise que permita a exploração sistemática dos documentos selecionados para o estudo.

Essa primeira etapa (**Pré-análise**) correspondeu na investigação proposta nos seguintes passos:

(1) à transcrição literal das entrevistas gravadas - todas foram digitadas e revisadas (anexo X);

(2) à “leitura flutuante” do material empírico oriundo das entrevistas - pretendeu-se inicialmente um contato prévio com o material coletado seguido de uma leitura exaustiva e repetida, procurando-se alcançar a compreensão geral dos depoimentos, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo para permitir uma maior compreensão da realidade vivenciada pelos sujeitos em estudo. Desse modo, possibilitar o emergir de novas ideias confrontando-as em relação aos pressupostos e objetivos iniciais da pesquisa (MINAYO, 2007).

(3) à preparação do material – às entrevistas digitadas, executaram-se recortes transversais de “unidades de registro” pertinentes ao tema e aos objetivos da investigação. De acordo com Bardin (2009), a “unidade de registro” é: “a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização (...)” (BARDIN, 2009).

A segunda etapa, designada de **exploração do material**, teve como finalidade a transformação dos dados brutos (informações) em conteúdos temáticos de compreensão do texto, consistindo no agrupamento e categorização dos fragmentos das falas dos sujeitos. As categorias foram estabelecidas a posteriori com base no conteúdo do material empírico e foram definidas a partir do roteiro das entrevistas com vistas ao alcance dos objetivos previamente estabelecidos (APÊNDICE C).

Esse processo se realizou a partir das leituras separadamente de cada informante (das entrevistas com os discentes). Neste momento e tendo a visão do geral consolidada, procurou-se detalhar no que cada entrevistado quis falar, separando trechos em categorias que tinham semelhanças e possuíam relevância para a pesquisa. A fala única (aquela que não foi repetida por mais de um entrevistado) também foi destacada se considerada de interesse para o estudo.

Trabalhar com categorias significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger as classificações (MINAYO, 2007). As categorias

encontradas foram formuladas e estabelecidas ora a partir das questões de pesquisa (pré-campo); ora emergiram a partir dos conteúdos manifestos advindos da coleta dos dados (pós-campo).

Nessa direção foram estabelecidas as seguintes categorias de análise:

1.1-PET-Saúde na Percepção de Estudantes;

1.2-Motivação de Adesão ao PET-Saúde;

1.3-Atividade Desenvolvidas pelos Estudantes no PET-Saúde;

1.4-Dificuldades do PET-Saúde apontadas pelos Estudantes;

1-5-Potencialidade do PET-Saúde na visão de Estudantes;

A terceira etapa consistiu no **agrupamento, classificação e categorização das unidades de significação**. As categorias foram representadas por diferentes cores, de forma a identificar os temas inseridos nos discursos relacionados a cada uma em particular. Para facilitar a análise, propriamente dita, foi construída uma de “grelha de análise”, onde foram cruzadas as categorias analíticas e os informantes. Esta estratégia facilita, por demais, a visualização do sentido geral e completo do material empírico, que estará disponível para consulta, como apêndice.

Utilizando-se o recurso “recortar e colar” do processador de texto “Word” da ‘Microsoft’, as “unidades de registro” referentes às falas de cada um dos sujeitos da pesquisa foram, então, transportadas do material resultante da transcrição das entrevistas para um instrumento de análise (APÊNDICE C), estruturado a partir dos seis blocos de perguntas do roteiro de entrevista.

Essas categorias estão apresentadas no capítulo seguinte como subtítulos da etapa dos resultados. Nestes, as falas dos entrevistados estão destacadas em itálico seguidas da codificação dos sujeitos.

Desse modo, no **tratamento dos resultados obtidos e interpretação** ocorreu a análise das informações propriamente dita, mediante a inferência, interpretação e articulação dos conteúdos temáticos obtidos com os aportes teórico consultados e utilizados, no intuito de responder à questão da pesquisa e aos objetivos propostos (APÊNDICE D).

Por fim, foi elaborado um quadro síntese das categorias de modo a traçar um panorama geral do material empírico, facilitando o entendimento do leitor.

5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todo este estudo foi realizado com base nos princípios da ética e bioética, estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN em 03 de setembro de 2013, sob o parecer CAAE 16385313.0.0000.5292.

Para a realização da pesquisa, foi solicitada a prévia permissão junto à diretoria do Centro das Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, conforme a carta de anuência (ANEXO A).

Foram respeitados os princípios de privacidade e confidencialidade dos sujeitos. Todas as entrevistas foram realizadas individualmente, não sendo permitido o acesso de outras pessoas às respostas prestadas. Em nenhum momento haverá informação personalizada e o anonimato será assegurado, sendo que em hipótese alguma serão divulgados dados de identificação dos sujeitos arrolados nesta pesquisa.

Desse modo, os nomes dos participantes da pesquisa nesta dissertação, bem como em qualquer trabalho dela decorrente foram substituídos para assegurar o seu anonimato. Nesse sentido, os sujeitos dos estudos foram codificados com a letra “E”, correspondendo à abreviação da palavra estudante, seguidos de números arábicos na ordem correspondente a sequência das entrevistas realizadas e do nome do curso a que pertenciam, como por exemplo: E1-Odontologia.

Não foi concedido nenhum tipo de benefício material e/ou financeiro, promoção ou prêmio. Procuramos causar o mínimo de riscos possível, não sendo relatado por nenhum participante sequer desconforto ou constrangimento durante a pesquisa. Para evitar e/ou minimizar os riscos, os questionamentos foram feitos pelo próprio pesquisador.

Todos os participantes receberam informações sobre os objetivos, justificativas e metodologia da pesquisa e em qualquer aspecto que desejassem, bem como estavam livres para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a qualquer momento. A participação foi voluntária e a recusa não acarretaria qualquer penalidade ou perda de direitos.

Todos os sujeitos depois de esclarecidos e de forma voluntária que aceitaram participar do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE, (APÊNDICE A), e assinaram o Consentimento Pós-Esclarecido (APÊNDICE B).

Uma via dos TCLE serão arquivados pelo pesquisador responsável, por um período mínimo de 05 anos, e outra via foi entregue ao sujeito da pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES: CARTOGRAFIA DAS IDEIAS DOS DISCENTES

“É sempre fundamental estar trabalhando com utopias; entretanto, numa determinada conjunção de forças políticas, essas propostas ganham força e acabam se tornando realidade.”

(Sérgio Arouca)

“Aquilo que escuto eu esqueço, aquilo que vejo eu lembro, aquilo que faço eu aprendo.”

Confúcio (551-479 a.C.) Filósofo Chinês

Neste capítulo serão apresentados os resultados das análises das entrevistas e uma discussão inicial sobre as mesmas, segundo as categorias de investigação, conforme descritas no capítulo quatro (04) desta dissertação.

As entrevistas realizadas com os estudantes significaram uma oportunidade de envolvimento, reflexão e aprendizado sobre as informações expressas nos seus discursos. Suas falas representam, portanto, elementos essenciais ao propósito deste estudo.

A escolha do termo “cartografia da idéia dos discentes foi inspirada na dissertação da orientadora desse estudo e a partir da definição de cartografia sugerida pela autora Rolnik (2006), em seu livro em que apresenta a cartografia da conjuntura brasileira. No texto a autora na sua singularidade define assim a cartografia: para os geógrafos, a cartografia-diferentemente do mapa, representação de um modo estático- é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação da paisagem.

Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo em que o desmanchamento de certos mundos - sua perda de sentido - e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos.

É fundamentada nessa abordagem que se pretende denominar a exposição dos resultados dessa investigação, na medida em que a autora nos mostra no percurso de sua cartografia uma dinâmica de produção subjetiva da realidade, que revela sentidos, multiplicidade, a complexidade da ação humana no âmbito da micropolítica e sua expressão e construção social.

Essa concepção vai ao encontro da metodologia da análise de conteúdo utilizada nesse estudo. O que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo, seja ele explícito e/ou latente (FRANCO, 2008).

Por fim, no intuito de contextualizar os significados percebidos a partir dos resultados dos depoimentos, foram utilizados, aqui, aqueles núcleos de sentido extraídos durante o processo de análise das entrevistas e que pareceram melhor expressar a percepção dos entrevistados. Na necessidade de verificação da veracidade das falas, é possível consultar nos anexos a transcrição literal das entrevistas. Nesta, foram apenas substituídos os nomes que pudessem levar à identificação do entrevistado.

6.1 O PET-SAÚDE NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES

Essa primeira categoria expressa a percepção de discentes sobre o PET-Saúde. Dessa categoria de análise emergiu duas subcategorias que servirão como eixos temáticos norteadores das inferências e discussões aqui elaboradas: experiências no âmbito do PET-Saúde e contribuições do PET-Saúde para a formação.

Antes de adentrar na análise propriamente dita dos resultados apreendidos, faz-se pertinente trazer para o contexto o conceito de percepção segundo Merleau Ponty apud Fernandes (2010), pela aproximação semântica com o objeto de análise.

O autor inicia discussão sua com a seguinte afirmação: não há percepção sem significado. A percepção enquanto apreensão de uma existência efetiva no mundo oferece pelo conhecimento perspectivo, não uma deformação do ser, mas um conhecimento que se inscreve numa unidade fundamento da totalidade, e é nessa significação total que se compreende o sentido dialético da percepção vivida: “A percepção é um movimento da dialética viva de um sujeito concreto, que participa de sua estrutura total e, correlativamente, tem como objeto primitivo não o sólido não organizado, mas as ações de outros sujeitos humanos (FERNANDES, 2010).

6.1.1 Experiências no âmbito do PET-Saúde

Ao serem estimulados a falar de suas experiências a cerca do PET-Saúde, os estudantes foram unânimes ao referirem o PET-Saúde como uma boa experiência para sua formação, no sentido de agregar valor na área profissional, principalmente, no âmbito da

saúde coletiva, ressaltando o caráter multidisciplinar e multiprofissional do programa, como se seguem:

“Gostei muito porque foi um dos primeiros contatos que eu tive com a Saúde Pública... né, de tá ali, de ter outras pessoas de outros cursos também” (E1-Enfermagem).

“acho que foi muito válida, principalmente, por este foco multidisciplinar que o PET dá e pelo fato de ter sido algo no início do meu curso” (E14-Nutrição).

Desse modo, os achados revelam que a imersão no cotidiano das práticas na atenção básica, na óptica dos estudantes permitiu ampliar seu olhar para a produção do cuidado, para a prática profissional numa perspectiva inovadora e diferenciada, levando-se em conta, a valorização do contexto para a operacionalização das ações, sejam elas, educativas, assistenciais ou promotoras de saúde. Os trechos que se seguem trazem de maneiras emblemáticas as considerações apresentadas:

É, assim, foi uma experiência ótima que eu analiso, eu aprendi muito. (E8-Odontologia)

“Bom minha experiência no Pet-Saúde foi algo novo, foi algo diferente lá... pela forma de trabalho desenvolvido...” (E9-Educação Física)

“Então, eu tenho a experiência do PET até hoje na formação profissional, como muito exitosa e válida pra se tornar um profissional diferenciado”. (E10-Fisioterapia)

“O primeiro, assim, eu considerei bom... cada ida ao PET era um aprendizado.” “Já no Timbó,... foi mais uma experiência de vida,...” (E12-Medicina)

“Foi legal pra mim o PET porque foi... No PET, a gente teve a oportunidade de entender um pouco mais como era a rotina de uma unidade de saúde, a gente pode vivenciar algumas coisas não só como Médico... (E17-Medicina)

Entre as experiências no âmbito do programa assinaladas pelos discentes se destaca a pluralidade de ações desenvolvidas que ora ressalta a abordagem multiprofissional do projeto; ora o apresentam como campo de possibilidades para a aquisição do conhecimento e aprendizagem em serviço. Esse enfoque apresentado pelo programa propõe aos estudantes uma análise dos determinantes e componentes das situações de saúde.

Nessa direção, é fundamental não transformarmos a experiência educativa em algo puramente técnico, pois isso no olhar de Paulo Freire (1996), seria amesquinhar o caráter

humano da formação da pessoa. O mesmo autor fala da importância da curiosidade, imaginação, emoção, intuição do aluno e do professor, sempre associado à necessária rigorosidade científica. É com essa intenção que essa análise se materializa.

6.1.2 Contribuições do PET-Saúde para a formação

Os estudantes participantes deste estudo, quando indagados no primeiro momento se o PET-Saúde na forma como foi elaborado e operacionalizado tinham contribuído para sua formação profissional, todos responderam afirmativamente e logo em seguida, ao serem solicitados que nomeassem os principais benefícios do programa, eles assim se pronunciaram:

“... bem, a experiência no PET-Saúde eu achei muito boa, muito importante para a minha formação.” (E5-Odontologia)

“... De você ser uma pessoa mais desenrolada... Aí, também teve isso de profissionais que a gente se espelha,... a gente vai lidar com o público diferente,...”. (E6-Nutrição)

“Conhecer pessoas... superar as dificuldades de falar em público,... Lidar com diferentes públicos...” (E7-Medicina)

“... Mas também minha formação foi também isso, clarear o que eu não via o que eu não enxergava direito... “Eu pude compreender mais esse universo...” (E 16-Nutrição)

Estas falas expressam que o PET-Saúde ajudou aos estudantes de forma significativa para o desenvolvimento de habilidades, competências e atitudes no sentido de auxiliarem a vencer suas barreiras pessoais mediante o contato com o público e com a complexidade que a estrutura do SUS apresenta.

Acerca da referência a saúde, esta passa a ser vista numa perspectiva ampliada, não apenas atrelada à ausência de doenças, mas também condicionada a determinantes sociais, econômico e como sinônimo de qualidade de vida, o que necessariamente conduz a uma postura pró-ativa conforme assinala o estudante:

“enxergar a saúde de uma maneira mais ampliada,... saber como é feito o serviço porque tudo isso é importante... a partir, desse conhecimento que eu tenho do PET de que o que é saúde, de o que é promover saúde, é que eu vou promover mudanças na saúde do Brasil...” (E-8 Odontologia)

Segundo Silva et. al., (2005), a qualidade de vida inclui ampla variedade de condições internas e externas ao indivíduo. As condições externas influenciam a condição de saúde, mas não é o único fator determinante. A qualidade de vida tem um papel importante, que é definido pelo próprio indivíduo como uma experiência interna de satisfação e de bem-estar com o seu processo de viver. Ainda que tenham todas as condições externas favoráveis, as pessoas podem considerar que não têm uma boa qualidade devida, que é sobremaneira difícil de acontecer sem algumas dessas condições externas.

O conceito de qualidade de vida está relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como: a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos, a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive (VECCHIA, 2005).

Enxergar a saúde sob esse prisma agrega valor na esfera profissional e vai ao encontro do que se preconiza nas DCN no que diz respeito à descrição do perfil do egresso como um profissional crítico, reflexivo, ético, humanista, competente para atuar frente às principais demandas de saúde da população, nos diferentes níveis de atenção a saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, na perspectiva da integralidade do cuidado com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor de saúde integral do ser humano, dirigindo sua ação para transformação da realidade em benefício da sociedade (BRASIL, 2001a).

Nessa direção a criação de mecanismos, de programas como o Pet-Saúde que possibilitam aos estudantes em formação vivenciar o mundo do trabalho interligando o saber teórico ao saber prático a partir da ação-reflexão-ação, da indagação e da experimentação, onde todos ensinam e também aprendem, de modo a facilitar a aprendizagem e não impor nem substituir a compreensão, trazem para esta análise um referencial importante para fundamentar essa assertiva, a práxis de Paulo Freire.

A práxis Freiriana assinala que “A teoria sem a prática vira verbalismo, assim como a prática sem teoria vira ativismo. No entanto, quando se tem a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade” (FREIRE, 1996).

A práxis Freiriana se contrapõe à visão tradicional da aprendizagem de adultos, na medida em que é entendida como uma ação consciente e criadora para transformara situação real em uma situação desejada, sendo condição “indispensável” para sua efetivação a união da prática com a teoria. (FREIRE, 1979).

Os dados mostram claramente que os estudantes percebem as experiências vivenciais do PET-Saúde como oportunidade de colocar em prática os conhecimentos teóricos adquiridos na academia, corroborando para ampliar a sua visão de mundo, enquanto sujeitos sociais e vivenciando em ato essa práxis transformadora. Como se pode observar nas falas seguintes:

“... todos os conceitos de Saúde Pública, as políticas, tudo o que eu pude aprender na teoria, no PET, eu vi na prática... mesmo que eu saiba que tem muito ainda para melhorar, mas foi uma das formas que eu vi acontecer”.
(E.3- Enfermagem)

“foi uma experiência, assim, de bastante aprendizado porque apesar de a gente conhecer a Saúde Coletiva, na Universidade, pela teoria, só quando a gente chega na prática que a gente vai saber mesmo como é a realidade, né.” (E6-Nutrição)

Por outro lado, a complexidade tem sido a palavra de ordem para caracterizar o panorama mundial e os problemas que nele se apresentam. Os pressupostos teóricos defendidos por Edgar Morin (2003), e outros teóricos adeptos da teoria da complexidade é um forte componente que procura explicar a configuração desse “mundo multirrisco,” complexo e inseguro a que estamos expostos cotidianamente (MORIN,2003).

Nesse universo, urge refletir acerca da missão pedagógica da escola, pois como assinala Morin (2003), a escola primária nos ensina a isolar os objetos, a separar as disciplinas e as dissociar problemas, em vez de reunir e integrar, nos obriga a reduzir o complexo ao simples, ou seja, a separar o que está ligado e essa prática de fragmentação dos saberes alcança o ensino universitário.

Estar inserido em uma equipe, interagindo com profissionais e estudantes de diferentes núcleos de conhecimento possibilitaram aos estudantes realizar uma análise crítica-reflexiva da importância de cada um na equipe, reconhecendo principalmente esse aspecto como um diferencial para o melhor desempenho:

“... acho que foi, foi o maior ensinamento, essa visão de que, é... a unidade de saúde, a Saúde da Família, ela funciona com vários profissionais... Tem muitas coisas que eles podem fazer integrado e contribuir para a população e é dessa forma que as melhores equipes funcionam...” (E17-Medicina)

As falas sinalizam que a inserção do PET-Saúde nas Unidades de Saúde da Família tem possibilitado a construção de aprendizagens significativas no agir cotidiano em saúde de diferentes coletivos, trazendo à tona algumas reflexões quanto a compreensão de que a

aprendizagem se processa na medida da reflexão sobre a ação e do pensamento sobre o vivido (BRASIL, 2005).

Daí evoca-se a importância de compreender o porquê dos acontecimentos, pois possibilita o desenvolvimento da consciência crítica e da liberdade para superar contradições e permitir uma ação criadora e modificadora da realidade. O estímulo à pesquisa e a produção de conhecimento foram também consideradas contributos do PET-Saúde, como assinalado no depoimento que se segue:

“... despertou a essência do trabalho, pesquisa, investigação,... PET foi a construção de um conhecimento coletivo.” (E5-Odontologia)

A tecnologia da informação é uma ferramenta potente para o processo do ensinar e do aprender, trazendo a aprendizagem significativa nos cenários de prática como elemento estruturante do compartilhamento de saberes e fazeres nas diferentes realidades. A plataforma virtual de aprendizagem foi uma ferramenta muito utilizada no programa, no entanto, foi verbalizada por um único estudante, conforme relato a seguir:

“... bom de ta trabalhando com um sistema virtual de aprendizagem...” (E10-Fisioterapia)

Esse dado sinaliza um achado interessante nesse estudo, pois os estudantes não conseguiram enxergar a plataforma como uma ferramenta de aprendizagem sugerindo maiores investigações a respeito. Acerca do Ambiente Virtual de Aprendizagem, Santos (2003), o considera como espaço rico em conteúdo, onde os sujeitos interagem entre si e com os objetos técnicos, expressando ideias, construindo conhecimento e, conseqüentemente, aprendizados.

Um ponto alto revelado nos depoimentos é reconhecimento por parte dos discentes de sua necessidade de se posicionar diante do mundo, do sistema de saúde e da realidade em seu entorno, tendo em vista que a passividade e neutralidade só irão favorecer a manutenção do “status quo” e fortalecer as iniquidades sociais.

O reconhecimento de que as relações sociais entre atores que operam práticas de saúde são influenciadas por concepções de saúde e desejos de transformação e ou manutenção de uma realidade, também merecem ser destacados na perspectiva da valorização do trabalho e das práticas em saúde como um espaço de aprendizagem para sua transformação (BRASIL, 2005).

Entre as colocações apresentadas pelos sujeitos da pesquisa, uma em particular traz um posicionamento crítico em relação ao PET-Saúde que se faz pertinente trazer nessa reflexão tendo em vista a convergência com o referencial teórico apresentado. No trecho em discussão o programa é colocado em análise, ao mesmo tempo, que é confrontado com as deficiências do SUS, demonstrando a capacidade crítica, reflexiva e ao mesmo tempo propositiva do estudante, quando faz a seguinte afirmação:

“... Então, eu acho que o PET foi importante para eu perceber essas deficiências que têm no Sistema Único de Saúde e pra eu perceber que é importante mais ainda, que eu não entre naquela de “ah! já que não é aquilo que eu acredito, deixa pra lá e to nem aí”, mas no sentido tá cada vez mais lutando para um sistema de saúde que realmente atenda às necessidades da população.” (E2- Fisioterapia).

Essa assertiva é dotada de grande riqueza de significado e remonta a leitura de Paulo Freire acerca da posição dos sujeitos no mundo:

“O fato de me perceber no mundo, com o mundo e com os outros me põe numa posição em face do mundo que não é de quem nada tem a ver com ele. Afinal, minha presença no mundo não é a de quem a ele se adapta, mas a de quem nele se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da História” (FREIRE, 2007).

É com essa perspectiva que a presente análise se constitui na tentativa de trazer situações vivenciais percebidas pelos discentes e se admitirmos que a produção do conhecimento seja histórica, social e culturalmente determinada, compreende-se porque na atualidade vivemos um momento histórico de tensão paradigmática. A crise está presente em várias dimensões, seja na ciência, seja na academia, seja no campo da saúde e de modo singular, na produção do cuidado, tendo em vista o confronto com problemas cada vez mais polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais, planetários (MORIN, 2003).

Os trechos apresentados abaixo trazem em seus conteúdos elementos fundamentais para a qualificação profissional numa perspectiva pedagógica transformadora. O diálogo, planejamento, a entrada no contexto dos serviços e das comunidades são elementos potentes para se tornar um profissional diferenciado no SUS.

“... eu tenho uma formação profissional diferenciada, eu não sou aquele que é de cima para baixo, não. Eu tento dialogar, é..., eu tento tá planejando atividades como no PET-Saúde trazia muito... (E10-Fisioterapia)

“... Eu acho que melhorou a minha formação, assim, médica mesmo, essa entrada no contexto de pessoas...” (E12-Medicina)

“O PET sim teve muitas contribuições, no sentido, assim, de que eu pude vivenciar como eu falei outra realidade, pude ver diferentes aspectos de uma população, numa mesma cidade, populações numa mesma micro área, mas que com realidades de vida diferentes, como atua, como estabelecer meios de atuar nessas diferentes realidades...” (E5-Odontologia)

Ao fazer uma análise comparativa entre os cursos observa-se a partir do grau de satisfação dos estudantes revelados nas entrevistas, que os cursos cujos projetos pedagógicos já estão mais consolidados dentro da academia e que apresentam componentes curriculares estágios supervisionados fora dos muros da universidade, favorecendo a inserção de estudantes desde o início da graduação, visualizam o PET-Saúde como um ferramenta potente para torna-se um profissional diferenciado. Os cursos de odontologia e enfermagem, nutrição e fisioterapia e medicina da UFPB demonstram essa característica.

“Então, assim, ele contribuiu na questão até de me auxiliar, digamos assim, pra eu fazer, pra eu cursar bem outras disciplinas da Universidade e, pessoalmente, me ajudou porque eu saí muito assim, tanto da visão de Dentista,... assim, ajudou a ter essa visão generalista do Dentista...” (E1-Odontologia)

“Então, eu tenho a experiência do PET até hoje formação profissional, como muito exitosa e válida pra se tornar um profissional diferenciado.” (E10-Fisioterapia)

“acho que foi muito válida, principalmente... pelo fato de ter sido algo no início do meu curso.” (E14-Nutrição)

“Acredito que essa formação menos hospitalar, essa questão de não ver só a doença, de ver o indivíduo como um todo, se importar com a questão da prevenção, promoção da saúde”. (E14-Enfermagem)

“Foi legal pra mim o PET porque foi... No PET, a gente teve a oportunidade de entender um pouco mais como era a rotina de uma unidade de saúde, a gente pode vivenciar algumas coisas não só como Médico... (E17-Medicina)

Enquanto pesquisadora que se coloca ora como observadora dos cenários aqui delineados pelos discentes, mas por outro lado, apoiando-se na ideia da não neutralidade da ciência e pela implicação com o projeto do qual se fez parte, não poderia deixar de revelar a satisfação pessoal com os achados advindos dos estudantes, nesse primeiro momento de reflexão.

No entanto, é fato que a formação em saúde, em virtude de sua construção histórica ainda está muito relacionada a processos de trabalho centrados nos procedimentos, na

fragmentação de saberes e na busca da especialização e continua a reproduzir práticas hegemônicas fortemente marcadas pelo modelo cartesiano na produção do cuidado. Daí é preciso também fortalecer mecanismos de interdisciplinaridade dentro da academia.

Foi possível perceber através dos depoimentos dos discentes que o curso de Educação Física demonstrou maior dificuldade de inserção dentro do PET-Saúde, como são revelados nas seguintes transcrições:

“... no começo, eu ainda pensei em desistir porque eu não sabia qual era o foco do PET-Saúde, ficou muito a desejar.”... “no outro ano, eu fiz a prova e passei para bolsista,... “esse ano foi mais conturbado,” “... eu acho que a gente não fez um trabalho significativo lá, não, eu acho que a gente não teve muito a contribuir, não ...” (E 18-Educação Física)

“... nós tivemos a mesma dificuldade em tentar elaborar algumas e... algumas atividades do Pet relacionadas à área de educação física...” (E 9-Educação Física)

Ao consultar o PPC de educação física observa-se que as disciplinas ligadas à saúde coletiva são ofertadas em caráter optativo. Essa situação pode explicar a dificuldade do curso em se inserir nesse contexto.

É preciso ter em mente na construção de uma identidade profissional diferenciada o compromisso com os ideais da sociedade, considerando o conjunto de práticas sociais, valores, crenças, costumes, atitudes, valorização do saber popular acumulado, sua conceituação de vida e de saúde. Só assim, a educação pode proporcionar a formação de trabalhadores da saúde com base na ética profissional, na humanização e na produção do cuidado em saúde, seguindo os princípios filosóficos ou doutrinários e os organizativos do SUS (AMÂNCIO FILHO, 2004; FEUERWERKER, 2003).

6.2 MOTIVAÇÃO DE ADESÃO AO PET-SAÚDE

Na categoria que se segue, buscou exprimir as principais razões que levaram os estudantes a participar do PET-Saúde.

O PET-Saúde em sua formulação assegurou à maioria dos participantes um valor monetário pago mensalmente em forma de bolsa pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (BRASIL, 2008).

Esses valores estão situados na faixa de R\$ 1.045,89 para os tutores acadêmicos e R\$ 360,00 para estudantes. Da análise das falas dos egressos, evidenciamos que a bolsa foi um dos motivos que levaram alguns estudantes a participarem do programa como se seguem:

“... bom, um dos pra ser bem sincera foi a bolsa...” (E2-Fisioterapia)

“... é, primeiramente, pela bolsa que ofereciam...” (E3-Enfermagem)

“... assim, a bolsa eu confesso que também atraiu...” (E8-Odontologia)

“... um dos motivos que me levou a participar do PET, inicialmente, foi a bolsa. Isso aí eu não vou mentir não, foi a bolsa que me levou a participar do PET...” (E10-Fisioterapia)

A partir dos registros pode-se inferir que o incentivo financeiro foi um elemento motivador na adesão de estudantes ao programa.

O Estudo realizado mostrou que o PET-Saúde também era visto como uma possibilidade de realização de atividades fora dos muros da universidade, ou seja, na interface com a comunidade/território na perspectiva de extensão. Os depoimentos dos egressos corroboraram com a afirmação:

“... como pra a gente ver, ter novos horizontes fora da Universidade...” (E1 Odontologia)

“O PET veio como uma proposta de integrar ensino, pesquisa e extensão. Então, na época, assim, se dizia que era muito importante a gente ter uma formação, ter uma formação, um convívio fora da Universidade, fora da sala de aula...” (E5-Odontologia)

“É... Primeiro, porque eu tinha pouca atividade na área de extensão, foi uma das coisas que me motivou...” (E7-Medicina)

A extensão universitária é considerada um elemento fundamental na transformação do processo ensino-aprendizagem, atuando diretamente como elo entre a universidade e a comunidade na construção de caminhos para a promoção social. A passagem pela extensão de acordo com Almeida et. al., (2012), permite ao graduando a oportunidade de vivenciar a realidade de uma comunidade/território, observando de maneira crítica todos os aspectos que a influenciam.

O conceito de comunidade/território aqui em discussão que fundamenta a reflexão se aproxima do desenvolvido pelo geógrafo Milton Santos tido como espaço articulado,

conectado e integrado, no qual as relações sociais são continuamente construídas, o que lhe dá movimento, fluidez e interconexão (CYRINO et. al., 2012).

Nessa trajetória, abrir espaço de produção de diálogo, reflexão e problematização junto à comunidade possibilitam a construção de uma relação de corresponsabilidade dos discentes favorecendo formas mais humanas e efetivas de produção de cuidado em saúde.

No entanto, um dos maiores desafios que se coloca é lidar com a dialética entre a prática educacional e o cuidado em saúde na interface com a comunidade. Ela precisa ser entendida como promotora de ações inovadoras, pois a educação em serviço ressalta o potencial pedagógico do trabalho, proporcionando uma aprendizagem contínua e de natureza participativa, articulando o fazer, o educar, o saber e o conviver (REIBNITZ et. al., 2012). O trecho que se segue traz ainda que de maneira implícita essa afirmação:

“... Primeiro porque ser uma extensão, eu já eu acho importante... porque assim a partir da extensão a gente vai ter acesso com a comunidade, a gente vai saber como a saúde é tratada na comunidade...” (E8-Odontologia)

Freire em seu livro “Extensão ou Comunicação” (2011) faz uma análise buscando descobrir as dimensões do campo associativo semântico relativo ao termo extensão e um dos significados que mais se aproxima da extensão universitária citada anteriormente seria “a entrega de algo que é levado por um sujeito que se encontra “atrás do muro” àqueles que se encontram “além muros”, “fora do muro”.

No entanto, Freire (2011), chama a atenção para o necessário cuidado com o modo de se fazer a extensão, tendo em vista que no vocábulo está implícita a ação de levar, de entregar, de depositar algo em alguém, configurando uma conotação indiscutivelmente mecanicista. Deve-se, portanto atentar para que as experiências de extensão não incorram em práticas tradicionais baseada simplesmente na pedagogia da transmissão.

Afinal, o conhecimento requer uma presença curiosa do sujeito em face ao mundo. Conhecer é tarefa de sujeitos, não de objetos. E é como sujeito, e somente enquanto sujeito, que o homem pode realmente conhecer, logo o conhecimento se constitui nas relações homem/mundo, reitera o autor, relações de transformações e se aperfeiçoa na medida da problematização crítica dessas relações (FRERE, 2011).

Nesse processo, é importante destacar que a parceria entre o serviço de saúde e as IES deverá consistir em um instrumento facilitador da integração entre trabalho, educação e saúde, vislumbrando a quebra da dicotomia histórica entre o aparelho formador e a prestação de

serviços, entre o pensar e o fazer, entre o geral e o específico, integrando habilidades teóricas e práticas (AMANCIO FILHO, 2004).

Nessa relação, as universidades vivenciam na atualidade um momento especial no intuito de ampliar sua relevância social. A produção do conhecimento e as suas propagações notadamente marcadas pela especialização, fragmentação e pelos interesses econômicos, reduz sua capacidade de resposta em relação a temas complexos e contemporâneos.

Urge, portanto, a necessidade de redefinir papéis e relações com os distintos segmentos da sociedade para que a universidade possa ocupar um lugar social mais significativo e mais comprometido com a superação das iniquidades.

No âmbito da academia e de modo particular na interface ensino-serviço é possível visualizar que interesses divergentes entre estes segmentos acabam por gerar conflitos de interesses decorrentes da falta de interseção desses dois mundos. Há relatos concernentes ao fato das universidades nas suas práticas pedagógicas, não levarem em consideração os saberes dos trabalhadores dos serviços e dos usuários, apresentando objetivos acadêmicos definidos a priori e não condizentes com as necessidades locais (ALBUQUERQUE et. al., 2007).

Por outro lado, surgem apreciações significativas decorrentes da diferença marcante da lógica da organização dos serviços muito centrada na produção de procedimentos técnicos-operativos e da lógica das instituições formadoras voltada, principalmente, para a produção de conhecimentos teóricos e metodológicos dos campos pedagógicos e núcleos específicos (ALBUQUERQUE et. al., 2007).

Essas questões se revelaram mais críticas quando ao se analisar os discursos, os egressos registraram que a intencionalidade em participar de um programa como o PET-Saúde surgiu a priori, a partir da exigência da academia que impõe aos discentes uma carga horária obrigatória a ser realizada fora da universidade, de acordo com os seguintes relatos:

“... porque a Universidade exige...” (E4-Enfermagem)

“bom, inicialmente, é porque, assim, a Universidade obriga a gente a ter aqueles conteúdos extra-curriculares, né (E6-Nutrição)

Tais achados levam aos seguintes questionamentos:

Se a Universidade oferece ao estudante a oportunidade de trabalhar desde o início do curso em diferentes cenários de práticas, de vivenciar realidade e o contexto dos usuários e não experimentar apenas processos estanques e sem continuidade; sua orientação pedagógica

deve buscar a utilização de processos de aprendizado ativo nos moldes da educação de adultos na perspectiva de aprender fazendo, buscando o equilíbrio entre a relevância social da academia e a excelência técnica.

No entanto, é fato que as metodologias de ensino-aprendizagem tradicional ainda são amplamente divulgadas na formação dos profissionais de saúde. Nesses modelos de educação, realizada por métodos não reflexivos há uma primazia da formação técnica e a dissociação entre o conhecimento teórico recebido pelo discente. O aluno nessa abordagem é considerado uma “página em branco” onde novas ideias e saberes de origem externa serão apenas impressos (BORDENAVE, 1999).

Assim a perspectiva tradicional do ensino na educação superior desconhece, ou mesmo, desvaloriza as estratégias didáticas-pedagógicas ou modos de ensinar problematizadores, construtivistas que ressaltam o protagonismo ativo dos estudantes e o desenvolvimento de sua autonomia, ignorando a acumulação existente na educação relativa à produção de saberes referentes a metodologias ativas de ensino-aprendizagem presentes na contemporaneidade (FEUERWERKER, 2002).

No entanto, as vertiginosas transformações das sociedades contemporâneas têm colocado em cheque, de forma cada vez mais incisiva, tais aspectos concernentes à formação profissional. Esse debate ganha uma delimitação própria no trabalho em saúde, na medida em que o resgate do desenvolvimento de uma visão integral do homem e a ampliação da concepção de cuidado torna-se prementes para a construção de um perfil profissional (MIRTRE et. al., 2008).

Assim, na formação além dos referenciais teóricos e marcos legais que regem o sistema educacional no país, deve-se ter em conta a realidade social, política e cultural para garantir o respeito às redes de significados humanos, às situações sanitárias e educacionais e à diversidade regional brasileira (CECCIM, FEUERWEKER, 2004).

A formação em saúde deve englobar aspectos concernentes à produção de subjetividades, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. Deve estar voltada para transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho em saúde (CECCIM, FEUERWEKER, 2004).

Nesse sentido, a academia e o serviço devem procurar um ponto de convergência entre o conhecimento científico, a aquisição de habilidades e o desenvolvimento de competências relativas ao “saber ser”, para que os sujeitos, no caso os estudantes do PET-Saúde, estejam de fato implicados com os projetos de mudança.

Nessa perspectiva são necessárias como assinala Morin (2010), novas práticas pedagógicas para uma educação transformadora que esteja centrada na condição Humana, no desenvolvimento da compreensão, da sensibilidade e da ética, na diversidade cultural, na pluralidade de indivíduos, e que privilegie a construção de um conhecimento de natureza transdisciplinar, envolvendo as relações indivíduo-sociedade-natureza.

Diante do que foi revelado pelos participantes da pesquisa é possível reafirmar que o trabalho em saúde, para além dos conhecimentos teóricos, perpassa por compartilhar ideias, enfrentar limitações, desenvolver potencialidades e estabelecer compromissos com a sociedade, com o outro e com o mundo. Partindo da premissa de que “ninguém sabe tudo, assim como ninguém ignora tudo, é na troca com o outro que esse saber se aperfeiçoa (FREIRE, 1999).

Os relatos também revelam que entre as motivações de estudantes ao participarem do PET-Saúde estava à possibilidade de melhorar o currículo, os sujeitos da pesquisa vislumbravam no programa uma real possibilidade de agregar valor ao currículo a partir das experiências vivenciadas, conforme as afirmações a seguir:

“... Tanto para currículo, ele era bom...” (E1 Odontologia)

“... Eu fiz mais, na verdade, pelo currículo porque disseram que era muito bom pro currículo e, aí, eu vi, ali, uma oportunidade de conseguir algo que ia beneficiar meu currículo, né.” (E12-Medicina)

“... mais por experiência e currículo também porque eu sei que é importante para a minha formação.” (E13-Nutrição)

Currículos orientados para o desenvolvimento das competências requeridas para o trabalho no SUS devem prever oportunidades pedagógicas que assegurem aos estudantes aplicar os conhecimentos teóricos e desenvolver habilidades não apenas técnicas, mas também políticas e relacionais (CHIESA et. al., 2007).

Entretanto é preciso ter em mente conforme Silva (2003), de que o currículo, assim como, o ensino da saúde e o modo de produzir cuidado são dinâmicos e determinados e ressignificados constantemente pelas relações sociais. Chama-se a atenção para que as mudanças sejam estruturantes e não se limitem a uma alteração de carga horária ou ao simples remanejamento de disciplinas, característicos de projetos verticais que desconsideram o diálogo entre os atores envolvidos (SOUZA et. al., 2012).

Uma das propostas que se apresentam nessa direção é a inclusão no projeto político pedagógico dos cursos de temas transversais, entendido nesse contexto, como um conjunto de

assuntos e conteúdos que não se configuram como disciplinas por apresentar características interdisciplinares. São temas que objetivam a educação a partir de valores que tentam responder aos problemas sociais e conectar a escola com a vida das pessoas (SOUZA et. al., 2012).

Além disso, se faz necessário estimular a utilização das unidades e serviços do SUS como locais de ensino-aprendizagem para a formação de trabalhadores em saúde (sistema saúde-escola), com a supervisão das unidades de ensino e de serviço, avançando no intercâmbio qualificado entre essas instituições e na formação de profissionais com perfil mais compatível com o SUS, expressando a indissociabilidade entre a assistência, a gestão e a formação (BRASIL, 1996a).

Acredita-se que as considerações apresentadas com suas devidas ponderações vão ao encontro a intencionalidade de estudantes ao enxergarem no PET-Saúde uma via de qualificação curricular.

As considerações apresentadas pelos discentes trazem algumas provocações. Em primeiro lugar, é importante ponderar que a ausência de elementos como o incentivo financeiro, a experiência de extensão, a exigência da academia e necessidade de melhorar o currículo sinalizado nos discursos dos sujeitos poderiam interferir negativamente na adesão de estudantes ao programa. Essas revelações evocam a necessidade de fazer um olhar crítico para os critérios de seleção, assim como, emerge a busca por estratégias que estimulem a implicação de estudantes com a proposta do programa. Por outro lado, a exigência da academia e a experiência da extensão já refletem mudanças nos PPC, reconhecendo a importância da inserção dos discentes no cenário de prática.

O fato de estudantes demonstrarem através de seus relatos essa visão utilitarista em relação ao PET-Saúde, não é um aspecto de todo negativo. Faz parte da condição humana o desejo de valorização, seja através de incentivos financeiros ou outros mecanismos. A imersão no mundo do trabalho oportunizando aprendizagem em serviço pode ser o estímulo necessário ao estudante para ressignificar sua prática. Essa situação é apreendida de maneira emblemática no seguinte discurso:

“Então, foi mais para me interessar por alguma coisa da Universidade, eu ainda não conhecia nada...” “Aí, no primeiro momento, foi pra isso e também pelo dinheiro. Né?” “Aí, eu tentei de novo porque eu tinha gostado da área, pelo dinheiro também, mais uma vez. Basicamente só. E pelo

trabalho que a gente tinha desenvolvido na outra unidade que foi bacana.”
(E18–Educação Física)

Em contrapartida, os dados revelam que um dos elementos facilitadores da adesão de estudantes ao PET-Saúde foi a afinidade pessoal do aluno com a área da saúde coletiva, com a atenção básica, campo de atuação no qual o PET-Saúde estava inserido.

“E um dos outros motivos foi porque eu sempre tive muita identificação com a área de Atenção Básica...” (E2-Fisioterapia)

“Por afinidade eu escolhi o PET, mas, assim, dentro da Universidade, a gente procura todas as experiências possíveis e o PET ofereceu essa experiência dentro de Saúde Coletiva”. (E6-Nutrição).

“Bem, é, em primeiro lugar foi o interesse em fazer algo em Saúde Coletiva.”... (E13-Nutrição)

“primeiro porque eu já tinha uma afinidade com esse campo da Atenção Primária, da Atenção Básica... seria importante para estar complementando o que a gente já vê, normalmente, na Universidade mesmo, nas cadeiras básicas da Universidade.” (E14-Enfermagem)

É possível também inferir que o desejo de conhecer de perto essa realidade, aliada à boa repercussão do programa entre os discentes favoreceram positivamente a adesão de estudantes ao PET-Saúde, como se segue:

“... eu senti vontade de participar por causa disso porque era uma coisa que já tinha... que a gente já ouviu falar coisas boas, eu queria participar de uma coisa que tivesse mais seriedade...” “... aí, eu queria ver se é isso.”
(E17-Medicina)

Esses fragmentos narrativos vêm reafirmar que o papel da universidade tem efeito transformador e fundamental sobre a sociedade, visto que quando bem desenvolvido é capaz de transmitir e disseminar conhecimento, formando mentes criativas e resolutivas para enfrentar os problemas sociais. É importante destacar que esse lócus de produção do conhecimento não é o único responsável por desempenhar essa função, o interesse do educando é tão importantes quanto o de quem educa (BERNHEIM, 2008). Diante dessa ressalva é pertinente destacar que é preciso aos discentes superar a compreensão ingênua do conhecimento, e compreendê-lo como possibilidade de confrontação com o mundo e assumir sua condição de sujeito, agente histórico e social.

No PET-Saúde, tornar-se sujeito, ator social, é imprescindível na condução dos processos, pois, quando o indivíduo se torna parte de algo que o motiva, assume o protagonismo dos fatos e ao questionar a realidade onde está inserido, percebe suas contradições e deseja transformá-la. Contudo, não basta apenas desejar. A construção de um futuro qualitativamente melhor requer que se traduza esse desejo em ações do cotidiano para afastar a tentação de fugir pelo caminho do imobilismo e do idealismo. Um dos passos dessa construção é ampliar seu conhecimento de forma mais qualificada, como revelado implicitamente no discurso abaixo:

“... também por ser uma oportunidade de melhorar o meu conhecimento naquela área de Saúde Coletiva.” (E3-Enfermagem)

“Eu escolhi o PET porque eu sempre gostei de saúde coletiva...“ Então, foi isso que me fez buscar o pet para entender um pouco mais dessa realidade.”(E15-Fisioterapia)

6.3 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS ESTUDANTES NO PET-SAÚDE

As atividades desenvolvidas pelos discentes nos diversos cenários de práticas se constituem numa potente categoria de análise, pois se percebe através dos depoimentos, que desenrolar das atividades no âmbito do PET-Saúde, ofereceu elementos importantes para a produção de aprendizagens significativas por meio do agir cotidiano, na medida em que cada ato se transformava em aquisição de conhecimento, propiciando, dessa forma, a criação de um material de grande riqueza de conteúdo que serviu de base para as reflexões produzidas.

De forma a clarificar e sistematizar as discussões, se fez a opção de subdividir a categoria de análise em duas sub-categorias, a saber: Atividades Gerais e as Vivências significativas, tendo em vista que o conteúdo dessas informações estão em consonância com os objetivos desse estudo.

6.3.1 Atividades gerais

Nessa subcategoria buscou-se apresentar de forma sistemática as diversas atividades realizadas no âmbito do PET-Saúde que foram assinaladas pelos estudantes, a fim de facilitar a compreensão.

Entre as falas dos discentes é possível apreender, ainda que de modo implícito, referências quanto ao processo de territorialização, que são verbalizadas através de vocábulos como cartografia, mapa, conforme os fragmentos abaixo:

“... tinha tal de cartografia que a gente tinha que fazer no começo...” (E11-Nutrição)

“... fez o mapeamento também, a gente participou da confecção do mapa.” (E6-Nutrição)

“... pude fazer uma cartografia, né, conhecer o ambiente, o território, fazer um mapa vivo... (E10-Fisioterapia)

“depois a gente fez um mapa,... Cartografia... no outro ano...” (E18-Educação Física)

A partir dos relatos apresentados, é possível inferir que apesar da cartografia fazer parte do roll das atividades do PET-Saúde, a forma como os estudantes a referenciam deixa transparecer nas entrelinhas em alguns trechos, certo desconhecimento da importância dessa ferramenta para o desenvolvimento das ações.

A cartografia é colocada como a primeira atividade a ser realizada nos diversos cenários, o que pode ser afirmado com segurança, tendo em vista a condição de preceptora da pesquisadora. No entanto, nota-se que algumas nomenclaturas como o termo cartografia pode parecer um vocábulo distante da realidade do estudante, daí é preciso atentar para que as nomenclaturas utilizadas nas atividades educacionais possam se aproximar do universo do aluno.

O sentido da cartografia aqui referido está relacionado ao reconhecimento dos territórios das áreas de abrangências inseridas no programa, conhecer como se deu a inserção da ESF nesses espaços, identificar os atores e equipamentos sociais para articular o desenvolvimento das atividades planejadas, conhecerem os dados demográficos e epidemiológicos que possam subsidiar ações de saúde, enfim, identificar e compreender as condições de vida da população.

É importante trazer para esse momento, que o processo de territorialização advindo da cartografia, além de possibilitar o melhor conhecimento da área de atuação da USF, a identificação da população adscrita, o conhecimento da informação epidemiológica, permite à equipe estabelecer parâmetros da realidade sócio-sanitária da comunidade assistida, que subsidiará o planejamento das ações e a tomada de decisões, com vistas a soluções de problemas que se apresentem no contexto local (TANAKA et. al., 2012).

De um modo geral, observa-se nessa investigação, que o eixo temático priorizado nas atividades do PET-Saúde foi a Promoção da Saúde por meio da Educação em Saúde, tendo em vista que a maioria das ações estava direcionada para práticas educativas sejam no âmbito individual ou coletivo, como pode ser observado nas descrições que se seguem:

“Várias atividades, desde educação em saúde, trabalhando com os próprios grupos da unidade,... Também trabalhamos em escola, creche, principalmente, em Odontologia, é a parte de Saúde Bucal, escovação com crianças, nós trabalhamos com grupos mulheres... trabalhamos a prevenção a parte de promoção de saúde, também trabalhamos a parte de vacinas. E capacitação dos profissionais lá na unidade, oficinas,...” (E4-Enfermagem)

“Foram desenvolvidas atividades em diversos âmbitos, no âmbito coletivo, na minha área de âmbito coletivo.” “bem, a gente desenvolveu atividades de educação em saúde, a gente desenvolveu atividades de escovação supervisionada, atividades de prevenção, atividades que tratava de saúde da criança, saúde do idoso, saúde da mulher, segurança do trabalho, combate ao tabagismo, prevenção de doenças infecto contagiosas.” (E5-Odontologia)

As ações desenvolvidas no campo da promoção da saúde, como uma das estratégias de produção do cuidado, procuraram responder às necessidades sociais de saúde evidenciadas nas diversas unidades. A partir das referências delineadas pelos discentes é possível inferir que muitas das práticas promotoras de saúde foram orientadas pela concepção de promoção da saúde estabelecida na Política Nacional de Promoção à Saúde, concebida como estratégia de articulação transversal que objetiva promover a qualidade de vida e reduzir as vulnerabilidades e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2006).

As ações gerais desenvolvidas no âmbito do PET-Saúde neste estudo se deram de forma transversal às demais realizadas nas ESF, tendo sido sistematizadas em atividades de saúde bucal, atividades físicas, participação dos discentes nos atos de saúde produzidos nos serviços, palestras, sala de espera, realização de oficinas educativas, formação e participação em grupos operativos, trabalhos educativos considerando as linhas de cuidado preconizadas pelo MS, educação permanente com os profissionais, assim como, a produção do conhecimento através de pesquisas e participação em congressos e eventos científicos, além da utilização da plataforma virtual de aprendizagem.

No que se refere às atividades de saúde bucal, as Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal orientam ações voltadas para grupos etários, considerando bebês, crianças, adolescentes, adultos e idosos como público-alvo das políticas de atenção à saúde bucal (BRASIL, 2004).

Ressaltam ainda, a importância de orientações nessa área, pois a população de um modo geral carece de informações e orientações básicas relativas ao uso individual da escova dentária, técnicas corretas de escovação dental, bem como, demonstrar as relações entre a alimentação saudável e o uso racional do açúcar com a cárie dentária.

Desse modo, as práticas coletivas de saúde bucal no cenário do PET-Saúde foram bem representadas, conforme os registros dos discentes:

“... E também realizei muitas coisas na área de saúde bucal.” (E1-Odontologia)

“... é tinha atividades também com a turma de odonto que fazia as atividades na unidade,...” (E3-Enfermagem)

“... teve aquela questão dá, dá, dá... como é que se chama? Dá interdisciplinaridade... eu entrei um pouco no campo da odonto, né.” (E12-Medicina)

“... Também trabalhamos em escola, creche, principalmente, em Odontologia, é a parte de Saúde Bucal, escovação com crianças,...” (E4-Enfermagem)

Em João Pessoa, não se encontra uma realidade diferente da maioria dos municípios brasileiros, ou seja, as ações de saúde bucal têm utilizado os espaços de ensino para alcançar a comunidade escolar, além das Unidades de Saúde, onde é possível trabalhar com outros grupos etários, incluindo a própria equipe da ESF.

No que se referem ao incentivo da realização de atividades físicas, cada vez mais, na sociedade moderna, a articulação entre a saúde e as práticas de educação física regular tem sido incorporadas nas discussões científicas e no cotidiano da comunidade como um importante elemento para manutenção de uma vida saudável. No entanto, a inserção dessas atividades nos diversos grupos populacionais constitui-se um desafio cultural a ser superado pela comunidade geral e pelos profissionais de saúde.

Os achados revelam que os estudantes de educação física numa perspectiva multiprofissional e compartilhada conseguiram promover com grupos operativos das unidades de saúde momentos de socialização e lazer, práticas corporais com hipertensos e diabéticos, envolvendo alongamentos e recreação, orientações às gestantes sobre a atividade física, como descritos nos registros abaixo:

É... Bom a gente atuou, pessoal da educação física dentro das unidades de saúde...” (E9-Educação Física)

“... no segundo semestre,... preceptora nos colocou no HIPERDIA... era o grupo das pessoas de HIEPRDIA que fazia atividade física... era dividido em 2 grupos, em 2 momentos, que era o relaxamento e o alongamento. Depois, vinha atividade mais aeróbica e depois, no final, os meninos verificavam a pressão, de enfermagem e de medicina e os meninos de nutrição davam orientações sobre alimentação...” (E18-Educação Física)

“... no Grotão teve a oportunidade de iniciar um projeto com gestantes... A gente fez ainda alguns alongamentos com elas...” (E11-Educação Física)

A participação dos discentes dos diferentes cursos nos processos produtivos de saúde nos serviços e nos equipamentos sociais do território permite a realização e articulação de ações com outros campos do saber e aquisição de competências presentes em outras áreas do conhecimento, o que possibilita aos estudantes uma maior aproximação dos contextos socioeconômico e culturais da família e das comunidades. No entanto, essa tarefa nem sempre é fácil de ser operacionalizada, pois é permeada de contradições entre o saber popular e o saber científico, como se evidencia no recorte a seguir:

“... no primeiro semestre, foi mais acompanhamento de família com os estudantes de medicina que fazia visitas domiciliares... e fazia discussão mais geral sobre saúde, sobre conselho de saúde, aí tinha algumas questões que iam surgindo, questões de religiosidade..., elas muitas vezes não acreditavam nas medicações, nas vacinas, aí a gente tinha que fazer o trabalho de desconstrução junto a essas famílias pra mostrar a elas a importância dos medicamentos, a necessidade de tomar as vacinas.” (E15-Fisioterapia)

Nessa perspectiva é possível inferir que o saber popular e saber acadêmico precisam ser valorizados pelos atores envolvidos. Os dados levam a inferir que a própria aproximação com o cotidiano se faz importante para o desenvolvimento de práticas de saúde na perspectiva da integralidade e da resolubilidade, e por outro lado, podem tornar a formação mais significativa. Participar de experiências como acolhimento, salas de esperas, acompanhamento do processo de trabalho dos profissionais são apresentados nos seguintes fragmentos:

“... Então, a gente trabalhou muito promoção de saúde, é..... fez muita sala de espera, participou do acolhimento, aprendi também como participar do acolhimento... (E10-Fisioterapia)

“Bem, o tipo de atividade era palestras nas salas de espera, fazíamos acolhimento e levávamos algum tema...” (E1-Odontologia)

“... acompanhava consultas de diversos profissionais.” (E7-Medicina)

“... pôde conhecer um pouco mais sobre a profissão, ficava com a enfermeira,...” (E3Enfermagem)

De acordo com os documentos oficiais do MS, o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão, nas unidades de saúde, constrói uma relação de confiança e de compromisso dos usuários com as equipes e os serviços e legitima o sistema público de saúde. Também possibilita avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira (BRASIL, 2006).

O acolhimento é uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. Reconhece o usuário como sujeito e participante ativo do processo de produção da saúde. É um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e estabelecer articulações com outros serviços para garantir a eficácia dos encaminhamentos (BRASIL, 2004).

A oportunidade de vivenciar em ato o acolhimento realizado na USF agrega valor à formação, se no encontro entre usuário e estudante são levados em conta aspectos da população, como: história de vida, subjetividade dos sujeitos, crenças e valores, soluções, vocações individuais dos discentes e dos profissionais, numa perspectiva multidimensional.

Outra atividade que se apresentou com certa frequência nos relatos foram as salas de espera, que dentro do contexto das USF vem ganhando um destaque significativo como ferramenta de educação na área de saúde. Isso se justifica porque, enquanto os atores esperam pelo atendimento, trocam conhecimentos entre si e falam de seu contexto local, de suas crenças e percepções (RODRIGUES et. al., 2012).

Nessa direção, a sala de espera constituiu-se um espaço de produção pedagógica importante para os estudantes do PET-Saúde. É nesse espaço que a comunidade é inicialmente acolhida, o que facilita a abordagem dos estudantes no sentido de averiguar quais as suas necessidades e problemas de saúde para subsidiar suas atividades educativas.

No que diz respeito ao acompanhamento do processo de trabalho dos profissionais na rede de serviços pelos estudantes, é de grande valia para o aprendizado em serviço, pois proporciona a troca de saberes e contribui para ressignificação de práticas. No entanto, é preciso está aberto ao novo para que essa relação se estabeleça de forma democrática e dialógica, caso contrário podem advir tensionamentos e resistências.

Existem relatos na literatura acerca de resistências por parte de alguns/muitos profissionais dos serviços em inserir os estudantes no processo de trabalho das equipes. Esse comportamento pode ser influenciado pelo modelo biomédico, pela passividade de trabalhadores em relação às atividades integradas com a universidade, e ainda por uma visão distorcida do verdadeiro papel dos discentes e docentes nos serviços, vistos como alguém externo ao processo, com o objetivo de apontar as fragilidades e atuar como fiscalizadores (BRASIL, 2008).

Os equipamentos sociais dos territórios como escolas, creches foram assim verbalizadas:

“A gente desenvolveu atividades na escola, né. Lá, no Nova União, desenvolveu atividades dentro da unidade de saúde...” (E2-Fisioterapia)

“... teve aquelas oficinas que a gente planejou as atividades...” (E3-Enfermagem)

“... Nas escolas, a gente realizou palestras e rodas de conversa também. Aí...” (E6-Nutrição)

É possível inferir que as práticas educativas desenvolvidas no PET-Saúde se apresentaram nesse momento, de maneira generalizada não oferecendo ao pesquisador elementos concernente ao modo como se deu essas práticas.

No entanto, é importante salientar que as práticas educativas de acordo com os aportes teóricos pesquisados, devem ser elaboradas com base na necessidade do público-alvo, considerando-se o seu interesse pelo assunto a ser discutido e o seu aprendizado prévio, para dar sentido ao conhecimento em questão, com vistas a torná-lo significativo e coerente com a realidade vivenciada diariamente pelas pessoas da comunidade (LOMÔNACO, 2004).

Para isso, é pertinente a noção de Piaget apud Lomônaco (2004), quando afirma:

“que o conhecimento verdadeiro é produto de uma construção pessoal, resultante da internalização do pensamento, durante o qual o sujeito estrutura diversas noções entre si e atribui-lhes um sentido”.

Essa assertiva vai ao encontro dos objetivos de educar para a saúde, já que o educando precisa encontrar um significado no conhecimento para poder praticá-lo, porque ele só pratica aquilo que agrega valor a sua vida.

Ainda nessa subcategoria, são reveladas pelos sujeitos atividades importantes como a produção do conhecimento através da pesquisa considerando a problemática local, observado na seguinte passagem:

“... lá na minha unidade, na minha área, na comunidade em que eu trabalhei, ela tinha um alto índice de escabiose, nós fizemos até uma pesquisa e estamos desenvolvendo o artigo...” (E8-Odontologia)

Por possuir um eixo voltado para a pesquisa, o PET-Saúde oportunizou aos estudantes expandir o seu interesse para o estudo, pesquisa e elaboração de trabalhos científicos, como exemplificados nos discursos:

“... despertou a essência do trabalho, pesquisa, investigação,... PET foi a construção de um conhecimento coletivo.” (E5-Odontologia)

“... eu publiquei um trabalho que eu apresentei num Congresso...” (E11-Nutrição)

Com relação a essa temática é pertinente a reflexão trazida por Guimarães (2010), acerca da integração entre o ensino e o serviço, no sentido de que as pesquisas realizadas nessa interface sejam orientadas de acordo com os direcionamentos e as necessidades do SUS, para que haja uma complementariedade entre os serviços de atenção à saúde e o conhecimento produzido.

Outro ponto a ser considerado nas atividades gerais do PET-Saúde está a Educação Permanente realizada com os estudantes, com os profissionais dos serviços e com a própria comunidade, de acordo com os registros aqui representados:

“... fora as reuniões que agente tinha e discussão com relação à literatura.” (E16-Nutrição)

“E capacitação dos profissionais lá na unidade, oficinas...” (E4-Enfermagem)

“... sempre ocorriam algumas palestras orientando o pessoal, os usuários... em relação aos benefícios que a própria unidade oferecia a população.” (E9-Educação Física)

A partir das experiências de educação em saúde registradas pelos estudantes deixa transparecer a necessidade, sob o ponto de vista ético-político-estético, de um processo educativo que seja incorporado à produção social em saúde, dê conta das recomposições das

práticas de atenção, gestão, ensino e controle social e que rompa com as barreiras existentes entre a formação e o processo de trabalho em saúde.

Uma alternativa que se apresenta para atender a essa demanda é a EPS, definida como um processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho e/ou a formação em saúde em análise. É permeado por relações que partem das diferentes realidades inscritas e possibilitam a construção de espaços coletivos com vistas à avaliação das ações produzidas (CECCIM, 2005). O referido autor traz ainda, uma concepção mais abrangente da EPS no trecho que se segue, fazendo a correlação entre a estratégia pedagógica e suas implicações para efetivação do SUS como espaço de aprendizagem:

“A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente” (CECCIM, 2005).

“Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Essa ação nos permitiria constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola.” (CECCIM, 2005, p. 976)

Seguindo essa orientação e ao adotarem o cotidiano, os serviços, as instituições, os atores com as múltiplas relações como elementos abertos à constante análise, e não, a conformação; e a partir disso, problematizá-los de modo a criar espaços dialógicos e de produção de subjetividades, permite-se de fato a prática da EPS.

Acerca dessa subcategoria, deixa-se aqui registrado que as atividades educativas nos equipamentos sociais, sobretudo no âmbito das escolas, as visitas domiciliares e formação e trabalho com grupos operativos, serão mais bem abordadas na subcategoria seguinte, por se constituírem vivências marcantes na percepção de estudantes.

6.3.2 Vivências significativas

Nessa subcategoria foram consideradas as vivências significativas desenvolvidas por meio do PET-Saúde destacadas pelos estudantes, assim como, as razões de suas escolhas.

Entre as ações desenvolvidas pelos sujeitos desta pesquisa, práticas educativas realizadas nas escolas, com os grupos operativos, ou mesmo, na comunidade e no próprio

serviço foram consideradas de grande relevância na óptica dos entrevistados e ao buscar os motivos de suas escolhas, os alunos foram estimulados a pensar criticamente sobre os significados dessas ações para sua vida acadêmica e pessoal, o que é coerente, já que o pensamento crítico é fundamental para a qualificação profissional.

Os trechos apresentados abaixo refletem a valorização das atividades educativas com as respectivas justificativas, conforme já enunciado:

“eu acho que a que mais marcou foram as atividades desenvolvidas nos grupos de mulheres, acho que pela identificação com a área de saúde da mulher.” (E4-Enfermagem)

“eu acho que a experiência mais marcante foi lá na Unidade Verdes Mares,... quando a agente desenvolveu atividade com crianças,... A gente criou um circuito da saúde em toda a unidade,... no sentido de organizar, no sentido de elaborar e executar também e também no sentido que trouxe um resultado bastante positivo.” (E5-Odontologia)

“O que eu acho mais marcante, eu acho que foi quando eu fui pra escola fazer atividade sobre sexualidade que não imaginava que os jovens saberiam tanto ao ponto de saber mais que a gente, né. ... agente aprende a ver como o jovem pensa.” (E7-Medicina)

“O mais marcante pra minha formação foi a visita à escola e em seguida à visita a creche. Por que lá dentro deu para interagir melhor com o pessoal e...também deu para desenvolver atividades relacionadas ao meu curso.” (E9-Educação Física)

Nesse processo de indagação aos estudantes, considerou-se as experiências vivenciadas no cotidiano das práticas e ao interrogá-los de maneira direta e objetiva, permitiu-se que refletissem e percebessem entre a pluralidade de ações realizadas, àquelas que produziram mais sentido para sua formação, agregando a sua escolha uma razão de ser. Essa argumentação está fundada na concepção de aprendizagem significativa.

A aprendizagem significativa, conceito-chave nessa conjuntura, acontece quando o produto da aprendizagem se relaciona de forma substantiva e não arbitrária com aquilo que a pessoa já sabe, ou seja, quando essa nova informação está de alguma forma relacionada a conhecimentos, percepções, valores prévios das pessoas, propiciando assim, a construção de um material vivo e vivido com amplas possibilidades de construção, desconstrução e reconstrução (BRASIL, 2005).

A teoria da aprendizagem significativa também ampliou outras dimensões da aprendizagem, destacando as repercussões das experiências educativas prévias sobre a assimilação do conhecimento novo e ressaltando duas condições para a construção de

significado: um conteúdo potencialmente significativo e uma atitude favorável para aprender significativamente. Assim, a aprendizagem significativa requer do aprendiz uma postura pró-ativa que favoreça o estabelecimento de relações entre o novo e os elementos já presentes em sua estrutura cognoscitiva (LIMA, 2005).

Essa teoria vem ao encontro à citação do estudante no que se refere a sua vivência significativa em relação à postura proativa:

“... eu acho que as mais marcantes foram aquelas que a gente teve contato direto com o público... Porque a gente tinha uma certa autonomia para realizar as atividades, pensar no que a gente queria e não era uma coisa assim, imposta” (E3-Enfermagem)

No que diz respeito às atividades nas escolas, considerando a fala da estudante ao fazer o seguinte pronunciamento:

“Eu gostei muito das atividades da escola,... porque é um público totalmente diferente,... você tem que ter uma noção, um jogo de cintura que você vai adquirindo com o tempo e controlar uma criança de fazer uma atividade, de mostrar a ela o que é certo, o que é errado.” (E16-Nutrição)

Freire (1996), questiona:

“Por que não discutir com os alunos a realidade concreta a que se deva associar a disciplina cujo conteúdo se ensina? Por que não estabelecer uma necessária “intimidade” entre os saberes curriculares fundamentais aos alunos e a experiência social que eles têm como indivíduos?”

Assim, o trabalho de Educação em Saúde nas escolas deve partir do saber que os estudantes já detêm e da realidade em que vivem. Quando isso acontece, as crianças ficam menos agitadas, mais participativas, e consegue-se alcançar a finalidade desejada.

A escola é um espaço de grande importância para o desenvolvimento da Educação em Saúde, já que conhecimento pode ser construído por meio da junção de diversos saberes: o das disciplinas, aqueles relacionados aos valores culturais de cada estudante e de seus familiares, o dos docentes da instituição e os apresentados pelos meios de comunicação, que, embora, não raras vezes, sejam fragmentados e tendenciosos, devem ser levados em consideração pela forte influência que exercem na sociedade, principalmente entre crianças e adolescentes.

As atividades com os grupos operativos na atenção básica é outra ferramenta metodológica potente, tendo em vista que pode ser empregada para alcançar grande contingente de pessoas e promover o compartilhar de saberes entre usuários, estudantes e profissionais, para que o conhecimento seja construído em conjunto, porquanto todos são sujeitos dessa ação. O depoimento que se segue reflete um pouco essa ideia:

“Eu acho que a mais marcante foi... nesse momento do grupo de HIPERDIA, que a gente teve mais contato com a população, o grupo era pequeno e começou a vir mais gente”... (E18-Educação-Física)

Portanto, os grupos operativos trazem vários benefícios como, otimização do trabalho, redução das consultas individuais, participação dos usuários no processo educativo e a interação entre a equipe e o usuário (SOARES, FERRAZ, 2007).

As posturas presentes nos recortes no que se refere a práticas educativas, de um geral apontam para a necessidade de refletir acerca da concepção de educação em saúde adotada no âmbito do PET-Saúde.

Nessa direção, observa-se que o posicionamento dos profissionais, e no caso em análise, de estudantes do PET-Saúde em relação à educação em saúde pode se dá em três visões: educação patologizante e vertical, educação horizontal, voltada para a doença e uma educação promotora de saúde. A primeira visão concentra-se na cura das patologias, com ideia de educar para prevenir, com ações específicas para cada intervenção ou situação. Como consequência, a sociedade se medicaliza através da imposição de conhecimento ao paciente e o culpa por sua doença, ainda que reconheça a interferência dos determinantes sociais no processo saúde doença (BESEN et. al., 2007).

A educação horizontal, que tem como objeto de intervenção a doença, diferencia-se da visão anterior, pelo modo como transfere o conhecimento, sem imposição e autoritarismo, característico do modo vertical, porém, com base no conhecimento científico direcionado a doenças, que não promove saúde em seu conhecimento amplo (BESEN et. al., 2007).

A forma mais ampla dessas visões é a educação promotora de saúde, que visa não somente à prevenção de doenças, mas também a promoção de saúde, considerando o contexto político, o cultural e o social como determinantes do modo de vida e da saúde das pessoas envolvidas, e o senso comum, porquanto a educação só se materializa se estiver voltada para a realidade concreta do indivíduo (ALVES, 2005).

Esse enfoque é idealizado para ser aplicado nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), como um conjunto de atividades orientadas a fim de melhorar as condições de saúde, o

bem-estar e o acesso a bens e serviços sociais, posto que se reconheça que é preciso renovar os vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os serviços e a poluição assistida (ALVES, 2005).

Diante dos trechos já analisados ao longo dessa discussão, pode-se inferir que as práticas educativas desenvolvidas por meio do PET-Saúde, ora tenderam à aprendizagem sobre as doenças: definição, sinais e sintomas, fatores de risco, formas de tratamento e prevenção; ora buscaram uma educação mais horizontal. Contudo, percebe-se que essas abordagens por si só, não são suficientes para produzir mudanças de comportamento.

Faz-se preciso caminhar em direção da Educação promotora de saúde e numa perspectiva de construção coletiva, de trabalho em equipe, pois experiências que favoreçam o individualismo como está implícito no trecho abaixo, vai na contra-mão da proposta de formar para o SUS.

“... no segundo ano, a experiência mais marcante que eu também gostei foi na escola. Né? Eu tive a oportunidade de trabalhar o tema promoção da saúde nas escolas... as palestras, porque eu me senti mais ativa, porque eu senti mais retorno, foi algo, assim, que eu vi que não dependia muito das outras pessoas...” (E11-Nutrição)

Na perspectiva da reorientação profissional, estudantes em formação, futuros profissionais de saúde devem estar atento para o seu papel como agente de transformação e de como a sua conduta poderá influenciar o modo de cuidar da comunidade que estiver sob sua responsabilidade sanitária. Nesse caminho, os autores que se seguem fazem o seguinte alerta:

“É fundamental que o profissional da saúde desenvolva um pensar crítico e reflexivo, permitindo discutir a realidade e propor ações transformadoras com vistas ao estímulo à autonomia e emancipação dos indivíduos enquanto sujeitos sociais, que devem participar das decisões de saúde que envolve o cuidar de si, de sua família e da coletividade” (NORA; MÂNICA; GERMANI, 2009, p. 401).

Desse modo, as vivências são caminhos para formação do profissional pensante, que seja capaz de conceber a atenção à saúde numa perspectiva promotora. Autores como Briceño-León e Cáceres (1995) apud Bensen et. al., (2007), explicitam que o trabalho educativo deve extrapolar o campo da informação, considerar nesse processo os valores, costumes e símbolos sociais que levam a formas específicas de condutas e práticas.

É necessário então, repensar a Educação em saúde, sob a perspectiva da participação social; compreender que as verdadeiras práticas educativas só têm lugar entre sujeitos sociais

e considerá-las uma estratégia para constituição de sujeitos ativos, que se movimentam em direção a um projeto de vida libertador (BESEN, 2007).

Outra vivência considerada marcante para os entrevistados foram as visitas domiciliares conforme as narrativas a seguir:

“A mais marcante, eu acho que foram as visitas,... Porque eu nunca tinha pensado em atendimento domiciliar, somente em consultório, foi uma experiência extra, foi uma experiência, digamos assim, diferente de todas as outras que eu tinha vivido dentro da Universidade”. (E1-Odontologia)

“O trabalho mais marcante, no primeiro ano do PET, na primeira unidade, foi as visitas, foi as visitas domiciliares, aí, eu pude viver,” entender um pouco da comunidade, esse, o atendimento humanizado... ”(E11-Nutrição)

“A mais marcante pra mim foi a visita domiciliar mesmo porque lá a gente consegue ver o indivíduo como um todo, né, sua realidade e não apenas o seu saber, né, mas tem que ver onde ele está inserido,... é muito importante analisar isso para que haja uma melhor eficácia, né.” (E13-Nutrição)

As visitas domiciliares são instrumentos que as equipes utiliza para conhecer a realidade de vida da população, visto que estabelece vínculos entre o ESF e a comunidade e dá subsídios para a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares. Segundo Albuquerque e Bosi (2009), a visita domiciliar é concebida como uma tecnologia de interação potencialmente capaz de contribuir, no âmbito da ESF, para uma nova proposta de atendimento humanizado.

A vivência em sociedade é essencial para transformação do homem de ser biológico em ser humano (VYGOTSKY, 1989). As visitas domiciliares proporcionam uma visão mais crítica das condições de vida das comunidades, além de revelar a estratégia não reconhecida pela maioria dos estudantes, em que profissionais dos serviços se deslocam até a residência das famílias, permitindo a constatação in loco das condições de vida e a sua relação com as condições de saúde, introduzindo um conceito novo para os estudantes: o da determinação social da saúde (PALMIER et. al., 2012).

Para finalizar a discussão dessa subcategoria faz-se pertinente trazer a percepção de estudantes que assinalaram o reconhecimento do território e a cartografia como vivências estruturantes nesse processo de produção do conhecimento, conforme os pronunciamentos a seguir:

“eu acho que o ponto inicial, era sempre o conhecimento do território, da área onde a gente ia atuar, da comunidade,... pra partir daí a gente tá podendo pensar nas atividades que iam sendo realizadas, vendo o que

poderia ser feito e como poderia tá contribuindo no local ali. Acho que foi o mais importante.” (E14-Enfermagem)

“Eu acho que um dos mais importantes foi uma discussão que teve: foi a cartografia que eles haviam feito.”... “eles foram mais a fundo, assim, na produção da cartografia,... eu acho que foi uma ferramenta bastante importante para o trabalho deles.” (E2-Fisioterapia).

Esses achados revelam que se num primeiro momento estudantes referenciaram à cartografia de forma descritiva, sem deixar transparecer alguma implicação com a sua construção; alguns alunos conseguiram capturar o sentido da cartografia, seja para o próprio aprendizado, seja para subsidiar o trabalho da equipe.

Desse modo, pode-se inferir que os distintos cenários e vivências aqui apresentadas têm um efeito indutor de mudanças, pois favorece um pensar crítico e reflexivo na medida em que estudantes são confrontados com as condições sociais e os modelos de práticas inscritas nos diversos contextos.

Nessa perspectiva é fundamental criar espaços dialógicos, criativos, reflexivos e democráticos capazes de viabilizar práticas pedagógicas fundamentadas na solidariedade, na ética, paz e na justiça social (MORIN, 2010).

6.4 DIFICULDADES DO PET-SAÚDE APONTADAS PELOS ESTUDANTES

Ao serem indagadas acerca das dificuldades apontadas no PET-Saúde, quatro estudantes não sinalizaram dificuldades ao longo do processo, de acordo com os depoimentos que se seguem:

“Acho que não tem dificuldades.” (E1-Enfermagem)

“... mas em relação a dificuldades do meu desenvolvimento das atividades, eu não achei que tivesse.” (E4-Enfermagem)

“Eu acho que não teve dificuldade para mim.” (E7-Medicina)

“Em termos de dificuldades, não lembro não, não tenho lembrado assim de cabeça, não lembro assim específico,...” (E8-Odontologia)

Esse dado de certa forma leva a inferir que esses sujeitos foram, provavelmente, bem acolhidos pelas equipes e conseguiram se inserir de forma efetiva no cotidiano dos serviços, de modo a contribuir com a produção de cuidado não ocorrendo nenhuma intercorrência digna de nota.

Já outros estudantes ao serem questionados a esse respeito, se reportaram de um modo geral a dificuldades na esfera pessoal e a dificuldades relacionadas à operacionalização do programa, emergindo de forma sistemática duas sub-categorias de análise as quais foram assim denominadas: dificuldades na esfera pessoal e dificuldades no campo operacional do programa.

6.4.1 Dificuldades na esfera pessoal

Na esfera pessoal, estudantes identificaram como elementos dificultadores, problemas relativos ao acesso ao campo de estágio, principalmente, no que diz respeito ao deslocamento, O trecho abaixo transcrito ratifica tal fragilidade:

“dificuldades: é a questão do acesso pra chegar lá era muito difícil...” (E1-Odontologia)

“pra mim foi, na realidade, foi só a questão do deslocamento...” (E17-Medicina)

E também as unidades que agente ia, porque eu moro, na Torre, e fui pro Cristo. ”(E18-Educação Física)

Fatores relacionados à timidez em trabalhar com o público foram também ressaltados pelo discente, como pode ser verificado no trecho que se segue:

“dificuldade: mais a questão da timidez pra trabalho em que eu deveria falar em público e só.” (E13-Nutrição)

Esse dado revela a necessidade de se planejar no âmbito do PET-Saúde atividades que potencializem as habilidades de comunicação já preconizadas nas DCN.

6.4.2 Dificuldades no campo operacional do programa

No que diz respeito à operacionalização do programa foram mencionadas diversas dificuldade ao longo do projeto. A falta de esclarecimentos por parte dos organizadores a cerca da proposta do programa, seu desenho metodológico, e o modo como se daria a inserção de estudantes nos diversos cenários de aprendizagem e o próprio processo seletivo foram colocados em cheque, conforme trechos abaixo selecionados:

“dificuldade, no começo, foi não saber qual era a proposta do PET mesmo...” (E18-Educação Física).

“Então, eu acho que o processo seletivo, na época, não era muito justo...” (E16-Nutrição)

Questões relativas à fragilidade metodológica de preceptores, bem como, o fato de ficarem sob a responsabilidade do preceptor todas as articulações do PET-Saúde, aliadas a falta de planejamento das atividades estão incluídas nas dificuldades elencadas pelos discentes no que diz respeito à operacionalização do programa, conforme assinalados nos recortes abaixo:

“eu acho que foi nos dois ambientes que a gente ficava só com o preceptor mesmo, não tinha tanto apoio de outros profissionais pra ta participando das atividades, tornando mais interativas, mas interdisciplinares.” (E14-Enfermagem)

“eu achei uma certa falta de planejamento, entendeu? Enquanto, pessoas que estavam no projeto de extensão e sabia exatamente o que ia fazer em cada semana e tal, a gente, assim, ficou meio perdido..., e eu senti uma certa impotência do PET, assim, pra mudar a realidade daquele local.” (E12-Medicina)

“... também a falta de preparação de alguns preceptores, de..., de planejar... Faltava assim esse planejamento muitas vezes dos preceptores...” (E11-Nutrição).

Dessa análise evocam-se vários questionamentos ao modo como foi dado o processo de seleção desses preceptores, critério de inclusão e quais as competências consideradas indispensáveis à prática da preceptoria, o que demandam maiores investigações.

No tocante ao papel de preceptor no processo de aquisição do conhecimento no âmbito do PET-Saúde, se faz pertinente pensar sobre esse novo ator, em virtude das críticas referentes à sua prática presentes nessa investigação. Um dos principais desafios que se coloca em debate é como trabalhar com os estudantes numa perspectiva transformadora quando a maioria dos preceptores foi formada numa outra lógica e qual é o contributo do preceptor na nova conformação de formação para o SUS?

Corroborando com esses questionamentos está a constatação por parte de estudantes dos entraves que se interpõe ao PET-Saúde, quando esse profissional não está alinhado com as suas propostas pedagógicas:

“por ter sido da primeira turma, a questão do preceptor é o que dificultou um pouco. Quando a gente tem um preceptor que não entende muito do projeto, que não tá muito envolvido, a gente tem dificuldade de desenvolver essa atividade do PET.” (E15-Fisioterapia)

Para Pagani e Andrade (2008), o papel do preceptor vem sendo construído na prática, muitos iniciaram suas atividades sem uma definição de sua função, sem um modelo ou um referencial a ser seguido. No entanto, a formação da maioria dos preceptores foi baseada no modelo da saúde pública tradicional, acarretando dificuldades no que diz respeito a prática da interdisciplinaridade, uma vez que, “os profissionais de saúde não vivenciam, ao longo de sua formação estratégias que articulem suas atividades e saberes com as dos outros profissionais” (ALBUQUERQUE et. al., 2008). O que se aproxima com a realidade encontrada nos resultados desse estudo.

Diante dos fatos, constata-se, apesar dos consideráveis avanços, que a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias conservadoras, sob forte influência do mecanicismo de inspiração cartesiana, newtoniana, fragmentado e reducionista. Nesse caminho, separou-se o corpo da mente, a razão do sentimento, ciência da ética, compartimentalizando o conhecimento em campos altamente especializados, em busca da eficiência técnica.

Entende-se que os novos métodos de ensino são um desafio à prática da preceptoria aqui analisada, pois exigem do professor/preceptor a seleção de estratégias pedagógicas que possibilitem a participação ativa do aluno na aprendizagem, por isso é importante que os profissionais conheçam uma grande variedade de atividades pedagógicas, ou estejam sempre criando novas situações de ensino, pois não há um método melhor do que outro para abordar todos os conteúdos. O importante é saber combinar os mais variados métodos para manter o interesse do aluno, aumentar as possibilidades de aprendizagem e atingir os objetivos de ensino, no caso em pauta, as propostas do PET-Saúde.

O preceptor tem papel importante na formação porque realiza uma atividade de ensino, mas que como tal não é considerada, pois não existe capacitação específica para relação preceptor-aluno que aí se constrói, nem compromisso formal com a formação. O exercício da preceptoria além de ser recente, exige do profissional do serviço o acréscimo de uma formação pedagógica para além das funções técnicas que lhe são atribuídas (TRAJMAN et. al., 2009).

No que diz respeito ao exercício da preceptoria, o seu exercício tem assumido vários significados ao longo da história. A palavra preceptor vem do latim praecipio, “mandar com império aos que lhe são inferiores”. Era aplicada aos mestres das ordens militares, mas, desde

o século XVI é usado para designar aquele que dá preceitos ou instruções, educador, mentor, instrutor (BARRETO, 2011).

Esse conceito é usado para designar aquele profissional que não é da academia e que tem importante papel na inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho. Já para Bain e Armitage o preceptor tem função de estreitar a distância entre a teoria e a prática (BARRETO, 2011).

Porém, na literatura médica encontram-se diferentes funções para preceptor, sendo essenciais as de orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que melhorem a competência clínica e ajudem o graduando e o recém-graduando a se adaptar ao exercício da profissão que vive em constante mudança.

Num estudo de Botti e Rego *Apud* Barreto (2011), eles relatam que o preceptor assume vários papéis, tais como: planejar; controlar; guiar; estimular o raciocínio e a postura ativa; analisar o desempenho; aconselhar e cuidar do crescimento profissional e pessoal; observar e avaliar o residente executando suas atividades; atuar na formação moral.

Desse modo, ser preceptor requer o envolvimento dos profissionais do SUS com atividades de supervisão e orientação de estudantes graduandos da área de saúde. A inserção dos estudantes na rede é um trabalho de mediação entre teoria e prática realizadas por docentes de instituições formadoras e por trabalhadores das unidades de saúde, que atuam como preceptores dos graduandos.

Trazer essas considerações para a discussão se sustenta nas concepções de reorganização do modelo de assistência e de reorientação da formação profissional, na medida em que o trabalhador em saúde passa a assumir uma atuação ativa e determinante para o sucesso ou insucesso dessas mudanças.

Na prática, o profissional em serviço atua como preceptor responsável por orientar os alunos em uma aprendizagem ativa, para que o aluno seja capaz de após ou durante sua formação tomar decisões que estejam de acordo com os princípios do SUS, distanciando-se da prática biomédica, tentando transformar em ações reais, os conceitos estabelecidos para formação de um profissional crítico e reflexivo.

Desse modo pode-se inferir a partir das concepções apresentadas com relação à preceptoria que é uma prática relativamente recente e em construção, o que demanda maiores investigações a cerca dos diferentes sentidos e significados a ela atribuídos e que é patente a necessidades de qualificar profissionais que aceitem o desafio de contribuir na formação para o SUS.

Ainda no eixo operacional, outro desafio apresentados pelos discentes como dificuldade é a difícil missão de promover a integração entre os diferentes profissionais em formação, destes com a equipe do serviço, com a população e entre serviços com quem estabeleceram relação no período do PET-Saúde.

Dados significativos percebidos nessa direção demonstram o quão é desafiador o trabalho em equipe multiprofissional no âmbito da atenção Básica. As experiências do PET-Saúde nessa interface de integração ensino- serviço-comunidade no período do estudo levou os sujeitos da pesquisa a sentirem na pele a resistência, evidenciada de maneira emblemática nos recortes que se seguem:

“Outra dificuldade é: a própria população de lá era muito difícil porque era uma população muito humilde, então, tudo era novidade para eles.... uma resistência da população quanto à recepção dos profissionais e dos alunos” (E1-Odontologia).

“... a dificuldade era essa de não diálogo entre os próprios estudantes e os próprios preceptores das unidades integradas.” (E 10-Fisioterapia)

“... Porque eu vi que não é fácil esse multiprofissionalismo. Né? Unir todas as disciplinas, unir os estudantes... na própria unidade, sentia dificuldade de exercer a minha experiência na educação física... A dispersão da comunidade... E o acesso aos Médicos? Menina! Era muito difícil ver Médico”..(E11-Educação Física)

“na verdade, não foi uma dificuldade em relação a mim, mas eu achei que a equipe era um pouco desunida na época...” (E4-Enfermagem)

“... mas o mais difícil é trabalhar de forma integrada e de forma multidisciplinar para desenvolver determinados trabalhos ou determinadas estratégias sob determinado assunto nesse sentido de âmbito de trabalho multidisciplinar.” (E5-Odontologia)

Entre as razões que dificulta a integração nas equipes está o modelo de formação dos profissionais de saúde, que privilegia o trabalho individual em detrimento do coletivo. Assim, reafirma-se a importância da criação de dispositivos que institucionalizem a articulação ensino-serviço- Comunidade, na perspectiva de promover mudanças na formação dos futuros trabalhadores da área de saúde, capacitar e aperfeiçoar os que já se encontram inseridos nas redes de serviços. O PET-Saúde parte dessa necessidade, na medida em que se propõe a ser um instrumento facilitador no processo de articular a formação, o trabalho e a população.

Deve-se considerar nesse contexto em discussão, a equipe como um conjunto de relações presentes e passadas, de poderes, de classes sociais, de saberes e de afetos. Nessa perspectiva, trabalhar em equipe significa relacionar-se com outras pessoas, frequentemente, e

por isso o trabalho é dotado de múltiplas possibilidades e sentidos, na medida em se constitui em um terreno passível de contradições e de diferentes expectativas (BRASIL, 2005).

Saber lidar com esses encontros/desencontros é também desafiador, pois, além do potencial de integração, é um ambiente de conflitos, resistências e disputas. Porém, é preciso ter em mente que conflitos são inerentes às relações e, dependendo da forma como são enfrentados, podem gerar possibilidades de aprendizagem (BRASIL, 2005).

Além das dificuldades já apresentadas, a falta de continuidade das pesquisas em algumas realidades foi concebida como fragilidade, demonstrado nos resultados que se seguem:

“Então, uma das dificuldades foi essa de não dar continuidade as pesquisas.” (E10-Fisioterapia).

“A maior dificuldade foi essa que acabou, é... tendo poucas reuniões e a parte de pesquisa... a gente começou no finalzinho, aplicou o questionário no final, mas a gente não pode dar a continuidade...” (E17-Medicina)

Diante desses registros, pode inferir que em algumas situações o planejamento é passível de surpresas que poderão comprometer a realização das ações programáticas. Daí a importância de se estar atento ao cronograma e as pactuações estabelecidas entre os diferentes atores e lançar mão de estratégias alternativas para não comprometer a missão do projeto.

No entanto, é perceptível apreender através da falas dos discentes que as ações se deram de maneira dinâmica, flexíveis, com idas e vindas e que a responsabilidades dos sujeitos com as pactuações e não com as formalidades foi, é, e será a questão central para o êxito do programa.

Os achados mais uma vez apontam para a dificuldade do estudante de educação física se inserir de forma mais efetiva nas demandas do PET- Saúde, em virtude da ausência de tutores de seu núcleo de conhecimento na equipe acadêmica, que pudessem ofertar o suporte teórico necessário à condução das ações, de acordo o a seguinte assertiva:

“A principal dificuldade que teve no Pet de início foi a falta de orientador voltado a área de educação física,... nós tivemos a mesma dificuldade em tentar elaborar algumas e...algumas atividades do Pet relacionada à área de educação física...”(E11-Educação Física).

Desse modo, pode-se afirmar com base nos dados que a inserção dos cursos de saúde no PET-Saúde se deu de forma heterogênea em decorrência do grau de implicação do PPC com a reorientação profissional e com a consolidação das respectivas DCN.

6.5 POTENCILIDADES DO PET-SAÚDE NA VISÃO DE ESTUDANTES

Da exploração do material coletado nessa categoria emergiram temáticas norteadoras da análise do material empírico que serão exploradas ao longo da discussão.

Emergiram de modo bem representativo na óptica de estudante a interdisciplinaridade e o multiprofissionalismo como elementos potentes no PET-Saúde, como ilustram os depoimentos que se seguem:

“a potencialidade é isto, do multiprofissionalismo... Esse foi o único que participei que ele é multiprofissional e ele visava trazer várias coisas diferentes, várias áreas diferentes numa só pra que aprendesse também lidar não só com minha profissão, mas com todos aqueles que estavam ao meu redor.(E1-Odontologia)

“é a questão da,... interdisciplinaridade que a gente pode, assim, viver isso. A questão da educação permanente também,... a multidisciplinaridade, multiprofissional, né, que a gente pode dividir conhecimentos com os outros colegas e saber o que é que aquela pessoa estuda saber o que é de comum pra melhoria da saúde das pessoas. (E3-Enfermagem)

“Primeiro a parte de interação entre os outros cursos... cada um atuando com o seu benefício em prol que é a saúde.” (E9-Educação Física)

Para procurar compreender a importância da abordagem interdisciplinar e multiprofissional na produção do cuidado na saúde se faz necessário buscar nos antecedentes históricos, elementos que venha a explicar as atuais demandas da contemporaneidade. Esse pensamento está ancorado na afirmativa de que não existem homens que se constituam como tal, sem relacionar-se historicamente com outros homens.

É pertinente continuar essa reflexão com a concepção de que a ideia do saber unitário, ancorado na indivisibilidade humana, não é uma novidade, já que sempre existiu na história do pensamento e, portanto, explica de certa forma, o que se deu no passado e como essa unidade do saber foi fragmentando-se ao longo da história. Os elementos que fundamentaram a unidade do saber e serviram de base para a conservação de sua integridade epistemológica encontra suas raízes na pré-história com o mito, passando pela civilização grega com o cosmos, chegando até a idade média com aceitação de Deus Criador, alinhada tudo isso a uma pedagogia também dita unitária (JAPIASSU, 1976).

No entanto, com o advento da Modernidade, por volta do século XVII, já havia sido disparado um crescente movimento de desintegração da unidade do saber até então, difundida e socialmente aceita. A era da modernidade foi notadamente marcada por uma ebulição

cultural, tendo na figura de Descartes, um grande representante desse período, dentre outras personalidades.

A contribuição de Descartes se deu na medida em que o mesmo inaugurou definitivamente o pensamento moderno. Propôs o uso disciplinado da razão como caminho para o conhecimento verdadeiro e definitivo da realidade, e nessa perspectiva, elaborou os princípios da forma de produção de saberes baseado numa série de decomposições das coisas a conhecer e na redução às suas partes mais simples; saindo da ideia do geral para o particular, migrando da ideia do todo para as partes. Esse modelo é conhecido como cartesiano e tornou-se um paradigma com uma boa aceitação em vários segmentos da sociedade, inclusive na área de saúde (*grifos nossos*), (VILELA, MENDES, 2003).

Na análise que se faz desse momento não se pode deixar de considerar, que o paradigma cartesiano mostrou-se bastante propício para construir e tratar objetos simples e possibilitou uma simbiose entre a ciência e a técnica, atendendo, iminentemente, às necessidades da industrialização. Assim, a fragmentação do conhecimento encontrou na demanda da indústria por mão-de-obra especializada, um terreno fértil para sua propagação e crescente valorização (VILELA, MENDES, 2003).

No entanto, a fragmentação do conhecimento também foi incorporada pela educação superior, notadamente na área da saúde. O relatório Flexner em 1910 permitiu um avanço e forte estímulo ao saber especializado que associado as atividades de pesquisa, voltava-se, sobretudo, para o conhecimento das doenças no corpo dos indivíduos e intervenções para a sua reparação (SILVA JÚNIOR, 1998).

Sob essa égide, é que a formação dos profissionais em saúde historicamente baseada no modelo flexneriano determinou uma série de alterações nas escolas médicas para formação de profissionais dentro dos referenciais científicos. Este paradigma apresentado enfatiza os aspectos biológicos, fragmenta o saber, fortalece a dicotomia entre teoria e prática e desconsidera as necessidades do SUS (SOBRAL, CAMPOS, 2011).

Como se pode observar, o desenvolvimento da medicina científica contou com grande apoio econômico. A sua capacidade de recuperar e manter em funcionamento os corpos dos trabalhadores, não se fazendo correlações das causas do adoecimento com as condições de vida e de trabalho, contribuiu para diminuir as tensões sociais e para reprodução das relações capitalistas.

Dessa forma, os interesses econômicos e as necessidades de acúmulo de capital fomentaram um modelo de atenção à saúde pautada no consumo de consultas médicas,

equipamentos e medicamentos e na oferta da atenção especializada e hospitalar, realidade até hoje vivenciada em muitos serviços de saúde do mundo.

No Brasil o panorama descrito não é diferente, tendo em vista que ao longo da História, os profissionais da área de saúde tiveram como espaço de aprendizagem na graduação a presença marcante do ambiente hospitalar e das clínicas assistenciais, favorecendo e reafirmando a prática individualizada e especializada, assim como a hegemonia do saber médico que se reproduz no modelo cartesiano de produção do cuidado, conforme se observa no fragmento narrativo transcrito no que diz respeito a potencialidade do PET-Saúde:

“eu acho que essa questão da inserção do estudante mais cedo possível dentro da realidade dos serviços de saúde porque a gente fica na clinica escola, nos hospitais escola, muito com a realidade pouco diferenciada. (E13-Nutrição)

A partir dessa sucinta reconstrução histórica é possível vislumbrar porque a ciência ocidental se desenvolveu com base na noção da especialização e porque no campo das ciências e práticas sociais novas profissões e um novo sistema de ensino foram estruturados com base na estratégia da disciplinaridade, na fragmentação do objeto e na especialização do sujeito científico.

Nesse contexto, é preciso ter em mente que, se por um lado, a visão cartesiana possibilitou o desenvolvimento técnico-científico presente no mundo atual; por outro lado esse paradigma racionalista da modernidade já evidencia sinais de esgotamento quando reconhece o método analítico como sendo capaz de oferecer a explicação mais completa e a única forma válida de produzir conhecimento.

O mundo pós-moderno aponta na direção da interdisciplinaridade, não como uma alternativa para substituição de um jeito de produzir conhecimento, mais como uma proposta para ampliar a visão de mundo, de si mesmo e da realidade, com intuito de superar a visão disciplinar em busca da totalidade perdida.

Ainda que se trate de um termo polissêmico, a interdisciplinaridade pode ser traduzida em tentativa de o homem conhecer as interações entre o mundo natural e a sociedade, criação humana e natureza, e em formas e maneiras de captura da totalidade social, incluindo a relação indivíduo/sociedade e a relação entre indivíduos (JAPIASSU, 1976).

Segundo Vilela e Mendes (2003), o fenômeno da interdisciplinarização representa mais um “sintoma da situação patológica em que se encontra hoje o saber” do que um verdadeiro progresso do conhecimento. O elevado número de especializações nos leva a uma

situação patológica em que uma “inteligência esfacelada” produz um “saber em migalhas”. De fato, a “hiperespecialização” impede de ver o global (que ela fragmenta em parcelas), bem como o essencial (que ela dilui) (MORIN, 2003).

O retalhamento das disciplinas impossibilita apreender “o que é tecido junto,” isto é, o complexo, de acordo com o sentido original do termo (MORIN, 2003). Assim, cativado pelo detalhe, o especialista perde o sentido do conjunto, não sabendo mais situar-se em relação a ele (JAPIASSU, 1976).

No que diz respeito ao caráter multiprofissional do programa assinalado pelos sujeitos da pesquisa, Peduzzi (2001), chama a atenção para as modalidades de equipe presentes nos contextos e as classifica em duas vertentes: equipe como agrupamento de agentes e equipe integração de trabalhos. A modalidade de equipe integração é reconhecida através de alguns atributos, tais como: comunicação intrínseca ao trabalho; projeto assistencial comum; diferenças técnicas entre trabalhos especializados; flexibilidade da divisão do trabalho; autonomia técnica de caráter interdependente. Sendo assim, uma equipe que preencher esses parâmetros, tende agregar valor a formação profissional, tendo em vista que procura desenvolver suas ações de forma compartilhada, o que repercute de modo significativo na atenção prestada e na aprendizagem em serviço.

No PET-Saúde é possível inferir que alguns estudantes conseguiram vivenciar a equipe integração e o mais significativo foi a compreensão de que nas equipe integração de trabalho se conseguem melhores resultados, como revelado no trecho que se segue:

“a equipe que é muito receptiva,... a gente nunca chegava lá para ficar parado.” (E4-Enfermagem)

“... acho que foi, foi o maior ensinamento, essa visão de que, é... a unidade de saúde, a Saúde da Família, ela funciona com vários profissionais... Tem muitas coisas que eles podem fazer integrado e contribuir para a população e é dessa forma que as melhores equipes funcionam...”(E17-Medicina).

Diante do que foi revelado na falas dos alunos é possível inferir que o PET-Saúde oportunizou mais uma aproximação de saberes e fazeres numa perspectiva multiprofissional do que vivenciar a interdisciplinaridade propriamente dita, corroborando com a premissa de que no trabalho em saúde essa articulação é um desafio “ambicioso e necessário”.

“... no segundo semestre,... preceptora nos colocou no HIPERDIA... era o grupo de pessoas de HIEPRDIA que fazia atividade física... era dividido em 2 grupos,

em 2 momentos, que era o relaxamento e o alongamento. Depois, vinha atividade mais aeróbica e depois, no final, os meninos verificavam a pressão, de enfermagem e de medicina e os meninos de nutrição davam orientações sobre alimentação...(E18-Educação Física)

“A gente fez atividades nos equipamentos sociais também, na Creche... na Escola... foram atividades diversas que envolveram cada pessoa do PET ficou com uma turma para desenvolver atividade de alimentação saudável, de saúde bucal...”E16- (Nutrição).

“Nesse segundo semestre, foi mesmo a parte mais de atendimento de fisioterapia ”(E15-Fisioterapia).

“A gente ficava... é Enfermeira, a gente acompanhava muito ela na questão de... tanto de Educação na Escola,... a gente ajudava muito na parte de pré- natal e puericultura,...” (E17-Medicina).

“... aquilo o que se propõe que não se conseguiu fazer que é aproximar o ensino do serviço, né. De uma certa forma, você conseguir colocar pessoas mais tempo dentro de uma atuação que, às vezes, a academia não dá a importância....”(E2-Fisioterapia).

Além da interdisciplinaridade e do multiprofissionalismo, o PET-Saúde é percebido pelos discentes, como um espaço potente para a aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de experiência profissional. Os relatos citados abaixo pontuam essa questão:

“... ta justamente, aí, na formação do profissional que a gente fica muito mais preparado... eu já estava mais acostumada a lidar com o público,... eu me sentia mais preparada pós isso, também teve que as coisas que tinha que postar na plataforma aquelas coisas, a gente tinha que ler, ia praticando a escrita daquela forma que eles exigem... (E6-Nutrição).

“... eu encaro como uma bela proposta do profissional, ele tem o conhecimento das outras áreas profissionais e também de preparar esse profissional, digamos para um PSF, muitas vezes, visando o serviço público,...” (E8-Odontologia)

“A aprendizagem, eu digo que é a mais potencialidade do PET-Saúde é essa porque a gente ta lá com várias pessoas de vários cursos, com vários profissionais e agente ganha experiência com a ação de cada um...” (E10-Fisioterapia)

No entanto, a velocidade com que os novos conhecimentos são produzidos e proliferados deve induzir a repensar a forma de inserção dos saberes na realidade, buscando a

compreensão da realidade por meio de problematização ancorado na criticidade, reflexão e criatividade (AMÂNCIO FILHO, 2004).

Na verdade constata-se que o crescimento ininterrupto dos conhecimentos constrói uma gigantesca torre de Babel, que murmura linguagens discordantes. A torre nos domina porque não podemos dominar nossos conhecimentos. O conhecimento só o é, verdadeiramente, enquanto organização quando relacionado com informações e inserido no contexto destas, caso contrário perde-se no vazio (MORIN, 2003).

É preciso sem dúvidas, aprofundar o debate sobre os meios e as maneiras como a formação profissional vêm acontecendo em ato, no concreto, ou seja, se os conteúdos curriculares e as metodologias de ensino aplicadas possibilitam ao aluno a apreensão dos procedimentos técnicos específicos indispensáveis ao exercício profissional, como também, se são capazes de desenvolver uma visão crítica, humanística e reflexiva em relação ao processo de trabalho/formação e ao mundo em seu entorno. O relato a seguir demonstra de maneira emblemática essa constatação:

“eu vejo como um instrumento para tornar um profissional mais humanizado, né. ... é bom porque você passa a conhecer mais a comunidade. eu também posso dizer que é uma oportunidade para produzir trabalhos científicos na área de saúde coletiva né,... E também é do aprendizado, do crescimento mútuo que é adquirido através da relação com outros profissionais de saúde....”(E13-Nutrição)

Desse modo, pode-se inferir que a vivência nos diversos cenários de aprendizagem no âmbito do PET-Saúde, pode ofertar aos futuros trabalhadores o desenvolvimento de competência, habilidades e atitudes que superem o saber eminentemente técnico. É o que revelam os seguintes relatos:

“Então, você já tem uma experiência, a de criar atividade, de discutir com o profissional, de tá levando a literatura que tinha nos grupos tutoriais, pra prática.”... a de você realizar atividade com qualquer público, tentar, às vezes, mesmo você não consegue, tentar sair de situações.... Então, acho que isso da essa base, essa noção pra você participar desse mundo da saúde coletiva. ”(E14-Enfermagem)

Nesse sentido, a possibilidade de reconstrução de um novo paradigma para a educação e para a formação em saúde aponta para o desafio de reconstruir o conhecimento e a experiência profissional, a partir da democracia, perfilados pela capacidade de aprender a aprender, de aprender a fazer, de aprender a ser e de aprender a conviver, principalmente,

através do trabalho em equipe. Nesse caminho é fundamental criar possibilidades para que a educação assuma-se como libertadora, uma vez que a democracia pressupõe liberdade (FREIRE, 2001).

“... eu digo que outra potencialidade é trazer reflexão do que eu quero ser enquanto profissional porque eu tou ali enquanto estudante e eu tou vendo como é o processo de trabalho das equipes, processo de trabalho dos profissionais e o perfil do profissional. Então, traz muito essa reflexão: será como eu quero ser igual a esse profissional,... ”(E10-Fisioterapia)

Esse depoimento revelado no registro supracitado traz uma importante inferência para essa investigação que vai ao encontro a assertiva de Merhy (1997), quando relata que justamente o modo como se estrutura e são gerenciados os processos de trabalho configuram “um dos grandes nós críticos” das propostas que apostam na mudança do modelo técnico assistencial em saúde no Brasil.

No entanto, na ótica freiriana o ser humano deve entender a realidade como modificável e a si mesmo como capaz de modificá-la. Daí emerge a necessidade dos sujeitos enquanto atores sociais aguçarem a sua capacidade de estranhamento, se comprometendo com a construção de uma subjetividade democrática, e ao mesmo tempo, permeada de uma racionalidade “molhada de afetividade” (FREIRE, 1999). O trecho abaixo transcrito se reporta a capacidade de estranhamento acima mencionada, ao mesmo tempo em que apresenta uma crítica ao PET-Saúde numa perspectiva mais ampliada:

“a potencialidade eu acho que é isso, né : essa questão de tentar,... aquilo o que se propõe que não se conseguiu fazer que é aproximar o ensino do serviço, né. De uma certa forma, você conseguir colocar pessoas mais tempo dentro de uma atuação que, às vezes, a academia não dá a importância.... Então, era pra permitir uma maior aproximação com você atuar na saúde e não na doença, né. Atuar com prevenção, atuar com atividades que consigam fazer realmente a população conseguir ter uma autonomia dentro da sua saúde,... ”(E2-Fisioterapia)

No espaço da formação em saúde é fundamental que o homem e no caso em discussão, egressos do PET-Saúde possa refletir sobre si, sobre seus semelhantes e sobre o mundo em que (e com quem) está, consiga se inserir na realidade de forma plural, interdisciplinar, intersetorial e humanizada, problematizando as situações, dialogando com as concepções vigentes.

Ao se confrontar com a realidade em sua volta, fica claro para os atores em cena, que a educação libertadora exige dialogicidade, ou seja, a leitura do mundo coletiva. O diálogo

nessa perspectiva, é a condição que se almeja para o conhecimento e por sua vez, envolve comprometimento com a promoção da vida.

Para Freire (2011), o diálogo é uma condição imprescindível da prática educativa. Assim refere-se o autor a cerca do diálogo:

“O diálogo é o encontro amoroso dos homens que mediatizados pelo mundo, o “pronunciam”, isto é, o transforma e transformando-o, o humanizam para Humanização de todos.” (FREIRE, 2011).

Os distintos cenários aqui investigados têm um efeito indutor de transformação para os sujeitos da pesquisa, pois revela de forma potente a contradição entre as condições sociais e os modelos de práticas predominantes e em disputa, favorecendo um pensar crítico e reflexivo de estudantes.

Assim, é preciso ter em mente que esse trabalho coletivo desenvolvido pelo programa, propicia uma capacidade de pensar para além da técnica, as experiências emocionais cotidianas e aprender com elas. No grupo e individualmente, o sujeito faz inúmeras reflexões sobre como os outros lidam com os problemas, os sentimentos e as situações que possam estar relacionadas à saúde e à doença, assim como, com os fatores determinantes e condicionantes desses processos e que posturas profissionais podem emergir a partir dessa realidade.

No texto em análise foram capturados conteúdos que se relacionam de modo direto ou indireto como a integração ensino - serviço, como se seguem:

“essa convivência com outros profissionais... eu via até as dificuldades, muitos profissionais queriam e não conseguiam, não tinham recursos suficientes para atender à população. Foi esse lado, assim, do funcionamento do PSF em si... Então, assim, das duas unidades eu tive bastante ajuda dos Agentes de Saúde...” (E11-Educação Física)

Com relação à inserção de estudantes na rede de serviços, observa-se que o processo ensino-aprendizagem é ampliado tanto no nível das relações, passando da relação docente-discente em sala de aula, para usuários e trabalhadores da saúde nos serviços de saúde, quanto no âmbito dos conteúdos, pois além dos conteúdos de caráter técnico-informativos, incluem-se as questões formativas éticas, morais, psicológicas, relacionadas às relações sociais envolvidas, o que possibilita a aproximação do cotidiano do trabalho e, conseqüentemente, uma educação significativa (GARCIA, 2001).

Assim, ao minimizar o distanciamento entre o ensino e a realidade social, possibilita-se a integração ensino-serviço, entendido como o trabalho coletivo, pactuado e integrado de

alunos e professores dos cursos das áreas de saúde com trabalhadores da saúde, “visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços” (ALBUQUERQUE, 2008). Essa referência teórica está em consonância com a seguinte passagem:

“... Quando vai pro PET, não, a gente faz parte da equipe e aí a gente começa a vivenciar essa realidade, dos problemas que estão envolvidos na unidade.” (E13-Nutrição)

É fato que a produção do conhecimento em saúde tem sido determinada pelos diferentes movimentos históricos, sociais e políticos, evocando a necessidade de uma crescente articulação ensino- serviço no sentido de estimular a reflexão crítica, sistemática sobre as necessidades de saúde da população nas suas dimensões biopsicossociais, culturais e espirituais.

Também foram levadas em consideração nessa categoria, as referências dos estudantes às atividades realizadas na interface com as comunidades reconhecidas por eles como uma potencialidade do PET-Saúde, apresentados nos fragmentos transcritos:

“... parecem oportunidades pra gente, realmente, esclarecer pra população vários temas de saúde... Então, eu achei isso muito bom, assim, é uma maneira da população ter acesso à saúde por aquelas pessoas que estão no PET.” (E12-Medicina)

“acredito que o principal é esse contato mais próximo com a comunidade,... a gente vai, realmente, pra dentro da comunidade pra conhecer melhor.” (E14-Enfermagem)

Dessa aproximação com a comunidade evoca-se a necessidade de compreender melhor como se dá essa relação e quais as concepções teóricas que estão inscritas nesse lócus de produção do conhecimento.

Partindo do pressuposto que na formação em saúde não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, prognóstico, tratamento, etiologia e profilaxia das doenças e agravos; que a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos de qualificação das práticas e não o objeto central nessa construção, é essencial redefinir a relação entre os profissionais de saúde e a população e redesenhar os papéis da produção social em saúde.

Uma ferramenta útil, que pode modificar as práticas dos profissionais e os serviços de saúde é a Educação Popular, que orienta os indivíduos nos difíceis obstáculos e nos desafios da

prática político pedagógica. A valorização do saber do outro, na perspectiva de que o conhecimento é um processo de construção coletiva, e as ações pedagógicas voltadas para o sentir, o pensar e o agir da população, pautados na solidariedade, na justiça e na cidadania, têm sido utilizados pelos serviços, visando a um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas (ALBUQUERQUE, STOTZ, 2004).

No entanto, a valorização do saber popular, fruto do conhecimento acumulado da comunidade não foi reportado pelos alunos, o que sugere objeto de investigação futura referente ao modo como se construiu essa relação ensino-comunidade.

Para tentar entender essa lacuna revelada a partir da ausência de referência a valorização de saber da comunidade, se faz necessário reportar-se a Educação Popular e compreender o seu significado dentro da construção de conhecimento traçada nessa investigação.

A educação popular em saúde fundamenta-se numa relação dialógica entre o conhecimento técnico-científico e a sabedoria popular, caracterizada pela livre participação das classes populares com o direito e poder de pensar, produzir e trocar saberes a respeito de si própria e de sua saúde, permite novos olhares, que possibilitaram abordagens mais eficientes em defesa da saúde e da vida da população (VASCONCELOS, 2004).

Silva et. al., (2010), afirmam que, talvez, um dos grandes desafios para a educação em saúde seja a formação de recursos humanos centrada na educação popular, com respeito aos saberes da Comunidade em busca de uma cidadania fortalecida e compartilhada. Ressalte-se que a educação em saúde não deve ficar atrelada ao poder dos profissionais de saúde ou de estudantes, ao contrário, a Comunidade tem muito a contribuir e é dotada de poder para isso com sua sabedoria popular, o que torna um desafio neste trabalho.

O cuidado em saúde exige mudanças comportamentais dos usuários e isso só é possível por meio do processo de tomada de consciência, desenvolvendo, nessa forma, o papel dos indivíduos enquanto agentes modificadores da sua realidade.

Santos (2014) lembra que aprender é sobreviver, todos nós nascemos aprendendo. Aprendemos pelo instinto a respirar, a mamar, a chorar e assim vivemos aprendendo em casa, na escola, com amigos, no trabalho, através dos meios de comunicação, em contato com a natureza. Nossa aprendizagem só vai acabar no dia em que deixarmos de viver.

Tendo a dúvida como pilar essencial, são os problemas reais da comunidade que produzirão a necessidade do saber teórico. O fluxo do conhecimento adquire o seguinte caminho: dúvida advinda da prática; teorização da prática; experimentação da teoria na prática; re teorização a partir da experiência aplicada, e assim sucessivamente. Os

conhecimentos adquiridos e produzidos, portanto, serão sempre contextualizados para cada situação específica, sendo, portanto, provisórios, assumindo um cotidiano de ação e reflexão.

Nas comunidades, percebe-se a historicidade de cada aspecto da vida humana, desde o simples ato de se alimentar até as práticas cotidianas de saúde. As resoluções encontradas consideram a mais ampla gama de fatores presentes no complexo contexto comunitário.

A participação popular é um elemento importante desse processo, tendo em vista que tanto a equipe quanto os estudantes devem firmar o compromisso e a preocupação de centrar as ações de saúde, individuais ou coletivas, nas necessidades do usuário, que deve ser considerado sujeito, ator social, que traz consigo um saber, sua subjetividade e seu modo de viver.

A pesar de se reconhecer a importância da comunidade na construção do conhecimento dentro do PET-Saúde, como assinalado no trecho que se segue:

“... foi de trabalhar mesmo com a comunidade. Né? Na saúde. É... e trabalhar com outras áreas, a gente trabalhava junto.... a gente sempre tentava buscar a prevenção, não ficar doente, de ter hábitos saudáveis pra não precisar do atendimento da unidade.”(E18-Educação Física)

Na análise do material empírico, em nenhum momento foi sinalizado ou ressaltado pelos discentes o aprendizado advindo da comunidade, no entanto várias referências foram feitas no sentido contrário, ou seja, foram freqüentes os relatos de estudantes transmitindo a comunidades seus saberes.

O que em última análise leva-se a inferir de forma pragmática que a integração ensino-comunidade pretendida pelo PET-Saúde está diretamente relacionada à interação dos diferentes atores implicados. Diante dessa realidade, a criação de mecanismos que fortaleçam essa pedagogia, poderá causar um impacto positivo sobre a produção do cuidado em saúde, assim como, sobre a formação profissional.

6.6 QUADRO SÍNTESE

Com objetivo de facilitar o entendimento e clarificar a sistematização das ideias foi elaborado um quadro síntese ressaltando os elementos colocados em análise nesta investigação.

Categoria I

PET-Saúde na Percepção de Estudantes

1.1-Experiências no Âmbito do PET-Saúde

- Boa Experiência;
- Agrega valor profissional;
- Aproximação com a saúde coletiva /pública;
- Experiência Inovadora e Diferenciada;
- Contribuição da rotina de um USF.

1.2-Contribuições do PET-Saúde para Formação:

- Fundamento/base para cursar outras disciplinas;
- Ampliar a visão dos discentes;
- Desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes;
- Ampliação da Concepção de Saúde;
- Aproximação com as DCN (Descrição de Perfil do Egresso);
- Imersão dos discentes no mundo do trabalho;
- Associação teoria-prática (ação-reflexão-ação)> Práxis de Paulo Freire.-
- Complexidade de Edgar Morin:(Caracterização do Panorama atual ;Missão Pedagógica da escola;)
- Integração entre profissionais;
- Aprendizagem significativa.

Categoria II

Motivação de Adesão ao PET-Saúde

- Incentivo Financeiro (Bolsa);
- Atividade de Extensão;
- Exigência da Academia (Parceria ensino-serviço, Quebra da dicotomia, Papel da IES)
- Melhorar o currículo (Competências para o SUS, Oportunidades Pedagógicas> Habilidade técnicas e atitudes relacionais)
- Afinidade com a área de atuação (curiosidade, conhecer o programa,)
- Evolução do conhecimento;
- Protagonismo dos discentes.

Categoria III

3-Atividades Desenvolvidas pelos Estudantes no PET-Saúde:

Sub-categorias:

3.1 - Atividades Gerais:

- Territorialização
 - Educação na Saúde (Eixo Temático Priorizado)
 - Práticas >PNPS>Transversal: qualidade de vida/reduzir os riscos e vulnerabilidades à saúde.
 - Atividades de Saúde (Diversificada)
 - Participação dos Discentes nos atos de saúde dos serviços (Acolhimento, processo de trabalho dos profissionais)
 - Atividades de promoção e prevenção em saúde Bucal
 - Atividades Físicas
 - Palestras
 - Sala de Espera
 - Oficinas Educativas
 - Formação e participação em grupos operativos das USF
 - Atividades Educativas >Linhas de cuidado >MS
 - EPS com os profissionais dos serviços, preceptores
 - Produção de conhecimento (pesquisas/congressos)
 - 1º Momento:
- Descrições generalizadas sem dados referentes ao modo como foi realizada as ações.

3.2- Vivências Significativas:

- Práticas Educativas (escolas, creches, grupos operativos, comunidade, serviço)
- Aprendizagem significativa:
- 02 condições para construção do Significado (conteúdo potencialmente significativo, atitudes favoráveis para apreender significativamente)
- Razões das escolhas das vivências (autonomia, falta de imposição, desenvolvimento de habilidades e atitudes, contato com a população)
- Ações na Escola: Concepções de Educação em Saúde (Vertical ou patologizante, educação horizontal, educação Promotora de saúde)
- Práticas Educativas no PET-Saúde (aprendizagem sobre a doença, práticas horizontais com foco na doença> Não muda comportamento)
- Ideal>Educação Promotora>construção coletiva>Educação em saúde>participação social
- Vivências: Efeito Indutor de Mudanças>Pensar crítico-reflexivo
 - >Confronto com a realidade (condições sociais, modelos de práticas)

Categoria IV**4-Dificuldades do PET-Saúde apontadas pelos discentes:**

-Ausência de dificuldades

Sub-categorias:

4.1- Dificuldades na Esfera Pessoal:

-Deslocamento

-Timidez

>Ferramentas de Habilidades de Comunicação

4.2-Dificuldades no Campo Operacional do Programa

-Falta de esclarecimento da proposta do programa (Desenho metodológico, inserção dos discentes, Processo seletivo)

-Fragilidade do Preceptor (Questões metodológicas, falta de planejamento das atividades, Vinculação dos estudantes apenas ao preceptor)

> Repensar o papel do preceptor, sentido da preceptoria (polissêmico), Investigações

- Desafio do exercício do trabalho multiprofissional: (resistência da população>construção de vínculos)

-falta de comunicação

-Falta de continuidade das pesquisas

Categoria V**5-Potencialidade do PET-Saúde na visão de Estudantes**

-Abordagem multiprofissional e interdisciplinar>aproximação entre cursos

/Interdisciplinaridade >desafio

-Aquisição de conhecimento

- Desenvolvimento profissional

-Estímulo à reflexão crítica

-integração Ensino-serviço>maiores articulações

-Aproximação com a comunidade (Falta de reconhecimento do saber popular

7 À TÍTULO DE FINALIZAÇÃO: O EPÍLOGO

“Pessoas que sabem as soluções já dadas são mendigos permanentes. Pessoas que aprendem a inventar soluções novas são aquelas que abrem portas até então fechadas e descobrem novas trilhas. A questão não é saber uma solução já dada, mas ser capaz de aprender maneiras novas de sobreviver”

Rubem Alves

Este estudo apresentou a percepção crítica-reflexiva advindo dos múltiplos olhares de Estudantes dos cursos de graduação no PET-Saúde de João Pessoa realizado em parceria com UFPB e Secretaria Municipal de Saúde.

No que diz respeito à hipótese levantada no início dessa investigação, pode-se afirmar a partir dos conteúdos manifestos pelos discentes que o PET-Saúde trouxe contribuições significativas para formação de estudantes e que essas contribuições extrapolaram o limite da técnica, na medida em que adentrou na esfera pessoal.

Quanto às intencionalidades de adesão ao programa interministerial, observou-se que vários os motivos levaram os estudantes a ingressarem nessa aventura de aprendizagem em serviço e entre eles estão o incentivo financeiro, a experiência da extensão, a exigência da academia, a qualificação do currículo e a afinidade com a área de atuação, no caso a saúde coletiva.

Com relação às atividades desenvolvidas os resultados apontam para pluralidade de práticas realizadas nas USF e nos equipamentos sociais dos territórios participantes, que oportunizaram um espaço de troca caracterizado pelos discentes como experiência singular, ao mesmo tempo, inovadora e desafiadora, uma vez que exigiu a articulação da instituição de ensino, dos serviços de saúde, dos profissionais e da comunidade.

No que diz respeito às vivências significadas desenvolvida no âmbito do programa, os dados demonstram que temática da educação em saúde foi priorizada em praticamente todos os cenários de aprendizagem. As posturas presentes nos recortes no que se refere a práticas educativas, de um geral apontam para a necessidade de refletir acerca da concepção de educação em saúde adotada no âmbito do PET-Saúde.

As práticas educativas desenvolvidas por meio do PET-Saúde, ora tenderam à aprendizagem sobre as doenças: definição, sinais e sintomas, fatores de risco, formas de tratamento e prevenção; ora buscaram uma educação mais horizontal. As práticas baseadas na educação promotora de saúde precisam ser incentivadas.

As dificuldades apontadas pelos discentes foram relacionadas a aspectos de ordem pessoal e questões concernentes a operacionalização do programa, ressaltando alguns elementos que de certa forma dificultaram a realização das atividades.

Já na análise das potencialidades, o caráter multiprofissional e interdisciplinar do programa foi bem destacado. No entanto, os conteúdos manifestos pelos estudantes demonstram que as experiências vivenciadas refletem mais uma aproximação entre os cursos do que, propriamente, a efetivação da interdisciplinaridade. Nesse sentido são sugeridas maiores investigações.

Ainda com relação às fortalezas percebidas pelos sujeitos, destaca-se a possibilidade de construção de novos conhecimentos, o estímulo à reflexão crítica, a integração entre o ensino-serviço na interface da comunidade.

Desse modo, a tentativa de integração entre os diversos cursos da área de saúde ao longo da implantação do programa, serve para demonstrar que é possível existir uma articulação entre diferentes formações acadêmicas no intuito de construir projetos comuns e planejar estratégias positivas para quem realiza. Nessa direção, os dados dessa investigação chama atenção para a necessidade de capacitação de profissionais já inseridos na rede de serviços de modo a qualificá-los para prática da preceptoria, colaborando com essa construção, assim como fortalecer a interdisciplinaridade dentro da academia.

É fato inconteste que a aprendizagem essencial para formação em saúde deve-se ser pautada nos quatro pilares da educação traduzidos por aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e, finalmente, aprender a ser.

No entanto, acredita-se que a reforma do pensamento é que permitiria o pleno emprego da inteligência para responder os desafios impostos ao ensino, trata-se de uma reforma não programática, mas como já afirmamos anteriormente, perpassa por mudanças de paradigmas e é evidente que esse processo não pode ser esgotado unicamente em programas, pois só pode ser impulsionado por um fervor educativo e como todo processo transformador, demanda tempo para que se possa sair da prescrição para efetivação das mudanças.

O PET-Saúde em João Pessoa já é uma estratégia bem consolidada, na medida em que ampliou seu escopo de atuação para as redes de atenção à saúde e fortaleceu sua articulação com o Pró-Saúde a partir de 2012. Nessa perspectiva, prenuncia ser uma grande promessa

para o aprimoramento da atenção à saúde e da formação na área de saúde, visto que traz propostas inovadoras fundamentadas nos princípios e diretrizes do SUS, o que demanda maiores estudos e investigações avaliativas dessa nova conformação do projeto.

Vale salientar, que além de todas as potencialidades já destacadas, outro grande contributo do PET-Saúde para formação é a possibilidade de experimentar em ato a potência do trabalho em equipe, considerando a premissa aristotélica quando diz que no indivíduo não há ciência, ou seja, a ciência é uma construção coletiva. Nesse sentido, cresce de importância o desafio de a ciência ser capaz de dialogar com todas as formas de conhecimento, na perspectiva de ampliar sua capacidade de explicação da realidade

Para despedir-se do momento de construção desse estudo, que ao mesmo tempo foi permeado de tensão, profunda densidade, mas, em contrapartida, bastante prazer, é pertinente revestir-se da paciência impaciente do Paulo Freire quando afirma sabidamente a seguinte citação:

“A questão está em como transformar as dificuldades em possibilidades. Por isso, na luta para mudar, não podemos nem ser só pacientes nem só impacientes, mas pacientemente impaciente. A paciência ilimitada, que jamais se inquieta, termina por imobilizar a prática transformadora” (FREIRE, 2003).

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V.S. *et. al.* Integração curricular na formação superior em saúde: refletindo sobre o processo de mudança nos cursos do UNIFESO. *Rev. Bras. Educ. Médica.* v. 31, n. 3, p.296-303, 2007.

ALBUQUERQUE, V. S. *et. al.* A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Rev. Bras. Educ. Médica.* v. 32, (3), p.356-362, 2008.

ALBUQUERQUE, A. B. B. de; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n.5, p.1104-1112, maio. 2009.

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 8, n. 15, p. 259-574, mar./ago. 2004.

ALMEIDA, A. B. de. A graduação em fisioterapia no contexto da formação de profissionais para o sistema de saúde no Brasil: um olhar sobre o curso da Universidade Federal de São Carlos /São Carlos: UFSCar, 2011. Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2011.

ALMEIDA, M. M. de *et. al.*, Da Teoria à Prática da Interdisciplinaridade : Experiência do Pró-Saúde Unifor e seus Nove Cursos de Graduação, *Revista Brasileira de Educação Médica*,36 (1Supl 1),119-126; 2012.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 39-52, set.2004/fev. 2005.

AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e Desafios da Formação Profissional em Saúde. *Interface-comunicação, saúde, Educação.* V8, n15, p. 375-80, mar/ago - 2004.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo.* 4ª ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. In: *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos.* CADRHU (J. P. Santana & J. L. Castro) p.261-268. Natal: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. Editora da UFRN. 1999.

BARRETO, V.H.L. *et. al.* O papel do preceptor da atenção primária à saúde da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco- um termo de referência, *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.35 (4): p.578-583, 2011.

BARBIERI, F. B. A Rede Unida e o movimento de mudança na formação de profissionais de saúde. 2006. 145f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

BESEN, C. B. *et. al.* A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. *Saúde e Sociedade*, Santa Catarina, v.16, n.1, p.57-68, jan./abr. 2007.

BERNHEIM, C. T.; CHAÚÍ. M. S. Desafios da universidade na sociedade do conhecimento: cinco anos depois da conferência mundial sobre educação. Brasília: UNESCO, 44p. 2008.

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

BRASIL. Presidência da República. Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Constituição Federal da República do Brasil, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 9. 1993, Brasília. Relatório... Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 9131, de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. Constituição Federal da República do Brasil, Brasília, 1995.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei 9394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 248 20 dez. 1996b.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. Edital nº4/97. Torna público e convoca as Instituições de Ensino Superior a apresentar propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores. Brasília, 1997a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº287, de 08 de outubro de 1998. Relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 12, 2004, Brasília. Relatório... Brasília, 2004 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Portaria 198. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

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, DF, 2004 d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Unidades de aprendizagens, Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.118 de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde na área da saúde. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: Unidade de Aprendizagem – Trabalho e Relações na Produção do Cuidado. Rio Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

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, 2007.

BRASIL, Portaria Interministerial n.1802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – PET – Saúde [online] Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde. Disponível Em: <http://bvsms.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=44&item=107> Acesso em: novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária: primary care assessment tool pcatool. Brasília, 2010.

CAPRA, F. O ponto de mutação. São Paulo: CULTRIX, 447p. 1982.

JOÃO PESSOA, Cartilha da Rede Escola, 2005.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et. al., Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 149-182.

CECCIM R. B. Educação Permanente em Saúde: Descentralização e Disseminação de Capacidade Pedagógica na Saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, oct./dez. 2005.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: Desafio Ambicioso e Necessário. Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para Área de Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle social, 2004.

FEUERWERKER, L. C. M. Mudança da graduação das profissões de saúde sob o eixo da Integralidade. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20. n. 5. p. 400-410, 2004.

CYRINO, E. G. *et. al.* Ensino e Pesquisa na Estratégia de Saúde da Família: O PET-Saúde da FMB/UNESP. Rev. Bras. Educ. Méd., v. 36, (1, Supl. ,1), p.92-101, 2012.

CHIESA, A. M. *et. al.* A Formação de Profissionais da Saúde: Aprendizagem Significativa à Luz da Promoção em Saúde, Cogitare Enfermagem. n.12 (2):236-40. Abr/Jun, 2007.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 8. ed. São Paulo:Cortez, 2006.

DAVINI, M. C. Currículo integrado. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Trabalhadores da saúde para o SUS. Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor - área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p. 39-58. 1994.

FERNANDES, U. J. F. O corpo em Merleau-Ponty: Percepção, significados e sua Ipseidade inter-subjetiva, Cadernos de Graduação, Campinas, n,08,2010.

FEUERWERKER, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, J. J. et. al., (Org.). Educação, saúde e gestão. Rio de Janeiro: ABEM; São Paulo: Hucitec, 2011 – no prelo.

FEUERWERKER, L. C. M. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. Rio de Janeiro: HUCITEC; Rede Unida, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M. Gestão dos processos de mudança na graduação em Medicina. In: MARINS, J. J. N. et. al., (Org.). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 17-39.

FEUERWERKER, L. C. M.; ALMEIDA, M. Diretrizes Curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação! Rev. Bras. de Enfermagem, v. 56, n. 4, p. 351-1, 2003.

FERREIRA, J. B. B. FOSTER, A.C. SANTOS, J. S. Reconfigurando a Integração entre Ensino, Serviço e Comunidade. Rev. Bras. Educ. Méd., v. 36 (1, Supl., 1), p.127-133, 2012.

FEURWERKERL. L C. M. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do ministério da saúde. Revista da ABENO. v. 3 n. 1, p. 24-7, 2003.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: Uma avaliação das experiências UNI. Interface (Botucatu), v.6, n.10, p.37-50, 2002.

FRANCO, M. L. P. B. Análise de conteúdo, 3ª ed. v.6, Brasília, 2008.

FREIRE, P. Educação como prática da liberdade. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

FREIRE, P. Educação e mudança. 27. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra: 2003.

FREIRE, P. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 16. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 44. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE P. Pedagogia dos Sonhos Possíveis. São Paulo: Editora UNESP, 2001.

FREIRE P. Educação e Mudança. São Paulo: Paz e Terra, 1983.

FREIRE P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1996.

GARCIA, M. A. A. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de Saúde. Interface- Comunicação, Saúde, Educação, v.5, n.8, p.89-100, 2001.

GOLDENBERG, M. A. arte da pesquisa. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GUIMARÃES, M. C. S. Educação para Saúde: Uma Perspectiva a partir da Informação Científica e Tecnológica. Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010

HADDAD *et. al.* Pró –Saúde e PET-Saúde: A construção da Política Brasileira de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v. 36, (1 Supl. 1), p.3-4, 2012.

JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e a Patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LIMA, V. V. Competência diferentes abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.17, p.369-79, mar./ago. 2005.

LUZ, M. T. *Natural, Racional, Social*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LEITE, M. R. *et.al.* O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde na Formação Profissional. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v. 36, (1 Supl. 1), p.111-118, 2012.

LOMÔNACO, A. F. S. Concepções de saúde e cotidiano escolar - o viés do saber e da prática. In: XXVII Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação, Caxambu, 2004.

MARTINS, Milton de Arruda. Editorial. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, Mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 27 Nov. 2011.

MERHY, E. E; ONOCKO, R. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MITRE, S. M., *et. al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, vol. 13 supl. 2, Rio de Janeiro, 2008.

MORAES, S. H. Avaliação da aprendizagem na educação profissional: um estudo da escola técnica do SUS “Profª. Ena de Araújo Galvão”. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP; 2009.

MACHADO, M. F. A. S, *et. al.* Integralidade, Formação de Saúde, Educação de Saúde e as Propostas do SUS: uma Revisão Conceitual. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v. 12 n. 2, p. 335-42, 2007

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*, 16 ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 10 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MORIN, E. *A cabeça Bem Feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MORIN, E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*, São Paulo: Cortez, 2005.

NORA, C. R. D.; MÂNICA, F.; GERMANI, A. R. M. Sala de espera: uma ferramenta para efetivar a educação em saúde. *Revista Saúde e Pesquisa*, Maringá, v. 2, n. 3, p. 397-402, set./dez. 2009.

PAGANI, R; ANDRADE, I. O. M. – Preceptorial de Território, Novas práticas e saberes na Estratégia da Família: o estudo de caso de Sobral - CE. *Revista Saúde e Sociedade*, SP. 2012.

- PÂMELA, L. S. de; *et. al.*, Projetos PET-Saúde e Educando para Saúde; Construindo Saberes e Práticas In: Revista Brasileira de Educação Médica, v. 36 (1, Supl.): p.172-177; 2012.
- PALMIER, A.C. *et. al.*, Inserção do Aluno de Odontologia no SUS: Contribuições do Pró-Saúde. In: Revista Brasileira de Educação Médica, v.36 (1, Sup2.):152-157;2012.
- PIRES, R. O. M. O Pensamento Freire ano como Superação de Desafios do Ensino para o SUS. Revista Brasileira de Educação Médica, 2010.
- PILETTI, N. História da Educação no Brasil. 6. ed. São Paulo: Ática, 1996.
- PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p1527-1534, set. /out. 2003.
- PEDUZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública, 2001.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.
- ROLNIK, S. Cartografia sentimental. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2006.
- RUDIO F. V. Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica. 32 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- REIBNITZ, K. S., *et. al.*, Rede Docente Assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: Reflexos da Implantação dos Projetos Pró-Saúde I e II. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 36 (1, Supl.2): p. 68-75; 2012.
- RODRIGUES, R. C.; *et. al.*, Educação em saúde para prevenção do câncer cérvico-uterino, Rev. Brasileira de Educação Médica, 36(1, Supl.1):149-154; 2012.
- SANTOS, E. O. Ambientes virtuais de aprendizagem: por autoria livre, plurais e gratuitas. In: Revista FAEBA. No prelo, 2003.
- SANTOS, J. C. F. O Desafio de Promover a Aprendizagem Significativa. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABr4kAA/desafio-promover-a-aprendizagem-significativa-julio-cesar-santos>> Acesso em: 10//20/2014.
- SILVA, D. M. G. V. *et. al.*, Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto-SP v.13, n.1, p.7-14, jan./fev. 2005.
- SILVA JÚNIOR, A. G. Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O debate no Campo da Saúde Coletiva. São Paulo; Hucitec, 1998.
- SOARES S. M.; FERRAZ, A. F. Grupos Operativos de Aprendizagem nos Serviços de Saúde. Esc. Anna Nery, 11(1): 52-57, 2007.
- SOUZA, M. C. A. de *et. al.*, Interdisciplinaridade no Ensino Superior: de Imagem-objetivo à Realidade, Revista Brasileira de Educação Médica, 36 (1,Supl.1)127-133.2012.
- STRAFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; 2002.

NUNES, A. A. *et. al.*, Resolubilidade da Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais: Contribuições do PET-Saúde. *Rev. bras. educ. médica.* v. 36, (1 Supl.1), p.27-32, 2012.

TANAKA, E. E. *et. al.*; Projeto PET-Saúde: Ferramenta de Aprendizado na Formação Profissional. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.36 (1, Supl. 2) p.136-140. 2012.

TEXEIRA, S. M. O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira. *Revista da Administração Pública*, v. 21, nº 4. 1987.

TORRES, S. J. Globalização e Interdisciplinaridade: O Currículo Integrado. Porto Alegre: Artmed, 1998.

TRAJMAN, A. A. Preceptorial da Rede Básica da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro: Opinião dos Profissionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33 (1):24-32.2009.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, jan./jun. 2004.

VECCHIA, R. D. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. São Paulo v.8, n.3, p. 246-252 Set. 2005.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e Saúde: Estudo Bibliográfico. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. v.11 n. 4, p. 525-31, 2003.

VISGOTSHY, L. S. A formação social da mente. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1989.

Apêndice A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, CULTURA E DESPORTOS
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE- UFRN
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO - PPGR
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA - NESC
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

**TÍTULO: “PET-SAÚDE NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES: CONTRIBUIÇÕES
PARA A FORMAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE”**

AUTORES:

Maria Betânia de Moraes – Cirurgiã Dentista - Pesquisadora Responsável
Karla Patrícia Cardoso Amorim – Dra. Ciências da Saúde - Orientadora da Pesquisa

INSTITUIÇÃO PROPONENTE:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC
Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis
CEP: 59.012-300 - Natal/RN
Fone: (84) 3342-9727

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES – CEP/HUOL:**

Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis - Natal/RN
CEP 59.012-300
Fone: (84) 3342 5003
cephuol@yahoo.com.br

Esta pesquisa faz parte do trabalho de conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF, promovido pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, nucleado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, por meio do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC.

Este é um convite para você participar da pesquisa intitulada “**PET-Saúde na Percepção de Estudantes: Contribuições para a Formação na Área de Saúde**” que é coordenada pela mestrandia **Maria Betânia de Moraes**, aluna do curso de mestrado profissional em saúde da família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sob a orientação da **Profa. Dra. Karla Patrícia Cardoso Amorim**, membro do Núcleo de

Estudos em Saúde Coletiva (NESC) e professora do Departamento de Medicina Clínica da UFRN.

Sua participação é voluntária, o que lhe permite o direito de desistir a qualquer momento da pesquisa, fato que não lhe acarretará nenhum dano bastando apenas retirar o seu consentimento.

Essa pesquisa tem como objetivo geral: Analisar as Contribuições do PET-Saúde para Formação na área de Saúde a partir do olhar dos estudantes egressos do Programa. Como objetivos específicos pretendem-se: Analisar os sentidos e significados atribuídos pelos estudantes sobre o PET-Saúde; identificar as intencionalidades da adesão dos participantes ao projeto; relatar as atividades desenvolvidas as pelos discentes nos diversos cenários de práticas; e verificar as potencialidades e fragilidades do PET-Saúde são seu objetivos específicos.

Caso decida aceitar o convite você será submetido a uma entrevista semiestruturada contendo questões relacionadas aos objetivos anteriormente descritos. As entrevistas serão gravadas para posterior análise. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação será feita de forma a não identificar os voluntários.

A presente pesquisa oferece riscos e desconforto mínimos como constrangimento ou algum tipo de exposição dos participantes, porém medidas como as descritas anteriormente irão diminuir tais riscos, porém caso venha a sentir-se prejudicado em qualquer momento dessa investigação (física e moralmente) você poderá se retirar do estudo e ainda ser indenizado mediante comprovação legal do prejuízo. Os benefícios do estudo são de ordem social, na medida em que trará para o debate possibilidades concretas de transformações nas estratégias de ensino-aprendizagem, de aprendizagem em serviço, na perspectiva de fortalecimento do SUS e no fortalecimento da integração ensino, serviço e comunidade.

Você não terá gasto, no entanto, se surgir algum não previsto, referente à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Você ficará com uma cópia desse consentimento e toda e qualquer dúvida que por ventura venha a surgir no desenrolar dessa pesquisa, poderá entrar em contato com a pesquisadora Maria Betânia de Moraes através do e-mail: mariabetniam@gmail.com; e pelo telefone (83) 88325701. Dúvidas com relação à eticidade do estudo poderão ser sanadas através do Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP-HUOL) localizado na Av. Nilo Peçanha, 620- Petrópolis Natal-RN, 59012- 300 fone (84) 3342-5003 (cephuol@yahoo.com.br).

Apêndice B - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que compreendi os objetivos da pesquisa, como ela será realizada e quais são os riscos e benefícios que me submeto, concordo em participar como voluntário (a) desse estudo que tem como título: **PET-Saúde na Percepção de Estudantes: Contribuições para a formação na área de saúde.**

Nome do Participante da pesquisa: _____

Assinatura: _____

Data:/...../.....

Assinatura do pesquisador

Apêndice C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

NOME:

CURSO:

SEXO:

IDADE:

ANO QUE PARTICIPOU DO PET-SAÚDE:

CENÁRIO DE PRÁTICA:

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA
1. FALE DA SUA EXPERIÊNCIA NO PET-SAÚDE?
2. QUAIS MOTIVOS LEVARAM VOCÊ PARTICIPAR DO PET-SAÚDE?
3. QUAIS AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO SEU CENÁRIO DE PRÁTICA? IDENTIFIQUE AQUELA QUE FOI MAIS MARCANTE PARA SUA FORMAÇÃO. POR QUÊ?
4. QUAIS AS FRAGILIDADES QUE VOCÊ DESTACARIA NO PET-SAÚDE E POR QUÊ?
5. QUAIS AS POTENCIALIDADES QUE VOCÊ ELECARIA NO PET-SAÚDE E POR QUÊ?
6. NA SUA VISÃO O PET SAÚDE TROUXE CONTRIBUIÇÕES PARA SUA FORMAÇÃO? QUAIS?

Apêndice D - TRATAMENTO DOS DADOS

Título: PET-Saúde na Percepção de Estudantes: Contribuições para a Formação na área de Saúde

ETAPA I - PRÉ-ANÁLISE

TIPO: Análise Categorical Temática

Unidade de Registro: frase

Hipótese: O PET-Saúde contribuiu para a Formação de Estudantes.

Objetivo Geral: Analisar a Percepção de Estudantes a cerca do PET-Saúde para a Formação na Área de Saúde

Objetivos Específicos:

- 1-Conhecer a Percepção de Estudante sobre o PET-Saúde;
- 2-Conhecer as Intencionalidades de Adesão de Estudantes ao projeto;
- 3-Investigar as vivências significativas desenvolvidas pelos discentes no PET-Saúde;
- 4-Descrever as potencialidades e fragilidades do PET-Saúde apontadas pelos estudantes.

ETAPA II - PREPARAÇÃO DO MATERIAL

CATEGORIA I: PET-Saúde na Percepção de Estudantes

EXPERIÊNCIAS NO ÂMBITO DO PET-SAÚDE	UNIDADE DE REGISTRO
E1- Odontologia	<i>“Foi uma experiência de muita palestra, eu era acompanhada por uma Enfermeira. Então, existia um multiprofissionalismo ...”</i>
E2-Fisioterapia	<i>“... foi uma experiência interessante eu acho tipo pela questão de envolver ao mesmo tempo pesquisa e a extensão... Mas a experiência em si das atividades foi importante também, das atividades, desenvolver atividades na escola.”</i>
E3- Enfermagem	<i>“Gostei muito porque foi um dos primeiros contatos que eu tive com a Saúde Pública, né, de tá ali, de ter outras pessoas de outros cursos também.”</i>
E4- Enfermagem	<i>“... a minha experiência no PET foi muito rica mesmo, eu pude explorar vários campos.”</i>
E5- Odontologia	<i>“...bem, a experiência no PET-Saúde eu achei muito boa, muito importante para a minha formação.”</i>
E6- Nutrição	<i>“foi uma experiência, assim, de bastante aprendizado porque apesar de a gente conhecer a Saúde Coletiva, na Universidade, pela teoria, só quando a gente chega na prática que a gente vai saber mesmo como é a realidade, né.”</i>
E7-Medicina	<i>“então, assim, foi uma experiência muito boa, muito proveitosa.”</i>
E8- Odontologia	<i>“é, assim, foi uma experiência ótima que eu analiso, eu aprendi muito.”</i>

E9- Educação Física	<i>“Bom minha experiência no Pet-Saúde foi algo novo, foi algo diferente lá... pela forma de trabalho desenvolvido,...” “O Pet – Saúde apresentou um novo leque. Uma nova forma de trabalhar em relação ao curso”.</i>
E10- Fisioterapia	<i>“Então, eu tenho a experiência do PET até hoje formação profissional, como muito exitosa e válida pra se tornar um profissional diferenciado.”</i>
E11- Nutrição	<i>“pronto. Como, assim, a minha experiência no PET foi em duas unidades. Né?”</i>
E12- Medicina	<i>“o PET foi assim, uma boa experiência. Como eu pude vivenciar 2 coisas,... “Então, foi bom assim, foi bom, cada uma teve a sua vantagem, né.”... O primeiro, assim, eu considere bom... cada ida ao PET era um aprendizado.” “Já no Timbó,... foi mais uma experiência de vida,...”</i>
E13- Nutrição	<i>“A minha experiência no PET Saúde foi bem significativa...” foi muito relevante para mim a formação porque eu passei 2 anos, NE, no PET Saúde.</i>
E15- Fisioterapia	<i>“a minha experiência, ela teve um lado positivo, um lado negativo.”</i>
E16- Nutrição	<i>“acho que foi muito valida, principalmente, por este foco multidisciplinar que o PET dá e pelo fato de ter sido algo no inicio do meu curso. Então, eu pude perceber o gostar um pouco mais dessa área muito por causa do PET..”</i>
E 17- Medicina	<i>“Foi legal pra mim o PET porque foi... No PET, a gente teve a oportunidade de entender um pouco mais como era a rotina de uma unidade de saúde, a gente pode vivenciar algumas coisas não só como Médico... a gente teve uma experiência a mais nessa questão multiprofissional”</i>
E 18- Educação Física	<i>“... no começo, eu ainda pensei em desistir porque eu não sabia qual era o foco do PET-Saúde, ficou muito a desejar.”... “no outro ano, eu fiz a prova e passei para bolsista,... “esse ano foi mais conturbado,” “... eu acho que a gente não fez um trabalho significativo lá, não, eu acho que a gente não teve muito a contribuir, não”.... Mas acho que a experiência, foi bom.”</i>

Contribuições do PET-Saúde para Formação	Unidade de Registro
E1- Odontologia	<i>“Então, assim, ele contribuiu na questão até de me auxiliar, digamos assim, pra eu fazer, pra eu cursar bem outras disciplinas da Universidade e, pessoalmente, me ajudou porque eu saí muito assim, tanto da visão de Dentista,... assim, ajudou a ter essa visão generalista do Dentista...”</i>
E2-Fisioterapia	<i>“eu acho que toda a experiência que eu tive na Universidade, na verdade, trouxe ganhos para a minha formação tanto no sentido de ver o que eu não queria fazer, quando eu saísse da Universidade, e de ver o que realmente tem que ser minha atuação.... Então, eu acho que o PET foi importante para eu perceber essas deficiências que têm no Sistema Único de Saúde e pra eu perceber que é importante mais ainda, que eu não entre naquela de “ah! já que não é aquilo que eu acredito, deixa pra lá e to nem aí”, mas no sentido ta cada vez mais lutando para um sistema de saúde que realmente atenda às necessidades da população.”</i>
E3- Enfermagem	<i>“...todos os conceitos de Saúde Pública, as políticas, tudo o que eu pude aprender na teoria, no PET, eu vi na prática... mesmo que eu saiba que tem muito ainda para melhorar, mas foi uma das formas que eu vi acontecer.”.</i>
E4- Enfermagem	<i>“Acho que uma das principais contribuições é a experiência profissional, entre aspas, né? A experiência de trabalhar com educação em saúde... Outras contribuições para a minha formação: acho que também em relação à timidez, é... Acho que trocar experiências e a multidisciplinaridade foi muito grande, por você</i>

	também estar engajado com alunos de outros cursos, cada um aprende um pouquinho com o outro.”
E5- Odontologia	“O PET sim teve muitas contribuições, no sentido, assim, de que eu pude vivenciar como eu falei outra realidade, pude ver diferentes aspectos de uma população, numa mesma cidade, populações numa mesma micro área, mas que com realidades de vida diferentes, como atuar, como estabelecer meios de atuar nessas diferentes realidades.... despertou a essência do trabalho, pesquisa, investigação,... PET foi a construção de um conhecimento coletivo.”
E6- Nutrição	“... foi só a través do PET que eu conheci, realmente, como era a estrutura, a organização da unidade de saúde.... Foi lá no PET que eu também reconheci o papel do ACS, comecei a ver como era importante aquele, o Agente de Saúde, a experiência do trabalho em grupo que é enriquecedora porque a gente vai testando os nossos limites... De você ser uma pessoa mais desenrolada,... Aí, também teve isso de profissionais que a gente se espelha,... a gente vai lidar com o público diferente,
E7- Medicina	“Conhecer pessoas... foi superar as dificuldades de falar em público,... Lidar com diferentes públicos como crianças, mulheres, idosos.... o estímulo à pesquisa,... apresentava trabalhos em Congressos...”
E8- Odontologia	“enxergar a saúde de uma maneira mais ampliada,... saber como é feito o serviço porque tudo isso é importante... a partir, desse conhecimento que eu tenho do PET de que o que é saúde, de o que é promover saúde, é que eu vou promover mudanças na saúde do Brasil, trazer mudanças nos indicadores de saúde, tanto de saúde bucal como nos outros índices de saúde das outras áreas.”... essas qualidades que eu aderi com o PET”
E9- Educação Física	“... achei interessante trabalhar em conjunto com outro... com outro grupo da área de saúde e ver como cada um poderia agir é... individualmente em relação ao curso, mas pra trabalhar todos em um conjunto em prol da saúde... Trouxe principalmente como já havia falado antes a questão de abrir um novo parâmetro na minha área de atuação.”
E10- Fisioterapia	“... eu tenho uma formação profissional diferenciada, eu não sou aquele que é de cima para baixo, não. Eu tento dialogar, é..., eu tento ta planejando atividades como no PET-Saúde trazia muito...”
E11- Educação Física	“... me deu experiência, me deu base, um pouco pra seguir essa área da Educação também e, assim, ajudou no contato com o outro... a saber ouvir, a tudo, nas visitas domiciliares, ver outras realidades.”
E12- Medicina	“...trouxe em relação à mudança de visão das coisas,... Então, assim, eu diria que o PET foi muito bom porque além do aprendizado, assim, os temas que foram trabalhados, as atividades e tal. Esse aprendizado, o convívio humano, teve esse aprendizado,... Eu acho que melhorou a minha formação, assim, médica mesmo, essa entrada no contexto de pessoas...”
E13- Nutrição	“Sim, na busca do conhecimento para apresentação nas comunidades e também durante as visitas domiciliares né, então era preciso sempre ter um conhecimento a mais, de acordo com a atividade que seria desenvolvida.
E14- Enfermagem	“Acredito que essa formação menos hospitalar, essa questão de não ver só a doença, de ver o indivíduo como um todo, se importar com a questão da prevenção, promoção da saúde.”
E15- Fisioterapia	“as contribuições era mais nesse sentido de trabalhar em equipe e trazer o conceito ampliado de saúde pra pratica.”

E16- Nutrição	<i>‘Eu aprendi muitas coisas além do meu curso... Então, quando eu cheguei em saúde coletiva, eu já tinha uma noção do que era.... Mas também minha formação foi também isso, clarear o que eu não via o que eu não enxergava direito... ‘Eu pude compreender mais esse universo...’</i>
E 17- Medicina	<i>“...teve que ficar mais desenrolado com o paciente porque uma coisa é você estar lá com os livros estudando, na prática, é totalmente diferente. Acho que os estudantes do PET têm que ter mais uma visão diferenciada nessa questão... acho que foi, foi o maior ensinamento, essa visão de que, é... a unidade de saúde, a Saúde da Família, ela funciona com vários profissionais.... Tem muitas coisas que eles podem fazer integrado e contribuir para a população e é dessa forma que as melhores equipes funcionam...”</i>
E 18- Educação Física	<i>“Não é um trabalho perfeito ainda porque ainda tem muito a se fazer nas unidades, mas deu pra mim entender como é que funciona e ter contato com o público que foi muito bom, que eu tive um retorno.”</i>

CATEGORIA II: **Motivação de Adesão ao PET-Saúde**

Estudantes	Respostas
1	<i>“Primeiro que era um projeto novo, na Universidade, e que nos garantia uma boa carga horária de experiência fora da Universidade também. Tanto para currículo, ele era bom como pra a gente ver, ter novos horizontes fora da Universidade porque todos os nossos projetos aconteciam dentro da Universidade mesmo...”</i>
2	<i>“bom, um dos pra ser bem sincera foi a bolsa...” “E um dos outros motivos, foi porque eu sempre tive muita identificação com a área de Atenção Básica, sempre gostei muito da atuação na Atenção Básica”.</i>
3	<i>“Pra mim foi, assim, eu não entrei porque eu queria, tinha interesse em Saúde Coletiva, mas porque quando você chega, na Universidade, as oportunidades que aparecem você tem que agarrar... é, primeiramente, pela bolsa que ofereciam e também por ser uma oportunidade de melhorar o meu conhecimento naquela área de Saúde Coletiva.”</i>
4	<i>“foi assim: a oportunidade de ter uma atividade de extensão porque a Universidade exige e eu me identifiquei.” “Eu também tinha feito para outros projetos de iniciação científica, mas o que abriu as portas foi o PET que foi a extensão”.</i>
5	<i>“primeiro porque o PET-Saúde, assim, a gente não conhecia muito bem. O PET veio como uma proposta de integrar ensino, pesquisa e extensão. Então, na época, assim, se dizia que era muito importante a gente ter uma formação, ter uma formação, um convívio fora da Universidade, fora da sala de aula...”</i>
6	<i>“bom, inicialmente, é porque, assim, a Universidade obriga a gente a ter aqueles conteúdos extra curriculares, né. Inicialmente, esse foi o meu motivo de ir ao PET...” “Por afinidade eu escolhi o PET, mas, assim, dentro da Universidade, a gente procura todas as experiências possíveis e o PET ofereceu essa experiência dentro de Saúde Coletiva”.</i>
7	<i>“É... Primeiro, porque eu tinha pouca atividade na área de extensão, foi uma das coisas que me motivou. Por que além da extensão, o PET ajuda você a trabalhar com a pesquisa que a gente fez e, outro motivo também, de conhecer novas pessoas, o funcionamento do sistema, ... e também por conta da grana porque eu sou do interior..</i>
8	<i>“Assim, é ... Primeiro porque ser uma extensão, eu já eu acho importante... porque assim a partir da extensão a gente vai ter acesso com a comunidade, a gente vai saber como a saúde é tratada na comunidade...” “... e eu queria ter uma formação boa, não queria ter aquela formação só acadêmica onde eu estudo, estudo, estudo,</i>

	<i>sei, sei, sei como é que funciona tudo...”, “..., assim, a bolsa eu confesso que também atraiu, mas assim, independente, se eu fosse bolsista ou não, só por estar nessa extensão, só por estar no PET, eu ficaria por achar importante essa proposta.”</i>
9	<i>“Primeiro é essa, essa chance de uma experiência nova, diferenciada na área de educação física.”</i>
10	<i>“então, é o principal motivo... na época que lançou o PET-Saúde em 2009, é... surgiu a oportunidade de participar de um projeto, onde teria várias pessoas de outros cursos e que teria bolsa e, aí, um dos motivos que me levou a participar do PET, inicialmente, foi a bolsa. Isso aí eu não vou mentir não, foi a bolsa que me levou a participar do PET e também essa experiência como todo estudante de querer aprender algo novo de um programa que nunca tinha. Né?... “era algo novo que ia estar sendo construído, que ia estar sendo ... uma nova aprendizagem, uma nova interação com outras pessoas, também foi essa motivação.”</i>
11	<i>“Ele era o único projeto no qual os alunos do segundo período poderiam participar.” “Então, no segundo período, foi esse projeto e... que eu nem sabia o que era exatamente.” “o motivo principal foi esse, era o único era o único projeto no qual um aluno do segundo período poderia se encaixar.”</i>
12	<i>“foi mais porque eu estava assim. Assim, foi mais pra testar uma coisa que eu não conhecia, né” “ Eu fiz mais, na verdade, pelo currículo porque disseram que era muito bom pro currículo e, aí, eu vi, ali, uma oportunidade de conseguir algo que ia beneficiar meu currículo, né.”</i>
13	<i>“Bem, é, em primeiro lugar foi o interesse em fazer algo em Saúde Coletiva.”... eu tinha curiosidade em conhecer o PET Saúde, né,”...mais por experiência e currículo também porque eu sei que é importante para a minha formação.”</i>
14	<i>“primeiro porque eu já tinha uma afinidade com esse campo da Atenção Primária, da Atenção Básica... seria importante para estar complementando o que a gente já vê, normalmente, na Universidade mesmo, nas cadeiras básicas da Universidade. Isso foi o principal.”</i>
15	<i>“Eu escolhi o PET porque eu sempre gostei de saúde coletiva, não foi questão de bolsa porque, na época, eu era bolsista do PIBIC, fui voluntário do PET mas por questão de, realmente, gostar da parte de saúde coletiva e entender um pouco mais do funcionamento da unidade...” “Então, foi isso que me fez buscar o pet para entender um pouco mais dessa realidade.”</i>
16	<i>“O PET é muito famoso em nutrição. Então, todo mundo sempre quer...” “... todo mundo diz que o PET é muito bom, vai levar a você a conhecer novos caminhos. Então foi isso, eu tava num momento que vinha muito projeto, muito clínico e queria buscar uma visão maior.”</i>
17	<i>“... eu ouvia muito falar sobre essa questão de organização, dos professores envolvidos, pelo menos dessa parte que eu conhecia, eram profissionais muito comprometidos e eu senti vontade de participar por causa disso porque era uma coisa que já tinha... que a gente já ouviu falar coisas boas, eu queria participar de uma coisa que tivesse mais seriedade...” “...aí, eu queria ver se é isso.”</i>
18	<i>“Eu entrei, no PET-Saúde, por orientação da minha prima...” “... foi porque eu estava chegando a Universidade, não queria ter vindo, ser transferida. Então, foi mais para me interessar por alguma coisa da Universidade, eu ainda não conhecia nada...” “Aí, no primeiro momento, foi pra isso e também pelo dinheiro. Né?” “Aí, eu tentei de novo porque eu tinha gostado da área, pelo dinheiro também, mais uma vez. Basicamente só. E pelo trabalho que a gente tinha desenvolvido na outra unidade que foi bacana.”</i>

UNIDADE TEMÁTICA III: Atividades Desenvolvidas pelos Estudantes no PET-Saúde

Estudantes	Respostas
1	<i>“Bem, o tipo de atividade era palestras nas salas de espera, fazíamos acolhimento e levávamos algum tema...” E fazíamos também visita domiciliar junto ou ao ACS.. E também realizei muitas coisas na área de saúde bucal.”</i>
2	<i>“A gente desenvolveu atividades na escola, né. Lá, no Nova União, desenvolveu atividades dentro da unidade de saúde ...” “No meu outro cenário de prática: a gente ainda desenvolveu atividades dentro da comunidade...”</i>
3	<i>“... teve aquelas oficinas que a gente planejou as atividades... Tiveram outras atividades de sala de espera que agente fazia lá na unidade, pode conhecer um pouco mais sobre a profissão, ficava com a enfermeira, é tinha atividades também com a turma de odonto que fazia as atividades na unidade, conhecer o território...”</i>
4	<i>“Várias atividades, desde educação em saúde, trabalhando com os próprios grupos da unidade, os usuários que freqüentam as unidades, salas de espera... Também trabalhamos em escola, creche, principalmente, em Odontologia, é a parte de Saúde Bucal, escovação com crianças, nós trabalhamos com grupos mulheres... trabalhamos a prevenção a parte de promoção de saúde, também trabalhamos a parte de vacinas. É capacitação dos profissionais lá na unidade, oficinas...”</i>
5	<i>“Foram desenvolvidas atividades em diversos âmbitos, no âmbito coletivo, na minha área de âmbito coletivo.” “bem, a gente desenvolveu atividades de educação em saúde, a gente desenvolveu atividades de escovação supervisionada, atividades de prevenção, atividades que tratava de saúde da criança, saúde do idoso, saúde da mulher, segurança do trabalho, combate ao tabagismo, prevenção de doenças infecto contagiosas.</i>
6	<i>“... meu grupo desenvolveu sala de espera que a gente debatia temas..., Temas que a população da unidade tinha dúvidas,... Nas escolas, a gente realizou palestras e rodas de conversa também. Aí, também a gente fez busca ativa com mulheres, atrair as mulheres para fazer exame citológico na unidade,... a gente chegou a fazer visita domiciliar ainda. fez o mapeamento também, a gente participou da confecção do mapa</i>
7	<i>“então, agente é... participava do grupo de gestantes, é... fazia atividades na escola, atividade educativa com grupo de adolescentes, creches, fazia visitas domiciliares, grupo de mulheres, participava das atividades dos grupos de mulheres, acompanhava consultas de diversos profissionais.”</i>
8	<i>“a gente trabalhou essa aplicação tópica de flúor, escovação supervisionada, fizemos teatro sobre alimentação, alimentos cariogênicos ou não, sobre o que era sobre o que fazia bem a saúde, sobre tomar banho... lá na minha unidade, na minha área, na comunidade em que eu trabalhei, ela tinha um alto índice de escabiose, nós fizemos até uma pesquisa e estamos desenvolvendo o artigo...”</i>
9	<i>“É... Bom a gente atuou, o pessoal da educação física dentro das unidades de saúde... a maioria das atividades que praticamos lá foram é...atende na escola... na creche...nós fizemos também acompanhamento com o pessoal, os profissionais de saúde. ...sempre ocorria algumas palestras orientando o pessoal, os usuários...em relação aos benefícios que a própria unidade oferecia a população.”</i>
10	<i>“eu vou falar primeiro da primeira atividade que eu fiz no PET-Saúde, é a formação de um grupo de adolescentes lá no Alto do Mateus, então, a gente trabalhou muito DST/AIDS, prevenção e promoção de saúde relacionada à atividade sexual. A segunda atividade foi a participação de atividades coletivas de promoção de saúde das creches,... a gente foi pra escola, ... foi pra uma ONG,... Então, a gente trabalhou muito promoção de saúde, é,... fez muita sala de espera, participou do acolhimento, aprendi também como participar do acolhimento... pude fazer uma cartografia, né, conhecer o ambiente, o território, fazer um mapa vivo e... formação de um grupo de... operativo de hipertensos e diabéticos...”</i>

11	<p><i>“... tinha uma tal de cartografia que a gente tinha que fazer no começo... eu publiquei um trabalho que eu apresentei num Congresso... No Cristo, ficou muito restrito aos atendimentos fora. Né? Às visitas domiciliares,... no Grotão teve a oportunidade de iniciar um projeto com gestantes... A gente fez ainda alguns alongamentos com elas e essas palestras na escola, palestras voltadas pra promoção da saúde.”</i></p>
12	<p><i>“... foram, realmente, várias atividades. teve aquela questão dá, dá, dá... como é que se chama? Dá interdisciplinaridade... eu entrei um pouco no campo da odonto, né. A gente pode fazer atividades com crianças... Teve a experiência também da escola que a gente foi ensinar a escovar...”</i></p>
13	<p><i>“eu fiz visitas domiciliares, apresentação de fantoches com grupo de crianças, NE, numa creche. Também algumas ações de educação em saúde sobre, por exemplo, diabetes num tipo de paróquia para idosos, também sobre hipertensão, juntamente com estudantes de outro cursos...”</i></p>
14	<p><i>“a gente visitou vários espaços: escolas, creches. Visitamos um local de alcoólicos anônimos também em outra unidade, a gente fazia atividades com grupos de hipertensos, gestantes”.</i></p>
15	<p><i>“... no primeiro semestre, foi mais acompanhamento de família com os estudantes de medicina que fazia visitas domiciliares... e fazia discussão mais geral sobre saúde, sobre conselho de saúde, aí tinha algumas questões que iam surgindo, questões de religiosidade..., elas muitas vezes não acreditavam nas medicações, nas vacinas, aí a gente tinha que fazer o trabalho de desconstrução junto a essas famílias pra mostrar a elas a importância dos medicamentos, a necessidade de tomar as vacinas. Nesse segundo semestre, foi mesmo a parte mais de atendimento de fisioterapia e conseguir montar um grupo de hipertenso e diabético na unidade.”</i></p>
16	<p><i>“... nós tivemos muitas atividades, eu lembro da sala de espera... A gente fez atividades nos equipamentos sociais também, na Creche... na Escola... foram atividades diversas que envolveram cada pessoa do PET ficou com uma turma para desenvolver atividade de alimentação saudável, de saúde bucal. ... fora as reuniões que agente tinha e discussão com relação à literatura.”</i></p>
17	<p><i>“A gente ficava com Silvânia... é Enfermeira, a gente acompanhava muito ela na questão de... tanto de Educação na Escola,... a gente ajudava muito Silvânia na parte de pré- natal e puericultura, é... a gente fez algumas atividades no grupo de hipertensos que tinha na unidade...”</i></p>
18	<p><i>“No primeiro ano,... a gente saiu mais com os Agentes de Saúde pra conhecer a área... começou a preencher um questionário que eles preenchem pra saber a quantidade de pessoas e sair com eles, de casa em casa, pra gente preencher isso, depois a gente fez um mapa,... Cartografia,... no segundo semestre,... preceptora nos colocou no HIPERDIA... era o grupo de pessoas de HIEPRDIA que fazia atividade física... era dividido em 2 grupos, em 2 momentos, que era o relaxamento e o alongamento. Depois, vinha atividade mais aeróbica e depois, no final, os meninos verificavam a pressão, de enfermagem e de medicina e os meninos de nutrição davam orientações sobre alimentação... no outro ano, no Vila Saúde, a gente participou muito mais de visita, era só visita e o acolhimento...”</i></p>

Sub-categoria: Vivências Significativas Desenvolvidas no PET-Saúde

Estudantes	Respostas
1	<i>“A mais marcante, eu acho que foram as visitas,... Porque eu nunca tinha pensado em atendimento domiciliar, somente em consultório, foi uma experiência extra, foi uma experiência, digamos assim, diferente de todas as outras que eu tinha vivido dentro da Universidade”.</i>
2	<i>“Eu acho que um dos mais importantes foi uma discussão que teve: foi a cartografia que eles haviam feito.”... “eles foram mais a fundo, assim, na produção da cartografia,... eu acho que foi uma ferramenta bastante importante para o trabalho deles.”</i>
3	<i>“...eu acho que as mais marcantes foram aquelas que a gente teve contato direto com o público... Porque a gente tinha uma certa autonomia para realizar as atividades, pensar no que a gente queria e não era uma coisa assim, imposta”</i>
4	<i>“eu acho que a que mais marcou foram as atividades desenvolvidas no grupos de mulheres, acho que pela identificação com a área de saúde da mulher.”</i>
5	<i>“eu acho que a experiência mais marcante foi lá na Unidade Verdes Mares, ... quando a agente desenvolveu atividade com crianças,... A gente criou um circuito da saúde em toda a unidade,... no sentido de organizar, no sentido de elaborar e executar também e também no sentido que trouxe um resultado bastante positivo.”</i>
6	<i>“... Eu acho que, todos os momentos, de certa forma, eu saí com aprendizado, não vou mentir, porque eu cheguei lá, eu era uma pessoa muito verde, assim, não tinha experiência.”</i>
7	<i>“O que eu acho mais marcante, eu acho que foi quando eu fui pra escola fazer atividade sobre sexualidade que não imaginava que os jovens saberiam tanto ao ponto de saber mais que a gente, né. ... agente aprende a ver como o jovem pensa.”</i>
8	<i>“eu acho que essa pesquisa que a gente fez... porque, assim, na graduação de odonto, eu nunca tinha visto nada relacionado,... Foi marcante, tive de ver o agente etiológico, como é que se prevenia, como é que se tratavam, quais eram os medicamentos que eram utilizados, como era que se dava a contaminação naquela área, quais eram as principais características das famílias, das mães de crianças que tinham escabiose. Se eu não tivesse feito essa pesquisa, trabalhado isso, talvez o único conhecimento que eu tivesse sobre escabiose seria urticária, coceira.”</i>
9	<i>“O mais marcante pra minha formação foi a visita à escola e em seguida à visita a creche. Por que lá dentro deu para interagir melhor com o pessoal e...também deu para desenvolver atividades relacionadas ao meu curso.”</i>
10	<i>“formação de um grupo de... operativo de hipertensos e diabéticos... essa foi a experiência que mais me motivou e que mais me chamou à atenção porque era um grupo que não existia e que foi um grupo formados por nós, estudantes do PET, junto a nossa preceptora Jussara”</i>
11	<i>“O trabalho mais marcante, no primeiro ano do PET, na primeira unidade, foi as visitas, foi as visitas domiciliares, aí, eu pude viver, entender um pouco da comunidade, esse, o atendimento humanizado... no segundo ano, a experiência mais marcante que eu também gostei foi na escola. Né? Eu tive a oportunidade de trabalhar o tema promoção da saúde nas escolas. ...as palestras, porque eu me senti mais ativa, porque eu senti mais retorno, foi algo, assim, que eu vi que não dependia muito das outras pessoas... Então, assim, das duas unidades eu tive bastante ajuda dos Agentes de Saúde...”</i>
12	<i>“Eu, realmente, não vou dizer que teve a experiência mais marcante, teve várias que eu gostei... eu me lembro muito de uma assim que me impressionou porque eu não sabia daquela realidade... a gente ia falar de métodos contraceptivos, né, praticamente crianças, adolescentes, 13 e 14 anos. Assim, o que me impressionou foi o conhecimento que eles tinham daquilo,... eu fiquei assustada com aquela experiência que umas meninas tão novas tinham no assunto, parecia prática porque lendo é que não é”.</i>

13	<i>“A mais marcante pra mim foi a visita domiciliar mesmo porque lá a gente consegue ver o indivíduo como um todo, né, sua realidade e não apenas o seu saber, né, mas tem que ver onde ele está inserido,... é muito importante analisar isso para que haja uma melhor eficácia, né.”</i>
14	<i>“eu acho que o ponta pé inicial, era sempre o conhecimento do território, da área onde a gente ia atuar, da comunidade,... pra partir daí a gente tá podendo pensar nas atividades que iam sendo realizadas, vendo o que poderia ser feito e como poderia tá contribuindo no local ali. Acho que foi o mais importante.”</i>
15	<i>“foi essa parte de visitas, de acompanhamento das famílias que agente pode botar em pratica, realmente, aquele conceito de unidade de saúde, a gente pode realmente discutir outras questões que envolvem saúde, mas que não estão diretamente relacionados a parte biológica.”</i>
16	<i>“Eu gostei muito das atividades da escola,... porque é um público totalmente diferente,... você tem que ter uma noção, um jogo de cintura que você vai adquirindo com o tempo e controlar uma criança de fazer uma atividade, de mostrar a ela o que é certo, o que é errado.”</i>
17	<i>“... acho que a nossa maior contribuição na época foi a atividade do PPS – Projeto Terapêutico Singular ... era uma coisa que o pessoal da unidade não conseguia ter muito tempo pra realmente formar um projeto de cuidado daquela família, eles não conseguiam tentar entender... a gente conseguiu ficar fazendo várias visitas e passar para Silvânia o que estava acontecendo naquela família.”</i>
18	<i>“Eu acho que a mais marcante foi... nesse momento do grupo de HIPERDIA, que a gente teve mais contato com a população, o grupo era pequeno e começou a vir mais gente”...</i>

CATEGORIA IV: Dificuldades do PET-Saúde apontadas por Estudantes

Estudantes	Respostas
1	<i>“dificuldades: é a questão do acesso pra chegar lá era muito difícil.... Outra dificuldade é: a própria população de lá era muito difícil porque era uma população muito humilde, então, tudo era novidade para eles.... uma resistência da população quanto à recepção dos profissionais e dos alunos”</i>
2	<i>“Então, eu acho e uma das principais críticas que eu tenho para o PET é isso: que pelo fato de dar muita atenção à pesquisa, acaba não desenvolvendo um trabalho interessante que seja realmente importante para a comunidade.”</i>
3	<i>“Acho que não tem dificuldades.”</i>
4	<i>“na verdade, não foi uma dificuldade em relação a mim, mas eu achei que a equipe era um pouco desunida na época.... mas em relação a dificuldades do meu desenvolvimento das atividades, eu não achei que tivesse.”</i>
5	<i>“... mas o mais difícil é trabalhar de forma integrada e de forma multidisciplinar para desenvolver determinados trabalhos ou determinadas estratégias sob determinado assunto nesse sentido de âmbito de trabalho multidisciplinar.”</i>
6	<i>“assim, a dificuldade é aquela dificuldade que a gente vai enfrentar durante a vida... é o trabalhar em grupo,... às vezes, você não faz uma coisa concordando, mas você faz porque a maioria concordou e você não vai conflitar...”</i>
7	<i>“Eu acho que não teve dificuldade para mim.”</i>
8	<i>“Em termos de dificuldades, não lembro não, não tenho lembrado assim de cabeça, não lembro assim específico,...”</i>
9	<i>“A principal dificuldade que teve no Pet de início foi a falta de orientador voltado a área de educação física,... nós tivemos a mesma dificuldade em tentar elaborar algumas e...algumas atividades do Pet relacionada à área de educação física...”</i>
10	<i>“Então, uma das dificuldades foi essa de não dar continuidade as pesquisas. Outra dificuldade que eu encontrava muito no PET-Saúde era a questão de vários preceptores na mesma unidade, na unidade integrada, eles não se comunicavam</i>

	<i>entre eles,... a dificuldade era essa de não diálogo entre os próprios estudantes e os próprios preceptores das unidades integradas.”</i>
11	<i>“... Porque eu vi que não é fácil esse multiprofissionalismo. Né? Unir todas as disciplinas, unir os estudantes... na própria unidade, sentia dificuldade de exercer a minha experiência na educação física... A dispersão da comunidade, também a falta de preparação de alguns preceptores, de..., de planejar... Faltava, assim esse planejamento muitas vezes dos preceptores... E o acesso aos Médicos? Menina! Era muito difícil ver Médico”...</i>
12	<i>“eu achei uma certa falta de planejamento, entendeu? Enquanto, pessoas que estavam no projeto de extensão e sabia exatamente o que ia fazer em cada semana e tal, a gente, assim, ficou meio perdido..., e eu senti uma certa impotência do PET, assim, pra mudar a realidade daquele local.”</i>
13	<i>“dificuldade: mais a questão da timidez pra trabalho em que eu deveria falar em público e só.”</i>
14	<i>“eu acho que foi nos dois ambientes que a gente ficava só com o preceptor mesmo, não tinha tanto apoio de outros profissionais pra ta participando das atividades, tornando mais interativas, mas interdisciplinares.”</i>
15	<i>“por ter sido da primeira turma, a questão do preceptor é o que dificultou um pouco. Quando a gente tem um preceptor que não entende muito do projeto, que não tá muito envolvido, a gente tem dificuldade de desenvolver essa atividade do PET.”</i>
16	<i>“Então, eu acho que o processo seletivo, na época, não era muito justo.... mas de outras dificuldades, e só aquelas dificuldades iniciais de quem está chegando no PET de estar se acostumando com a equipe multidisciplinar...”</i>
17	<i>“pra mim foi, na realidade, foi só a questão do deslocamento... como tava tendo muito essa transição de passar essa Coordenação para outro Professor e tudo mais. A maior dificuldade foi essa que acabou, é... tendo poucas reuniões e a parte de pesquisa... a gente começou no finalzinho, aplicou o questionário no final, mas a gente não pode dar a continuidade...”</i>
18	<i>“dificuldade, no começo, foi não saber qual era a proposta do PET mesmo,... E também as unidades que agente ia, porque eu moro, na Torre, e fui pro Cristo.”</i>

CATEGORIA V: Potencialidades do PET-Saúde na visão de estudantes

Estudantes	Respostas
1	<i>“a potencialidade é isto, do multiprofissionalismo... Esse foi o único que participei que ele é multiprofissional e ele visava trazer várias coisas diferentes, várias áreas diferentes numa só pra que aprendesse também lidar não só com minha profissão, mas com todos aqueles que estavam ao meu redor.”</i>
2	<i>“a potencialidade eu acho que é isso, né: essa questão de tentar,... aquilo o que se propõe que não se conseguiu fazer que é aproximar o ensino do serviço, né. De uma certa forma, você conseguir colocar pessoas mais tempo dentro de uma atuação que, às vezes, a academia não dá a importância.... Então, era pra permitir uma maior aproximação com você atuar na saúde e não na doença, né. Atuar com prevenção, atuar com atividades que consigam fazer realmente a população conseguir ter uma autonomia dentro da sua saúde,...”</i>
3	<i>“é a questão da,... interdisciplinaridade que a gente pode, assim, viver isso. A questão da educação permanente também,... a multidisciplinaridade, multiprofissional, né, que a gente pode dividir conhecimentos com os outros colegas e saber o que é que aquela pessoa estuda, saber o que é de comum pra melhoria da saúde das pessoas.</i>
4	<i>“primeiro a experiência de estágio, a própria experiência que se adquire... de desenvolver atividades.... a equipe que é muito receptiva,... a gente nunca chegava lá para ficar parado.”</i>
5	<i>“Então, esse trabalho multidisciplinar, o trabalho de informar, o trabalho também</i>

	<i>de melhoria na qualidade de vida... o trabalho no sentido de prevenção, controle e também até de promoção da saúde.”</i>
6	<i>“...ta justamente, aí, na formação do profissional que a gente fica muito mais preparado. ... eu já estava mais acostumada a lidar com o público,... eu me sentia mais preparada pós isso, também teve que as coisas que tinha que postar na plataforma aquelas coisas, a gente tinha que ler, ia praticando a escrita daquela forma que eles exigem...”</i>
8	<i>“...eu encaro como uma bela proposta do profissional, ele tem o conhecimento das outras áreas profissionais e também de preparar esse profissional, digamos para um PSF, muitas vezes, visando o serviço público,...”</i>
9	<i>“Primeiro a parte de interação entre os outros cursos e...cada um atuando com o seu benefício em prol que é a saúde.”</i>
10	<i>“A aprendizagem, eu digo que é a mais potencialidade do PET-Saúde é essa porque a gente tá lá com várias pessoas de vários cursos, com vários profissionais, e agente ganha experiência com a ação de cada um... eu digo que outra potencialidade é trazer reflexão do que eu quero ser enquanto profissional porque eu tou ali enquanto estudante e eu tou vendo como é o processo de trabalho das equipes, processo de trabalho dos profissionais e o perfil do profissional. Então, traz muito essa reflexão: será como eu quero ser igual a esse profissional,... Então, a bolsa era outra potencialidade e essa interação com outras pessoas de outros cursos e aí você trocava experiência e construía saúde pra comunidade.”</i>
11	<i>“essa convivência com outros profissionais... eu via até as dificuldades, muitos profissionais queriam e não conseguiam, não tinham recursos suficientes para atender à população. Foi esse lado, assim, do funcionamento do PSF em si... Então, assim, das duas unidades eu tive bastante ajuda dos Agentes de Saúde...”</i>
12	<i>“... parecem oportunidades pra gente, realmente, esclarecer pra população vários temas de saúde... Então, eu achei isso muito bom, assim, é uma maneira da população ter acesso à saúde por aquelas pessoas que estão no PET.”</i>
13	<i>“eu vejo como um instrumento para tornar um profissional mais humanizado, né. ... é bom porque você passa a conhecer mais a comunidade. eu também posso dizer que é uma oportunidade para produzir trabalhos científicos na área de saúde coletiva né,... E também é do aprendizado, do crescimento mútuo que é adquirido através da relação com outros profissionais de saúde....”</i>
14	<i>“acredito que o principal é esse contato mais próximo com a comunidade,... a gente vai, realmente, pra dentro da comunidade pra conhecer melhor.”</i>
15	<i>“eu acho que essa questão da inserção do estudante mais cedo possível dentro da realidade dos serviços de saúde porque a gente fica na clinica escola, nos hospitais escola, muito com a realidade pouco diferenciada. Quando vai pro PET, não, a gente faz parte da equipe e aí a gente começa a vivenciar essa realidade, dos problemas que estão envolvidos na unidade.”</i>
16	<i>“esse fator multidisciplinar conta por n motivos porque você não vai trabalhar sozinho. Então, você já tem uma experiência, a de criar atividade, de discutir com o profissional, de tá levando a literatura que tinha, nos grupos tutoriais, pra prática.”... a de você realizar atividade com qualquer público, tentar, às vezes, mesmo você não consegue, tentar sair de situações.... Então, acho que isso da essa base, essa noção pra você participar desse mundo da saúde coletiva”.</i>
17	<i>“No PET, não. Você tudo ao mesmo tempo, você está lá acompanhando o seu preceptor, ao mesmo tempo, que você está fazendo uma extensão, você vai pro cenário de práticas, você pensa junto com eles, discute, aprende, estuda.. Fazer a parte, é... mais social...”</i>
18	<i>“...foi de trabalhar mesmo com a comunidade. Né? Na saúde. É... e trabalhar com outras áreas, a gente trabalhava junto... a gente sempre tentava buscar a prevenção, não ficar doente, de ter hábitos saudáveis pra não precisar do atendimento da unidade”.</i>

Apêndice E - ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

<i>Categoria I</i>	<i>Sub-categoria</i>	<i>Unidade de registro</i>
<i>PET-Saúde na Percepção do Estudante</i>	<i>Experiências no âmbito do PET-Saúde</i>	<p>“Gostei muito porque foi um dos primeiros contatos que eu tive com a Saúde Pública, né, de tá ali, de ter outras pessoas de outros cursos também.” (E3- Enfermagem)</p> <p>“foi uma experiência, assim, de bastante aprendizado porque apesar de a gente conhecer a Saúde Coletiva, na Universidade, pela teoria, só quando a gente chega na prática que a gente vai saber mesmo como é a realidade, né.”(E6-Nutrição)</p> <p>“Bom minha experiência no Pet-Saúde foi algo novo, foi algo diferente lá... pela forma de trabalho desenvolvido,.. .(E9-Educação Física)</p> <p>“Então, eu tenho a experiência do PET até hoje formação profissional, como muito exitosa e válida pra se tornar um profissional diferenciado.” (E10-Fisioterapia)</p> <p>“O primeiro, assim, eu considerei bom... cada ida ao PET era um aprendizado.” “Já no Timbó,... foi mais uma experiência de vida,...”(E12-Medicina)</p> <p>“acho que foi muito válida, principalmente, por este foco multidisciplinar que o PET dá e pelo fato de ter sido algo no início do meu curso.” (E14-Nutrição)</p> <p>“Foi legal pra mim o PET porque foi... No PET, a gente teve a oportunidade de entender um pouco mais como era a rotina de uma unidade de saúde, a gente pode vivenciar algumas coisas não só como Médico... (E17-Medicina)</p>
	<i>Contribuições do Pet-Saúde para Formação</i>	<p>“Então, assim, ele contribuiu na questão até de me auxiliar, digamos assim, pra eu fazer, pra eu cursar bem outras disciplinas da Universidade e, pessoalmente, me ajudou porque eu saí muito assim, tanto da visão de Dentista,... assim, ajudou a ter essa visão generalista do Dentista...” (E1-Odontologia)</p> <p>Então, eu acho que o PET foi importante para eu perceber essas deficiências que têm no Sistema Único de Saúde e pra eu perceber que é importante mais ainda, que eu não entre naquela de “ah! já que não é aquilo que eu acredito, deixa pra lá e to nem aí”, mas no sentido ta cada vez mais lutando para um sistema de saúde que realmente atenda às necessidades da população”. (E2-Fisioterapia)</p>

		<p>“... todos os conceitos de Saúde Pública, as políticas, tudo o que eu pude aprender na teoria, no PET, eu vi na prática... mesmo que eu saiba que tem muito ainda para melhorar, mas foi uma das formas que eu vi acontecer.” (E3-Enfermagem)</p> <p>“Acho que uma das principais contribuições é a experiência profissional, entre aspas, né? A experiência de trabalhar com educação em saúde... (E4-Enfermagem).</p> <p>“O PET sim teve muitas contribuições, no sentido, assim, de que eu pude vivenciar como eu falei outra realidade, pude ver diferentes aspectos de uma população, numa mesma cidade, populações numa mesma micro área, mas que com realidades de vida diferentes, como atuar, como estabelecer meios de atuar nessas diferentes realidades.... despertou a essência do trabalho, pesquisa, investigação,... PET foi a construção de um conhecimento coletivo.”(E5-Odontologia)</p> <p>“... foi só a través do PET que eu conheci, realmente, como era a estrutura, a organização da unidade de saúde... De você ser uma pessoa mais desenrolada,... Aí, também teve isso de profissionais que a gente se espelha,... a gente vai lidar com o público diferente,...” (E6-Nutrição)</p> <p>“... a partir, desse conhecimento que eu tenho do PET de que o que é saúde, de o que é promover saúde, é que eu vou promover mudanças na saúde do Brasil, trazer mudanças nos indicadores de saúde, tanto de saúde bucal como nos outros índices de saúde das outras áreas.”(E8-Odontologia)</p> <p>“... eu tenho uma formação profissional diferenciada, eu não sou aquele que é de cima para baixo, não. Eu tento dialogar, é..., eu tento ta planejando atividades como no PET-Saúde trazia muito... (E10-Fisioterapia)</p> <p>“... Eu acho que melhorou a minha formação, assim, médica mesmo, essa entrada no contexto de pessoas...” (E12-Medicina)</p> <p>“Acredito que essa formação menos hospitalar, essa questão de não ver só a doença, de ver o indivíduo como um todo, se importar com a questão da prevenção, promoção da saúde.”(E14-Enfermagem)</p> <p>“... Mas também minha formação foi também isso, clarear o que eu não via o que eu não enxergava direito... “Eu pude compreender mais esse universo...” (E 16-Nutrição)</p> <p>“... acho que foi, foi o maior ensinamento, essa visão de que, é... a unidade de saúde, a Saúde da Família, ela funciona com vários profissionais... Tem muitas coisas que eles podem fazer integrado e contribuir para a população e é dessa forma que as melhores equipes funcionam...”(E17-Medicina)</p>
--	--	--

<i>Categoria II</i>	<i>Unidade de registro</i>
<i>Motivações de Adesão ao Pet-Saúde</i>	<p><i>“bom, um dos pra ser bem sincera foi a bolsa...”(E2-Fisioterapia)</i></p> <p><i>“... é, primeiramente, pela bolsa que ofereciam...” (E3-Enfermagem)</i></p> <p><i>“... e também por conta da grana porque eu sou do interior...”(E7-Medicina)</i></p> <p><i>“..., assim, a bolsa eu confesso que também atraiu,...” (E8-Odontologia)</i></p> <p><i>“... um dos motivos que me levou a participar do PET, inicialmente, foi a bolsa. Isso aí eu não vou mentir não, foi a bolsa que me levou a participar do PET...”(E10-Fisioterapia)</i></p> <p><i>“...pelo dinheiro também, mais uma vez.” (E18-Educação Física).</i></p> <p><i>“... como pra a gente ver, ter novos horizontes fora da Universidade ...”(E1 Odontologia)</i></p> <p><i>“foi assim: a oportunidade de ter uma atividade de extensão...” (E4-Enfermagem)</i></p> <p><i>“O PET veio como uma proposta de integrar ensino, pesquisa e extensão. Então, na época, assim, se dizia que era muito importante a gente ter uma formação, ter uma formação, um convívio fora da Universidade, fora da sala de aula...”(E5-Odontologia)</i></p> <p><i>“É... Primeiro, porque eu tinha pouca atividade na área de extensão, foi uma das coisas que me motivou...”(E7-Medicina)</i></p> <p><i>... Primeiro porque ser uma extensão, eu já eu acho importante... porque assim a partir da extensão a gente vai ter acesso com a comunidade, a gente vai saber como a saúde é tratada na comunidade...”(E8-Odontologia).</i></p> <p><i>“... porque a Universidade exige...” (E4-Enfermagem)</i></p> <p><i>“bom, inicialmente, é porque, assim, a Universidade obriga a gente a ter aqueles conteúdos extra-curriculares, né (E6-Nutrição)</i></p>

“E um dos outros motivos foi porque eu sempre tive muita identificação com a área de Atenção Básica,...”(E2-Fisioterapia)

“... também por ser uma oportunidade de melhorar o meu conhecimento naquela área de Saúde Coletiva.”(E3-Enfermagem)

“... e eu me identifiquei. ”(E4-Enfermagem)

“Por afinidade eu escolhi o PET, mas, assim, dentro da Universidade, a gente procura todas as experiências possíveis e o PET ofereceu essa experiência dentro de Saúde Coletiva”.(E6-Nutrição).

“... outro motivo também, de conhecer novas pessoas, o funcionamento do sistema,..”(E7-Medicina)

“... só por estar no PET, eu ficaria por achar importante essa proposta.” (E8-Odontologia)

“primeiro porque eu já tinha uma afinidade com esse campo da Atenção Primária, da Atenção Básica... seria importante para estar complementando o que a gente já vê, normalmente, na Universidade mesmo, nas cadeiras básicas da Universidade.”(E14-Enfermagem)

“... uma nova aprendizagem, uma nova interação com outras pessoas, também foi essa motivação”. (E10-Fisioterapia)

“Bem, é, em primeiro lugar foi o interesse em fazer algo em Saúde Coletiva.”...(E13-Nutrição)

“Eu escolhi o PET porque eu sempre gostei de saúde coletiva,..“Então, foi isso que me fez buscar o pet para entender um pouco mais dessa realidade.”.(E15-Fisioterapia)

*“... todo mundo diz que o PET é muito bom, vai levar a você a conhecer novos caminhos. Então foi isso, eu tava num momento que vinha muito projeto, muito clínico e queria buscar uma visão maior.”
(E16-Nutrição)*

“...eu senti vontade de participar por causa disso porque era uma coisa que já tinha... que a gente já ouviu falar coisas boas, eu queria participar de uma coisa que tivesse mais seriedade...” “...aí, eu queria ver se é isso”.(E17-Medicina)

“... Aí, eu tentei de novo porque eu tinha gostado da área...” (E18-Educação Física)

“...Tanto para currículo, ele era bom...”(E1 Odontologia)

“... Eu fiz mais, na verdade, pelo currículo porque disseram que era muito bom pro currículo e, aí, eu vi, ali, uma oportunidade de conseguir algo que ia beneficiar meu currículo, né”. (E12-Medicina)

“...mais por experiência e currículo também porque eu sei que é importante para a minha formação”. (E13-Nutrição)

Categoria III	Subcategoria	Unidade de registro
Atividades desenvolvidas pelos estudantes no PET-Saúde	Atividades Gerais	<p>“Bem, o tipo de atividade era palestras nas salas de espera, fazíamos acolhimento e levávamos algum tema...” E fazíamos também visita domiciliar junto ou ao ACS... E também realizei muitas coisas na área de saúde bucal. ”(E1-Odontologia)</p> <p>“A gente desenvolveu atividades na escola, né. Lá, no Nova União, desenvolveu atividades dentro da unidade de saúde...” No meu outro cenário de prática: a gente ainda desenvolveu atividades dentro da comunidade ...”(E2-Fisioterapia)</p> <p>“... teve aquelas oficinas que a gente planejou as atividades... pôde conhecer um pouco mais sobre a profissão, ficava com a enfermeira, é tinha atividades também com a turma de odonto que fazia as atividades na unidade, conhecer o território...” (E3Enfermagem)</p> <p>“Várias atividades, desde educação em saúde, trabalhando com os próprios grupos da unidade,... Também trabalhamos em escola, creche, principalmente, em Odontologia, é a parte de Saúde Bucal, escovação com crianças, nós trabalhamos com grupos mulheres... trabalhamos a prevenção a parte de promoção de saúde, também trabalhamos a parte de vacinas. É capacitação dos profissionais lá na unidade, oficinas...”(E4-Enfermagem)</p> <p>“Foram desenvolvidas atividades em diversos âmbitos, no âmbito coletivo, na minha área de âmbito coletivo.” “bem, a gente desenvolveu atividades de educação em saúde, a gente desenvolveu atividades de escovação supervisionada, atividades de prevenção, atividades que tratava de saúde da criança, saúde do idoso, saúde da mulher, segurança do trabalho, combate ao tabagismo, prevenção de doenças infecto contagiosas.” (E5-Odontologia)</p> <p>“... Nas escolas, a gente realizou palestras e rodas de conversa também. Aí, também a gente fez busca ativa com mulheres, atrair as mulheres para fazer exame citológico na unidade,...fez o mapeamento também, a gente participou da confecção do mapa.”(E6-Nutrição)</p> <p>“... acompanhava consultas de diversos profissionais.” (E7-Medicina)</p> <p>“... lá na minha unidade, na minha área, na comunidade em que eu trabalhei, ela tinha um alto índice de escabiose, nós fizemos até uma pesquisa e estamos desenvolvendo o artigo...” (E8-Odontologia)</p> <p>“É ...Bom a gente atuou, o pessoal da educação física dentro das unidades de saúde... “... sempre ocorria algumas palestras orientando o pessoal, os usuários... em relação aos benefícios que a própria unidade oferecia a população.”(E9-Educação Física)</p> <p>“... Então, a gente trabalhou muito promoção de saúde, é..... fez muita sala de espera, participou do acolhimento, aprendi também como participar do acolhimento... pude fazer uma cartografia, né, conhecer o ambiente, o território, fazer um mapa vivo e... formação de um grupo de... operativo de hipertensos e diabéticos...” bom de ta trabalhando com um sistema virtual de aprendizagem.... trouxe também trabalhar situações problema,...”(E10-Fisioterapia)</p>

	<p>“... tinha uma tal de cartografia que a gente tinha que fazer no começo... eu publiquei um trabalho que eu apresentei num Congresso...”(E11-Nutrição)</p> <p>“... teve aquela questão dá, dá, dá... como é que se chama? Dá interdisciplinaridade... eu entrei um pouco no campo da odonto, né.”(E12-Medicina)</p> <p>“... no primeiro semestre, foi mais acompanhamento de família com os estudantes de medicina que fazia visitas domiciliares... e fazia discussão mais geral sobre saúde, sobre conselho de saúde, aí tinha algumas questões que iam surgindo, questões de religiosidade..., elas muitas vezes não acreditavam nas medicações, nas vacinas, aí a gente tinha que fazer o trabalho de desconstrução junto a essas famílias pra mostrar a elas a importância dos medicamentos, a necessidade de tomar as vacinas.”(E15-Fisioterapia)</p> <p>... fora as reuniões que agente tinha e discussão com relação à literatura.”(E16-Nutrição)</p> <p>“No primeiro ano,... a gente saiu mais com os Agentes de Saúde pra conhecer a área... começou a preencher um questionário que eles preenchem pra saber a quantidade de pessoas e sair com eles, de casa em casa, pra gente preencher isso, depois a gente fez um mapa,... Cartografia... ... no segundo semestre,... preceptora nos colocou no HIPERDIA... era o grupo de pessoas de HIEPRDIA que fazia atividade física... era dividido em 2 grupos, em 2 momentos, que era o relaxamento e o alongamento. Depois, vinha atividade mais aeróbica e depois, no final, os meninos verificavam a pressão, de enfermagem e de medicina e os meninos de nutrição davam orientações sobre alimentação... no outro ano, no Vila Saúde, a gente participou muito mais de visita, era só visita e o acolhimento...”(E18-Educação Física)</p>
Vivências significativas	<p>“A mais marcante, eu acho que foram as visitas,... Porque eu nunca tinha pensado em atendimento domiciliar, somente em consultório, foi uma experiência extra, foi uma experiência, digamos assim, diferente de todas as outras que eu tinha vivido dentro da Universidade”.(E1-Odontologia)</p> <p>“Eu acho que um dos mais importantes foi uma discussão que teve: foi a cartografia que eles haviam feito.”... “eles foram mais a fundo, assim, na produção da cartografia,... eu acho que foi uma ferramenta bastante importante para o trabalho deles.”</p> <p>“... eu acho que as mais marcantes foram aquelas que a gente teve contato direto com o público... Porque a gente tinha uma certa autonomia para realizar as atividades, pensar no que a gente queria e não era uma coisa assim, imposta”(E3-Enfermagem)</p> <p>“eu acho que a que mais marcou foram as atividades desenvolvidas no grupo de mulheres, acho que pela identificação com a área de saúde da mulher. (E4-Enfermagem)</p> <p>“eu acho que a experiência mais marcante quando a agente desenvolveu atividade com crianças,... A gente criou um circuito da saúde em toda a unidade,... no sentido de organizar, no sentido de elaborar e executar também e também no sentido que trouxe um resultado bastante positivo”. (E5-Odontologia)</p>

	<p><i>“... Eu acho que, todos os momentos, de certa forma, eu saí com aprendizado, não vou mentir, porque eu cheguei lá, eu era uma pessoa muito verde, assim, não tinha experiência.” (E6-Nutrição)</i></p> <p><i>“O que eu acho mais marcante, eu acho que foi quando eu fui pra escola fazer atividade sobre sexualidade que não imaginava que os jovens saberiam tanto ao ponto de saber mais que a gente, né. ... agente aprende a ver como o jovem pensa.”(E7-Medicina)</i></p> <p><i>“eu acho que essa pesquisa que a gente fez...” (E8-Odontologia)</i></p> <p><i>“O mais marcante pra minha formação foi a visita à escola e em seguida à visita a ...creche. Por que lá dentro deu para interagir melhor com o pessoal e...também deu para desenvolver atividades relacionadas ao meu curso.”(E9-Educação Física)</i></p> <p><i>“O trabalho mais marcante, no primeiro ano do PET, na primeira unidade, foi as visitas, foi as visitas domiciliares, aí, eu pude viver, entender um pouco da comunidade, esse, o atendimento humanizado... no segundo ano, a experiência mais marcante que eu também gostei foi na escola. Né? Eu tive a oportunidade de trabalhar o tema promoção da saúde nas escolas. ...as palestras, porque eu me senti mais ativa, porque eu senti mais retorno, foi algo, assim, que eu vi que não dependia muito das outras pessoas...”(E11-Nutrição)</i></p> <p><i>“... eu me lembro muito de uma assim que me impressionou porque eu não sabia daquela realidade... a gente ia falar de métodos contraceptivos, né, praticamente crianças, adolescentes, 13 e 14 anos. Assim, o que me impressionou foi o conhecimento que eles tinham daquilo,... eu fiquei assustada com aquela experiência que umas meninas tão novas tinham no assunto, parecia prática porque lendo é que não é”.(E12-Medicina)</i></p> <p><i>“A mais marcante pra mim foi a visita domiciliar mesmo porque lá a gente consegue ver o indivíduo como um todo, né, sua realidade e não apenas o seu saber, né, mas tem que ver onde ele está inserido,... é muito importante analisar isso para que haja uma melhor eficácia, né.”(E13-Nutrição)</i></p> <p><i>“eu acho que o ponta pé inicial, era sempre o conhecimento do território, da área onde a gente ia atuar, da comunidade,... pra partir daí a gente tá podendo pensar nas atividades que iam sendo realizadas, vendo o que poderia ser feito e como poderia tá contribuindo no local ali. Acho que foi o mais importante.”(E14-Enfermagem)</i></p> <p><i>“foi essa parte de visitas, de acompanhamento das famílias que agente pode botar em pratica, realmente, aquele conceito de unidade de saúde, a gente pode realmente discutir outras questões que envolvem saúde, mas que não estão diretamente relacionados a parte biológica.”(E15-Fisioterapia)</i></p> <p><i>“Eu gostei muito das atividades da escola,... porque é um público totalmente diferente,... você tem que ter uma noção, um jogo de cintura que você vai adquirindo com o tempo e controlar uma criança de fazer uma atividade, de mostrar a ela o que é certo, o que é errado”. (E16-Nutrição)</i></p>
--	---

		<p>“... acho que a nossa maior contribuição na época foi a atividade do PPS – Projeto Terapêutico Singular ... era uma coisa que o pessoal da unidade não conseguia ter muito tempo pra realmente formar um projeto de cuidado daquela família, eles não conseguiam tentar entender... (E17-Medicina)</p> <p>“Eu acho que a mais marcante foi... nesse momento do grupo de HIPERDIA, que a gente teve mais contato com a população, o grupo era pequeno e começou a vir mais gente”... (E18-Educação-Física)</p>
--	--	--

<i>Categoria IV</i>	<i>Subcategoria</i>	<i>Unidade de registro</i>
<i>Dificuldades do PET-Saúde apontadas pelos Estudantes</i>	<i>Dificuldades na esfera Pessoal</i>	<p>“dificuldades: é a questão do acesso pra chegar lá era muito difícil...” (E1-Odontologia)</p> <p>“pra mim foi, na realidade, foi só a questão do deslocamento...” (E17-Medicina)</p> <p>E também as unidades que agente ia, porque eu moro, na Torre, e fui pro Cristo. ”(E18-Educação Física)</p> <p>“dificuldade: mais a questão da timidez pra trabalho em que eu deveria falar em público e só.” (E13-Nutrição)</p>
	<i>Dificuldades na operacionalização do programa</i>	<p>“dificuldade, no começo, foi não saber qual era a proposta do PET mesmo,...” (E18-Educação Física).</p> <p>“Então, eu acho que o processo seletivo, na época, não era muito justo...” (E16-Nutrição)</p> <p>“eu acho que foi nos dois ambientes que a gente ficava só com o preceptor mesmo, não tinha tanto apoio de outros profissionais pra ta participando das atividades, tornando mais interativas, mas interdisciplinares.” (E14-Enfermagem)</p> <p>“eu achei uma certa falta de planejamento, entendeu? Enquanto, pessoas que estavam no projeto de extensão e sabia exatamente o que ia fazer em cada semana e tal, a gente, assim, ficou meio perdido..., e eu senti uma certa impotência do PET, assim, pra mudar a realidade daquele local.”(E12-Medicina)</p> <p>“... também a falta de preparação de alguns preceptores, de..., de planejar... Faltava assim esse planejamento muitas vezes dos preceptores...” (E11-Nutrição).</p> <p>“por ter sido da primeira turma, a questão do preceptor é o que dificultou um pouco. Quando a gente tem um preceptor que não entende muito do projeto, que não tá muito envolvido, a gente tem dificuldade de desenvolver essa atividade do PET.” (E15-Fisioterapia)</p> <p>“Outra dificuldade é: a própria população de lá era muito difícil porque era uma população muito humilde, então, tudo era novidade para eles.... uma resistência da população quanto à recepção dos profissionais e dos alunos”(E1-Odontologia).</p>

		<p>“... a dificuldade era essa de não diálogo entre os próprios estudantes e os próprios preceptores das unidades integradas.” (E10-Fisioterapia)</p> <p>“... Porque eu vi que não é fácil esse multiprofissionalismo. Né? Unir todas as disciplinas, unir os estudantes... na própria unidade, sentia dificuldade de exercer a minha experiência na educação física... A dispersão da comunidade... E o acesso aos Médicos? Menina! Era muito difícil ver Médico”..(E11-Educação Física)</p> <p>“na verdade, não foi uma dificuldade em relação a mim, mas eu achei que a equipe era um pouco desunida na época...” (E4-Enfermagem)</p> <p>“... mas o mais difícil é trabalhar de forma integrada e de forma multidisciplinar para desenvolver determinados trabalhos ou determinadas estratégias sob determinado assunto nesse sentido de âmbito de trabalho multidisciplinar.” (E5-Odontologia)</p> <p>“Então, uma das dificuldades foi essa de não dar continuidade as pesquisas.” (E10-Fisioterapia).</p> <p>“A maior dificuldade foi essa que acabou, é... tendo poucas reuniões e a parte de pesquisa... a gente começou no finalzinho, aplicou o questionário no final, mas a gente não pode dar a continuidade...”(E17-Medicina)</p> <p>“A principal dificuldade que teve no Pet de início foi a falta de orientador voltado a área de educação física,... nós tivemos a mesma dificuldade em tentar elaborar algumas e...algumas atividades do Pet relacionada à área de educação física...”(E11-Educação Física).</p>
--	--	--

Categoria V	Unidade de Registro
<p><i>Potencialidades do PET-Saúde na visão de Estudantes</i></p>	<p>“a potencialidade é isto, do multiprofissionalismo... Esse foi o único que participei que ele é multiprofissional e ele visava trazer várias coisas diferentes, várias áreas diferentes numa só pra que aprendesse também lidar não só com minha profissão, mas com todos aqueles que estavam ao meu redor.(E1-Odontologia)</p> <p>“é a questão da,... interdisciplinaridade que a gente pode, assim, viver isso. A questão da educação permanente também,... a multidisciplinaridade, multiprofissional, né, que a gente pode dividir conhecimentos com os outros colegas e saber o que é que aquela pessoa estuda saber o que é de comum pra melhoria da saúde das pessoas. (E3-Enfermagem)</p> <p>“Primeiro a parte de interação entre os outros cursos... cada um atuando com o seu benefício em prol que é a saúde.” (E9-Educação Física)</p> <p>“... ta justamente, aí, na formação do profissional que a gente fica muito mais preparado... eu já estava mais acostumada a lidar com o público,... eu me sentia mais preparada pós isso, também teve que as coisas que tinha que postar na plataforma aquelas coisas, a gente tinha que ler, ia praticando a escrita daquela forma que eles exigem... (E6-Nutrição).</p>

“... eu encaro como uma bela proposta do profissional, ele tem o conhecimento das outras áreas profissionais e também de preparar esse profissional, digamos para um PSF, muitas vezes, visando o serviço público...”(E8-Odontologia)

“A aprendizagem, eu digo que é a mais potencialidade do PET-Saúde é essa porque a gente tá lá com várias pessoas de vários cursos, com vários profissionais e agente ganha experiência com a ação de cada um...” (E10-Fisioterapia)

“Então, você já tem uma experiência, a de criar atividade, de discutir com o profissional, de tá levando a literatura que tinha, nos grupos tutoriais, pra prática.”... a de você realizar atividade com qualquer público, tentar, às vezes, mesmo você não consegue, tentar sair de situações.... Então, acho que isso da essa base, essa noção pra você participar desse mundo da saúde coletiva.”(E14-Enfermagem)

“eu vejo como um instrumento para tornar um profissional mais humanizado, né. ... é

bom porque você passa a conhecer mais a comunidade. eu também posso dizer que é uma oportunidade para produzir trabalhos científicos na área de saúde coletiva né,... E também é do aprendizado, do crescimento mútuo que é adquirido através da relação com outros profissionais de saúde....”(E13-Nutrição)

“a potencialidade eu acho que é isso, né: essa questão de tentar,... aquilo o que se propõe que não se conseguiu fazer que é aproximar o ensino do serviço, né. De uma certa forma, você conseguir colocar pessoas mais tempo dentro de uma atuação que, às vezes, a academia não dá a importância.... Então, era pra permitir uma maior aproximação com você atuar na saúde e não na doença, né. Atuar com prevenção, atuar com atividades que consigam fazer realmente a população conseguir ter uma autonomia dentro da sua saúde,...”(E2-Fisioterapia)

“... eu digo que outra potencialidade é trazer reflexão do que eu quero ser enquanto profissional porque eu tou ali enquanto estudante e eu tou vendo como é o processo de trabalho das equipes, processo de trabalho dos profissionais e o perfil do profissional. Então, traz muito essa reflexão: será como eu quero ser igual a esse profissional,...”(E10-Fisioterapia)

“eu acho que essa questão da inserção do estudante mais cedo possível dentro da realidade dos serviços de saúde porque a gente fica na clinica escola, nos hospitais escola, muito com a realidade pouco diferenciada. Quando vai pro PET, não, a gente faz parte da equipe e aí a gente começa a vivenciar essa realidade, dos problemas que estão envolvidos na unidade”. (E13-Nutrição)

“essa convivência com outros profissionais... eu via até as dificuldades, muitos profissionais queriam e não conseguiam, não tinham recursos suficientes para atender à população. Foi esse lado, assim, do funcionamento do PSF em si... Então, assim, das duas unidades eu tive bastante ajuda dos Agentes de Saúde...” (E11-Educação Física)

“... parecem oportunidades pra gente, realmente, esclarecer pra população vários temas de saúde... Então, eu achei isso muito bom, assim, é uma maneira da população ter acesso à saúde por aquelas pessoas que estão no PET.” (E12-Medicina)

“acredito que o principal é esse contato mais próximo com a comunidade,... a gente vai, realmente, pra dentro da comunidade pra conhecer melhor.”(E14-Enfermagem)

“... foi de trabalhar mesmo com a comunidade. Né? Na saúde. É... e trabalhar com outras áreas, a gente trabalhava junto.... a gente sempre tentava buscar a prevenção, não ficar doente, de ter hábitos saudáveis pra não precisar do atendimento da unidade.”(E18-Educação Física)

Anexo I - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

Declaro estar ciente do projeto e da realização da pesquisa “**PET-Saúde na Percepção de Estudantes: Contribuições para Formação na Área de Saúde**”, de autoria da pesquisadora Maria Betânia de Moraes, sob orientação da Professora Dra. Karla Patrícia Cardoso Amorim nas dependências da Universidade Federal da Paraíba.

Ao mesmo tempo, autorizo que o nome desta Instituição possa constar no trabalho final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Atenciosamente,

REINALDO NÓBREGA DE ALMEIDA
Diretor do Centro de Ciências da Saúde da UFPB
SIAPE 633.632-8

Reinaldo Nóbrega de Almeida
Diretor do Centro de Ciências da Saúde
Matrícula SIAPE: 633.632-8