

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JULLYANNE HERINGER CORDEIRO ORNELAS

**VIVENDO E APRENDENDO: A EXPERIÊNCIA DO PET-SAÚDE REDES DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

VITÓRIA  
2016

JULLYANNE HERINGER CORDEIRO ORNELAS

**VIVENDO E APRENDENDO: A EXPERIÊNCIA DO PET-SAÚDE REDES DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração de Política e Gestão em Saúde e linha de pesquisa Integração Ensino-Serviço em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maristela Dalbello-Araujo

VITÓRIA

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação  
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade  
Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

Ornelas, Jullyanne Heringer Cordeiro, 1985-  
O74v Vivendo e aprendendo: a experiência do PET-Saúde Redes  
de Atenção Psicossocial/Jullyanne Heringer Cordeiro Ornelas -  
2016.  
84 f.

Orientador:Maristela Dalbello-Araujo.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade  
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Ensino. 2.Serviços de saúde. 3. Desenvolvimento de  
Pessoal.4. Educação em Saúde. 5. Serviços de Integração  
Docente-Assistencial. I. Dalbello-Araujo, Maristela.  
II.Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da  
Saúde.III. Título.

CDU: 61

---

**Jullyanne Heringer Cordeiro Ornelas**

*Vivendo e aprendendo: a experiência do PET-Saúde  
Redes de Atenção Psicossocial*

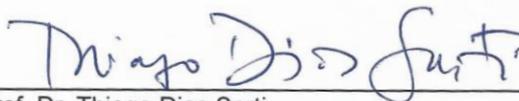
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração em Política e Gestão em Saúde.

Aprovada em 29 de setembro de 2016.

**COMISSÃO EXAMINADORA**



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maristela Dalbello Araujo  
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC  
Orientadora



Prof. Dr. Thiago Dias Sarti  
Departamento de Medicina Social - Universidade Federal  
do Espírito Santo  
Membro externo



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Francis Sodré  
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC  
Membro interno

Aos meus amores,  
por encherem a casa, o coração e a alma.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente ao Pai, ao mestre Jesus e aos meus muitos anjos de guarda, que me sustentaram ao longo desse longo caminho.

Sou profundamente grata aos meus pais, Namir e Zilerce, que me receberam como filha nesta vida e que, com imenso amor, me possibilitaram escolhas, experiências e vivências – as mais ousadas, prazerosas, difíceis, ricas e intensas. Ao Raphael, meu irmão, companheiro e técnico de informática de todas as horas.

Ao Igor, meu amor e maior incentivador, por ter apoiado incondicionalmente essa aventura apesar dos meus momentos de estresse, angústia e mau humor; por ter trazido leveza aos meus dias, e ter me presenteado com o Noah, um “serzinho” que transborda alegria e que tornou a etapa final desse percurso (e a minha vida) tão mais doce e colorida!

Aos meus sogros, Jaime e Lisaura, e ao meu cunhado, Guilherme, que foram o meu essencial suporte logístico nos momentos mais turbulentos dessa jornada.

À minha orientadora e parceira de trabalho, Maristela, pela confiança em mim depositada, pelo carinho, sensibilidade e generosidade com que conduziu a construção desta pesquisa, contribuindo de modo determinante com a conclusão deste trabalho e para o início da minha caminhada pelos trilhos da docência. Maristela, você está do lado da vida onde o pouco não existe...! Muito obrigada!

Aos colegas e amigos de turma do mestrado e do Grupo de Estudos em Trabalho e Saúde (GEMTES), pelas valiosas discussões e trocas de conhecimentos e de afetos (tão importantes!). Agradeço especialmente a Erika, Fabiana, Sara, Alexandra, Júlia e Francis. Obrigada pelo acolhimento nos momentos mais dolorosos e difíceis, e por me mostrarem que esse caminho não precisa ser percorrido solitariamente. A vocês, minha admiração e eterna gratidão!

Aos tutores e monitoras do PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial que acolheram, apostaram em nossa proposta de pesquisa e participaram do processo de construção desse trabalho, tornando essa vivência possível e ainda mais rica.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) pelas aulas ministradas e pelos conhecimentos compartilhados e construídos.

Aos funcionários da instituição pela convivência sempre prazerosa.

E a todos que, direta e indiretamente, acreditaram na possibilidade de realização desse projeto.

Muito obrigada!

*[...] não sei se terei coragem de simplesmente ir.  
É difícil perder-se. [...] como adulto terei a coragem infantil de me perder?  
Terei que ter a coragem de usar um coração desprotegido  
e de ir falando para o nada e para o ninguém?*

Clarice Lispector

## RESUMO

Este estudo tem como temática a integração ensino-serviço em saúde, com foco na participação dos estudantes dos cursos da área da saúde envolvidos no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Redes de Atenção Psicossocial. Esta pesquisa baseou-se na abordagem qualitativa e seus dados foram produzidos a partir da utilização de duas fontes de informação: as entrevistas individuais com oito estudantes e os diários de campo produzidos por sete discentes. A análise do conjunto de dados foi realizada à luz dos pressupostos da Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2004), que norteou as relações entre a contextualização teórica do estudo e as unidades emergentes do material produzido e, ainda, as relações entre as unidades emergentes e os objetivos desta pesquisa, das quais surgiram as três categorias de análise discutidas: o que os estudantes fizeram, as principais dificuldades vivenciadas pelos discentes, as reflexões produzidas e os sentimentos experienciados. O material analisado revelou que a inserção dos estudantes no cotidiano dos serviços de saúde possibilitou, principalmente, a incorporação da integralidade ao processo de ensino-aprendizagem. Revelou, também, que as dificuldades vivenciadas pelos discentes ao longo de suas atuações no Programa marcaram consideravelmente suas vivências, de modo que as principais reflexões teóricas relatadas foram produzidas a partir de tais dificuldades. No que tange aos sentimentos e emoções experienciados, verificamos que estes emergiram no material de modos e com intensidades diferentes, e foram despertados, sobretudo, pelos encontros com o desconhecido, o diferente e o distante. Constatamos, por fim, que as vivências dos estudantes repercutiram positivamente em seus processos de formação profissional e pessoal.

**Palavras-chave:** Ensino. Serviços de saúde. Formação de recursos humanos. Educação Permanente em Saúde. Integração docente-assistencial.

## ABSTRACT

This study has as its theme the integration between teaching and service in health area, with focus on participation of the students of health courses involved in the Program of Education for Work for Health Care Psychosocial Networks. This research is based on qualitative approach and its data were produced from two sources of information: individual interviews with eight students and field diaries produced by seven students. Data analysis was based on the assumptions of the Thematic Content Analysis proposed by Bardin (2004), that guided the relations between the theoretical contextualization of the study and the emerging units of the material produced, and, still, the relations between the emerging units and the research goals, which emerged three analysis categories: what the students did, the main difficulties experienced by the students, the reflections produced and the experienced feelings. Analysis revealed that the inclusion of the students in the routine of health services enabled, mainly, the incorporation of comprehensiveness to the teaching-learning process. It also showed that the difficulties experienced by students throughout their performances in the Program, marked considerably their experiences, so that the main theoretical reflections reported to those difficulties. About the feelings and emotions experienced, we verified that these emerged in the material in many different ways and intensities, and were awakened, specially by encounters with the unknown, different and distant. Finally, we found that the experiences of the students reverberated positively in their professional and personal formation processes.

**Keywords:** Teaching. Health services. Human resources training. Continuing Education in Health. Teaching care integration.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela1 – Distribuição dos participantes da pesquisa

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
CAJUN	Projeto Caminhando Juntos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CnaR	Consultório na Rua
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ES	Espírito Santo

ESF	Estratégia Saúde da Família
IDA	Integração Docente-Assistencial
IES	Instituições de Educação Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UNI	Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde - União com a Comunidade
US	Unidade de Saúde
UVV	Universidade Vila Velha
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do SUS

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2 QUADRO TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
2.1 PROBLEMATIZAÇÃO SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE.....	18
2.2 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO EM SAÚDE.....	26
2.2.1 Algumas iniciativas de integração ensino-serviço em saúde.....	29
2.2.2 Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).....	30
2.2.3 Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).....	31
2.2.4 Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde(PET-Saúde) Redes.....	32
2.3 A FORMAÇÃO EM SAÚDE PELA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE.....	34
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>38</b>
3.1 GERAL.....	38
3.2 INTERMEDIÁRIOS.....	38
<b>4 TRAJETO METODOLÓGICO.....</b>	<b>39</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>48</b>
5.1 APRENDENDO A FAZER.....	48
5.2 APRENDENDO A VIVER JUNTOS.....	55
5.3 APRENDENDO A CONHECER E A SER.....	61
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>70</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA DIÁRIO DE CAMPO.....</b>	<b>75</b>

<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL.....</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICE C – ROTEIRO GUIA PARA DIÁRIO DE CAMPO.....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE D – ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL.....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO 1 – APRECIÇÃO FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>83</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

A proposta de dissertar sobre o tema integração ensino-serviço em saúde surgiu a partir do convite da minha orientadora para que eu participasse das reuniões do grupo de tutores do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Redes de Atenção Psicossocial. Participar desses encontros despertou em mim o interesse em conhecer e aprofundar as discussões sobre essa temática.

Ao conhecer o Programa, resgatei minha experiência como estagiária de Psicologia em um serviço de saúde da Atenção Básica do sistema público de saúde do município de Vitória, Espírito Santo-ES. Ao longo dessa experiência, minha dupla de trabalho e eu conhecemos o território e os usuários do serviço, transitamos pela unidade de saúde, nos aproximamos dos profissionais da equipe, estreitamos diálogos, firmamos parcerias e construímos vínculos também com os acadêmicos dos outros cursos da área da saúde que ali estagiavam. Com eles trabalhamos, inventamos e aprendemos. Essa vivência foi determinante na minha escolha pelo curso de mestrado em Saúde Coletiva.

Durante a realização desta pesquisa, particularmente nos vários momentos do trabalho de campo, recordei situações, sensações e sentimentos. Também notei semelhanças entre a minha vivência como estagiária e as vivências dos estudantes que participaram do PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial. E então compreendi a intencionalidade do convite feito por minha orientadora... embora o Programa tenha sido instituído após o término da minha graduação, na prática eu fui uma *petiana!*

Assim, realizamos esta pesquisa cujo tema é a integração ensino-serviço em saúde, com foco na participação dos estudantes dos cursos da área da saúde envolvidos no PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial, uma das iniciativas de integração ensino-serviço do Ministério da Saúde desenvolvida no município de Vitória-ES.

Segundo a literatura especializada, a preocupação com as temáticas da formação profissional e da integração entre os sistemas de saúde e de ensino, está na origem

do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Contudo, a formação de profissionais habilitados para atuar em coerência com os princípios e valores do SUS ainda consiste em um dos principais desafios para a consolidação do nosso sistema de saúde.

Nesse sentido, torna-se fundamental que os setores da saúde e da educação firmem uma permanente parceria e que os processos formativos sejam orientados para e pelo trabalho. Assim, destacam-se as iniciativas de integração ensino-serviço, uma importante tendência no campo da formação profissional em saúde.

Tais iniciativas apresentam uma perspectiva de ensino-aprendizagem sustentada na integralidade e na proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Nessa perspectiva, a intenção é promover experiências significativas, compreendendo o conhecimento humano como construção e processo que se reflete sobre a ação, na concretude do trabalho vivido. Desse modo, a aprendizagem está diretamente relacionada à vivência do indivíduo.

É nesse contexto em que está inserida a nossa pesquisa. Organizamos esta dissertação em capítulos e, no primeiro deles, apresentamos o quadro teórico elaborado a partir do levantamento e da revisão do material bibliográfico acerca da temática. Posteriormente, explicitamos os objetivos que nortearam o estudo e o trajeto metodológico – sistematização e descrição dos vários momentos do trabalho de campo realizado. Por fim, apresentamos a análise do conjunto de dados e algumas considerações.

## 2 QUADRO TEÓRICO

### 2.1 PROBLEMATIZAÇÃO SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

No Brasil, somente nos anos de 1980, a saúde passou a ser concebida como um direito e se chegou a um consenso sobre a necessidade de mudar a direcionalidade da Política de Saúde então vigente no país. Como importante passo nesse processo, destaca-se a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, também denominada de Constituição Cidadã (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014), que dispõe, em seu artigo 196, que a saúde é direito de todo cidadão, cabendo ao Estado a responsabilidade e o dever de garanti-lo (BRASIL, 1988).

A incorporação da saúde no texto constitucional foi uma conquista das forças sociais organizadas em movimentos que desde a década de 1970 combatiam a ditadura militar e defendiam a redemocratização do país (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014). Dentre esses movimentos sociais, destacou-se o da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que trazia no bojo de suas propostas, entre outros, um conceito amplo de saúde – esta não mais compreendida como ausência de doenças ou estado de completo bem-estar, mas produto de condições de vida adequadas, saudáveis (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014) e, portanto, estado ou condição complexa, condicionada e determinada por múltiplos fatores. Segundo Mattanó (2013), essa compreensão de saúde como direito e produção social possibilitou que as questões sociais, econômicas e subjetivas também fossem consideradas no fazer saúde.

Teixeira, Souza e Paim (2014) ressaltam que a CF também incorporou em seu texto a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi aprovado em 1990 e referendado nas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990. Esses autores definem o SUS como

[...] uma conquista histórica do povo brasileiro, podendo ser considerada a maior política pública nascida da sociedade [...]. O SUS é expressão de uma *política de Estado* que se fundamenta em uma concepção ampliada de saúde e em uma perspectiva universalista do direito à saúde [...] (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014, p. 123).

No entanto, a construção de um sistema de saúde unificado, orientado pelos princípios da *universalidade* do acesso, da *igualdade* – que consiste na noção de equidade, ou seja, “tratar desigualmente os desiguais” (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014, p. 124) – e da *integralidade* da atenção, e ainda embasado em novos valores tais como direito de informação, participação popular e ação intersetorial (CECCIM, 2010), é um processo lento, complexo e desafiador.

Assim, apesar dos vários avanços desde a criação do SUS, há 25 anos, ainda são muitos os desafios e dificuldades a serem enfrentados e superados para o seu fortalecimento e consolidação (NORONHA; SOPHIA; MACHADO, 2002; SAIPPA-OLIVEIRA; FERNANDEZ; KOIFMAN, 2010). Contudo, estes não se explicam apenas pelas dimensões continentais do Brasil e pelas diversidades cultural, social e econômica existentes entre suas regiões. Nesse contexto, Teixeira, Souza e Paim (2014) apontam as questões do subfinanciamento e da reorientação da gestão do sistema, enquanto Saippa-Oliveira, Fernandez e Koifman (2010), dentre outros tantos autores, elegem como um dos principais desafios para a efetivação do SUS, a temática da formação de profissionais habilitados para atuar em conformidade com os princípios ético-políticos do sistema de saúde brasileiro.

Particularmente a esse respeito, Nunes, em entrevista concedida à Noronha, Sophia e Machado (2002, p. 12), afirma que “a questão da formação profissional está na Reforma desde a sua origem”, e Ceccim e Ferla (2005) complementam, ressaltando que além da preocupação com a formação dos profissionais, o projeto da RSB também se preocupou com a integração dos sistemas de saúde e de ensino.

Assim, diante da importância assumida por essas questões nos debates travados no processo da Reforma Sanitária e de implantação do SUS (NORONHA; SOPHIA; MACHADO, 2002), a tarefa de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde tornou-se competência do nosso sistema de saúde, conforme disposto no inciso III, do artigo 200 da CF e no inciso III, do artigo 6º da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1988, 1990). Isso significa, como nos esclarece Ceccim (2010), que o SUS deve orientar a formação profissional para que esta seja coerente com os princípios e diretrizes constitucionais da saúde.

Nesse sentido, formar para a área da saúde – e também para o SUS – é mais que buscar evidências para o diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Além de produzir habilidades técnicas e o adequado conhecimento do SUS, o processo de formação abrange aspectos de produção de subjetividades e deve desenvolver condições de atendimento às pessoas e às populações em suas reais necessidades de saúde (BRASIL, 2004a).

A formalização e execução de uma política direcionada aos trabalhadores da área da saúde devem cumprir os objetivos de organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, de formular programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal e de constituir como campos de prática, para o ensino e a pesquisa, os serviços públicos que integram o SUS. Para tanto, faz-se necessária a articulação entre as diferentes esferas de governo e com o sistema educacional (BRASIL, 1990).

Assim, Ceccim e Ferla (2005) ponderam:

Para que esse *ordenamento da formação* se faça, são requeridas [...] políticas de regulação, de apoio e de fomento à educação no âmbito do ensino; da pesquisa; da extensão educativa, inclusive da prestação de serviços de saúde em ambiente educativo; da documentação; da cooperação técnica interinstitucional e da ação educativa em ambientes de gestão e prestação de serviços de saúde (p. 211).

Considerando o disposto nas leis federais e tendo em vista a legitimidade e a legalidade dos setores educação e saúde, Ceccim e Feuerwerker (2004a) ressaltam que ambos devem exercer a função de reguladores de Estado no que tange à formação na área da saúde.

Os autores destacam a importância de submeter à participação popular as principais decisões políticas, “não como artifício ou demagogia” (p. 1401), mas porque ao conceber saúde como direito, qualquer regulação relacionada a ela deve ser, em última instância, usuário-centrada, sendo esse o “único motivo para ordenar serviços de atenção e instituições de formação de profissionais” (p. 1401).

O debate sobre a formação dos profissionais de saúde é fundamental quando falamos do SUS (SILVA; TAVARES, 2004). Entretanto, dentro do escopo de políticas do sistema de saúde brasileiro, a de formação ainda é uma das áreas menos problematizadas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a). Verifica-se que o modelo de formação em saúde vigente tem como foco a doença, privilegia os aspectos biológicos em detrimento dos psicológicos e sociais, é medicalizante, centrado em procedimentos e limitado aos hospitais universitários como cenário de aprendizagem (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007; CECCIM, 2010). Na mesma direção, Saippa-Oliveira, Fernandez e Koifman (2010) observam que na formação dos profissionais de saúde predomina uma concepção de ensino desvinculada da prática reflexiva cotidiana, o que resulta “em um perfil profissional muitas vezes incompatível com as demandas apresentadas pelos serviços e pela sociedade” (p. 191).

Esses e outros problemas, tais como a desarticulação entre as instituições formadoras e as de serviços, a dissociação entre os mundos do ensino e do trabalho e a ausência do controle social na elaboração e implementação de políticas específicas sobre a temática da formação, expressam o quanto ela é complexa e apontam para a necessidade de uma ação política/técnica nesse âmbito (NORONHA; SOPHIA; MACHADO, 2002).

A esse respeito, Amâncio Filho (2004) pondera que para superar o descompasso existente entre as necessidades de saúde da sociedade e as ações educacionais, é preciso que uma estreita e permanente parceria entre os setores da saúde e da educação seja estabelecida.

A parceria deverá consistir em um processo facilitador da simbiose entre trabalho, educação e saúde, procurando vencer a histórica dicotomia entre pensar e fazer, entre geral e específico, integrando habilidades teóricas e práticas (AMÂNCIO FILHO, 2004, p. 378).

O autor também discorre sobre a necessidade de se pensar a formação profissional em saúde orientada para o trabalho, uma vez que o trabalho em saúde é específico – refratário a uma lógica rígida, de difícil avaliação de sua produtividade – e sujeito

aos impactos do processo de ajuste macroestrutural, tais como: redução de custos, privatização e terceirização (AMÂNCIO FILHO, 2004).

Ao mesmo tempo em que o processo de formação profissional para a saúde não pode ignorar as diversas transformações pelas quais passa o mundo do trabalho (NORONHA; SOPHIA; MACHADO, 2002), é fundamental ressaltar que o SUS busca a construção de relações solidárias e democráticas, exigindo assim o desenvolvimento de outras competências humanas (SILVA; TAVARES, 2004).

Desse modo, torna-se desejável que os profissionais de saúde sejam críticos e reflexivos (SILVA *et al.*, 2012), além de mais sensíveis às várias dimensões e necessidades dos indivíduos, mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção e cuidado e comprometidos com projetos de vida que contribuam no *andar a vida* dos usuários (CECCIM, 2010; DITZ *et al.*, 2010).

Observou-se, assim, a necessidade de implantar uma política voltada para os recursos humanos na área da saúde. Para tanto, o Ministério da Saúde (MS), gestor federal do SUS, criou por meio do Decreto nº 4.726 de 09 de junho de 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) cuja responsabilidade é formular políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2004b, 2009).

Além de uma Diretoria de Programa, integram a SGTES dois departamentos: de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). O DEGERTS é o principal responsável pela proposição, elaboração, planejamento, incentivo, acompanhamento e regulação do trabalho em saúde. O DEGES, por sua vez, é organizado em três coordenações gerais – Ações Estratégicas em Educação na Saúde, Ações Técnicas em Educação na Saúde e Ações Populares de Educação na Saúde – e o responsável por propor e formular as políticas relacionadas à formação, ao desenvolvimento profissional, à Educação Permanente (EP) dos trabalhadores da saúde e à educação popular, além de cooperar técnica, financeira e operacionalmente com as entidades envolvidas com essas políticas, como, por exemplo, os estados e municípios, as instituições

formadoras e as organizações de educação popular em saúde dos movimentos sociais (BRASIL, 2004b).

Para recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, o DEGES propõe como estratégia fundamental a EP (BRASIL, 2004b). Assim, já no ano de 2003, esse departamento apresentou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) – uma política de educação na saúde – visando superar a programação de capacitações e atualizações dos recursos humanos e cumprir a nobre meta de tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem (CECCIM, 2005a).

Porém, somente em 2004 foi aprovada a Portaria nº 198 GM/MS que instituiu a PNEPS. Logo no artigo 1º do documento, essa política é definida como “estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor” (BRASIL, 2004c, p. 2), que tem como objetivos transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho (tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e populações), reorganizar a gestão setorial e ampliar os laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL, 2009).

Para a condução dessa política, foram instituídos os Colegiados de Gestão configurados como Pólos de Educação Permanente para o SUS, que são instâncias interinstitucionais e locorregionais de gestão da Educação Permanente em Saúde (EPS) (BRASIL, 2004c). Essas instâncias, por se constituírem espaços de diálogo e negociação entre os atores das ações e serviços do sistema de saúde e os atores das instituições formadoras, são lócus para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e políticas no campo da formação e do desenvolvimento (BRASIL, 2004b).

Os Pólos deverão funcionar como *dispositivos* do Sistema Único de Saúde para promover mudanças, tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas de educação na saúde, funcionando como rodas de debate e de construção coletiva – Rodas para a Educação Permanente em Saúde. [...] devem trabalhar com a perspectiva de construir, nos espaços locais, microrregionais, regionais, estaduais e interestaduais, a capacidade de pensar e executar a formação profissional e o desenvolvimento das equipes

de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais (BRASIL, 2004b, p. 10-11).

Posteriormente, no ano de 2007, a PNEPS foi reformulada por meio da Portaria nº 1.996 GM/MS, que definiu novas diretrizes e estratégias para a implementação da política no país, estabelecendo espaço decisório aos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e oficializando as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) como um importante espaço de articulação interinstitucional para a integração ensino-serviço (BRASIL 2007; CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

A PNEPS é capaz de congrega, articular e colocar em roda (ou em rede) diferentes atores, destinando a todos eles um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde (CECCIM, 2005a).

Os documentos ministeriais afirmaram a EPS como o conceito pedagógico, na área da saúde, que viabiliza relações orgânicas entre ensino, ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde (BRASIL, 2004c, 2007). Ceccim (2005b), ao discorrer sobre o tema, destaca que somente no setor saúde essa formulação ganhou *status* de política pública. Para o autor, a EPS consiste no processo educativo que coloca em análise o cotidiano do trabalho e/ou da formação em saúde, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e, ainda, que possibilita a construção de espaços coletivos para reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

Embora existam algumas divergências entre educadores no que tange aos delineamentos pedagógicos da vertente com a qual a EPS mais se identifique – podendo corresponder à Educação em Serviço, à Educação Continuada, à Educação Formal de Profissionais ou um desdobramento da Educação de Jovens e Adultos e do Movimento Institucionalista em Educação – o que realmente é central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e serviços de saúde; sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, e a introdução de mecanismos que produzam autoanálise, autogestão, implicação e mudança institucional, ou seja, contra hegemonia, disruptura e vivências (CECCIM, 2005b, 2005a).

Nesse sentido, a EPS configura-se como uma proposta de ação estratégica inovadora, capaz de produzir transformações nas práticas profissionais e na organização do processo de trabalho em saúde a partir do pressuposto da aprendizagem significativa – que produz sentidos – e da reflexão crítica sobre as reais necessidades de saúde dos indivíduos e das coletividades, da gestão setorial e do controle social (BRASIL, 2004b, 2005a).

É também inovadora ao propor que o processo de formação e desenvolvimento para o SUS seja articulado intersetorialmente, estabelecendo ações oficiais e regulares com o setor da educação e submetendo os processos de mudanças na graduação e nos demais níveis de formação em saúde à ampla permeabilidade das necessidades de saúde da população e dos princípios do SUS (CECCIM, 2005b).

Inova, ainda, ao propor um funcionamento a partir de uma lógica descentralizada, ascendente e transdisciplinar, possibilitando, desse modo, a construção de um processo de democratização institucional, a aprendizagem de todos os atores envolvidos e o enfrentamento criativo das complexas situações de saúde, o trabalho em equipe, a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanizadas e, por fim, a produção do cuidado à saúde com melhoria permanente da qualidade (BRASIL, 2004b).

## 2.2 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO EM SAÚDE

No contexto dos processos de mudança da formação profissional em saúde, a integração ensino-serviço emerge como um espaço privilegiado para as reflexões sobre o modelo assistencial vigente e as realidades da produção de cuidado (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

A integração ensino-serviço em saúde pode ser entendida como o trabalho coletivo, pactuado e integrado entre estudantes e docentes dos cursos da área da saúde e os trabalhadores, inclusive gestores, que compõem as equipes dos serviços de saúde, visando qualificar a atenção individual e coletiva, a formação profissional e o desenvolvimento dos trabalhadores (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

Ellery, Bosi e Loiola (2013) complementam essa definição, destacando que a integração ensino-serviço também consiste em uma estratégia de formação e de educação permanente dos profissionais da área da saúde que utiliza a face assistencial do sistema de saúde como um recurso pedagógico. Ainda para esses autores, essa é uma estratégia “para aperfeiçoar os modelos de formação, de educação permanente e de gestão do conhecimento na saúde, construindo sistemas de saúde escola” (p. 196).

Esses espaços de interseção entre ensino e serviço são considerados bastante importantes para a consolidação do SUS, visto que as consequências das práticas neles efetuadas transcendem os cenários de aprendizagem (HENRIQUES, 2005).

O conhecimento ali construído, a partir da reflexão sobre o vivido em um cenário de aprendizagem, pode-se difundir através dos sujeitos que por ali passam [...]. Desse modo, são espaços privilegiados para a transformação e consolidação dos modelos de atenção à saúde pautados pelos valores do SUS (HENRIQUES, 2005, p. 148-149).

Nesse sentido, integrar ensino e os serviços é uma importante tendência no campo da formação dos profissionais de saúde que vem se consolidando no Brasil nas últimas décadas (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013). Reconhecendo essa tendência, já nos anos de 1970, o governo brasileiro, particularmente representantes do MS e do Ministério da Educação e Cultura (MEC), firmou uma parceria institucional com a

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) visando à formação de recursos humanos em grande escala, que também impactasse nos serviços de saúde do país. A grande expressão dessa parceria foi a elaboração do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde (PPREPS) que repercutiu no surgimento de experiências inovadoras na formação dos recursos humanos em saúde (PAIVA; PIRES-ALVES; HOCHMAN, 2008).

Um dos desdobramentos da cooperação OPAS-Brasil foi o desenvolvimento dos Projetos de Integração Docente-Assistencial (IDA), considerados uma importante estratégia de formação de recursos humanos em saúde e um mecanismo de ampliação da cobertura dos serviços de saúde. Contudo, a frágil sustentação institucional dos Projetos IDA somada à existência de grupos refratários às reformas nas universidades, contribuíram para que os resultados desse projetos fossem considerados pouco promissores (PAIVA; PIRES-ALVES; HOCHMAN, 2008).

Ainda assim, os Projetos IDA contribuíram para o surgimento de outras experiências, tais como o Programa Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde – União com a Comunidade (UNI) (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013). Esse Programa, iniciado em 1992 e financiado pela Fundação W. K. Kellog foi desenvolvido em onze países da América Latina e objetivou promover mudanças na formação dos profissionais de saúde, na prestação de serviços e na participação comunitária por meio da realização de um trabalho articulado entre as universidades, os serviços de saúde e as comunidades (ALMEIDA; FEUERWERKER; LLANO, 1999).

Para tanto, Feuerwerker e Sena (2002) destacam que o Programa UNI buscou possibilitar aos estudantes, desde o início da formação, conhecer o funcionamento e as necessidades dos serviços de saúde, estabelecendo relações humanizadas e responsáveis com a população. O UNI também buscou mudar os serviços de saúde, contribuindo para que se tornassem mais efetivos, integrados, sensíveis às realidades locais e capazes de participar ativamente do processo de formação profissional, e ainda pretendeu contribuir para o fortalecimento da cidadania e da participação social, ampliando o acesso das comunidades aos conhecimentos em saúde e às tecnologias fundamentais para o desenvolvimento de sua autonomia e fortalecendo organizações e sua capacidade de intervenção local.

No ano de 1998 constituiu-se a Rede UNI IDA, posteriormente denominada Rede UNIDA. Além de compreendera necessidade de ultrapassar o espaço de uma categoria profissional e de um departamento, instituindo, dessa maneira, o multiprofissionalismo, e dar lugar aos usuários (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013), a Rede UNIDA tem interferido nas políticas públicas de recursos humanos em saúde, em especial na formação de nível de graduação (Rede UNIDA, s/d).

Assim, nos anos de 2001 e 2002, a Rede UNIDA e a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) elaboraram o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED), direcionado às escolas de graduação em Medicina dispostas a adotar as mudanças curriculares com ênfase nas necessidades da população e do SUS (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011; SAIPPA-OLIVEIRA; FERNANDEZ; KOIFMAN, 2010).

Outro movimento que se destacou na direção de produzir mudanças na formação profissional em saúde, na perspectiva do ensino, foi a homologação, pelo Conselho Nacional de Educação entre 2001 e 2003, das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área da Saúde, cujos objetivos são formar contemplando o sistema de saúde vigente no país e levar os acadêmicos dos cursos da área a *aprender a aprender* – aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer – garantindo, desse modo, a capacitação de profissionais autônomos e com discernimento para assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento prestado (DELORS, 2006; BRASIL, 2001).

Embora alguns movimentos para transformar os velhos modelos de formação tenham oscilado nas últimas duas décadas – em intensidade e concentração em determinadas categorias profissionais – outros têm sido bastante ativos na produção de mudanças nos processos formativos para a área da saúde, propondo iniciativas que buscam articular esses processos na interseção entre os mundos do ensino e dos serviços, formando profissionais de saúde mais habilitados a prestar um cuidado coerente com os princípios e valores do SUS e, ainda, mais implicados com os ideais de sociedade justa, ética e igualitária (HENRIQUES, 2005).

### **2.2.1 Algumas iniciativas de integração ensino-serviço em saúde**

As iniciativas desenvolvidas pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde da SGTES, em conformidade com as propostas da Política Nacional de Educação Permanente, surgem como uma possível resposta do Ministério da Saúde ao modelo tradicional de formação profissional que, segundo Henriques (2005) e outros autores, não se mostrou capaz de responder adequadamente às necessidades de saúde da população e de prestar um cuidado coerente com os princípios e valores do SUS.

Essas iniciativas que “apresentaram recentemente possibilidades que se abrem para um conjunto de debates que têm permitido avançar em reflexões e proposições [...]” (HENRIQUES, 2005), têm se revelado um espaço privilegiado para que transformações significativas na formação dos profissionais bem como nas práticas de saúde ocorram.

Nessa perspectiva, o MS lançou, em 2004, o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS – VER-SUS/Brasil. Esse Projeto, construído a partir da parceria firmada entre o Ministério da Saúde e o Movimento Estudantil dos cursos de graduação da saúde, objetivou proporcionar aos estudantes da área a vivência e a experimentação da realidade do SUS; possibilitar a compreensão do conceito ampliado de saúde e as práticas profissionais interdisciplinares e intersetoriais; instigar os estudantes a refletirem sobre seu papel como agentes transformadores da realidade, e estimular as discussões entre trabalhadores, gestores e discentes acerca da EP, bem como sobre a implementação das diretrizes curriculares para os cursos da saúde, de modo que o projeto político-pedagógico desses cursos contemplem aspectos da realidade do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2004d, 2004b; MENDES *et al.*, 2012).

O Projeto VER-SUS se revelou importante para os processos de mudança na formação profissional em saúde, em especial na formação acadêmica, porque possibilitava a unidade do que foi apreendido em sala de aula com a experimentação do cotidiano de trabalho no SUS. Assim, justamente porque propôs a interlocução entre teoria, prática e vivência, e a integração entre estudantes,

profissionais, gestores e usuários, esse Projeto se destacou como metodologia para uma formação profissional interdisciplinar, contextualizada e ética (MENDES *et al.*, 2012).

Na mesma direção, também no ano de 2004, o Ministério da Saúde lançou o AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde, para estimular os compromissos dos cursos de graduação com o sistema de saúde brasileiro, como preconiza a PNEPS. O AprenderSUS expressava um conjunto de estratégias para criar condições favoráveis às mudanças na formação dos profissionais da saúde e possibilitou o desenvolvimento de dispositivos internos ao SUS para integrar, permanentemente, os atores do setor educação (reitores, coordenadores dos cursos, docentes e discentes universitários, associações de ensino e movimento estudantil) e os atores do sistema de saúde – gestores, instâncias de controle social, profissionais e usuários dos serviços e movimentos sociais (CECCIM, 2010; BRASIL, 2009).

Segundo Ceccim (2010), a construção e operação desses dispositivos internos é o que difere o AprenderSUS das ações-programas por edital, conferindo à essa iniciativa o *status* de política cuja competência é motivar os processos de mudança. No entanto, o autor pontua que compete a essas ações-programas a institucionalização pela adesão, ou seja, a seleção por concorrência ao edital das instituições de ensino mediante parcerias firmadas com o gestor local do SUS. Nesse sentido, merecem destaque: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e o PET-Saúde Redes.

### **2.2.2 Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)**

O Pró-Saúde foi inicialmente instituído em 2005 para discutir os processos de formação nos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, e no ano de 2007 foi ampliado para todas as profissões da área da saúde (SAIPPA-OLIVEIRA; FERNANDEZ; KOIFMAN, 2010).

O Programa objetivou reorientar os processos de formação para todos os 14 cursos de graduação da área da saúde, que de acordo com a resolução nº. 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) são: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Objetivou ainda estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e das instituições de ensino superior; incorporar a abordagem integral do processo saúde-doença e a promoção da saúde à formação na área, e ampliar a prática educacional na rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A perspectiva de desenvolvimento do Programa é a de que

[...] a reorientação da formação dos trabalhadores da saúde deve ocorrer simultaneamente em distintos eixos (orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica), rumo à integração entre instituições de ensino e serviço público de saúde, com vistas ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011, p. 13).

### **2.2.3 Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)**

Como uma estratégia operacional do Pró-Saúde para fortalecer a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde, foi instituído o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde (SAIPPA-OLIVEIRA; FERNANDEZ; KOIFMAN, 2010). Inicialmente regulamentado pela Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802 de 26 de agosto de 2008, atualmente o documento que regulamenta o PET-Saúde é a Portaria Interministerial MS/MEC nº. 421 de 03 de março de 2010.

O PET-Saúde é um instrumento para a qualificação em serviço dos profissionais de saúde e iniciação ao trabalho direcionada aos estudantes da área da saúde, de graduação e pós-graduação, tendo as necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa em instituições de ensino (BRASIL, 2010). Seu objetivo geral é fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas consideradas estratégicas para o sistema de saúde brasileiro, além de apoiar e promover a integração ensino-serviço e a inserção do processo de aprendizagem na rede de atenção do SUS (BRASIL, 2011).

Participam do Programa alunos e professores das Instituições de Educação Superior (IES) públicas e privadas – denominados monitores e tutores acadêmicos, respectivamente – e os profissionais dos serviços de saúde que integram os grupos tutoriais, exercendo a função de preceptores. Conforme disposto no documento que institui o PET-Saúde, esses atores recebem bolsas e incentivos condicionados à realização de atividades de ensino, pesquisa e orientação, por exemplo, e à dedicação de 08 horas semanais ao Programa (BRASIL, 2010).

#### **2.2.4 Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Redes**

O PET-Saúde Redes consiste em uma modalidade do PET-Saúde, que em articulação com o Pró-Saúde e outras iniciativas ministeriais, deve fortalecer as redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

No município de Vitória, Espírito Santo-ES, a partir do ano de 2008, várias foram as iniciativas desenvolvidas no sentido de aproximar os mundos do ensino, dos serviços e a comunidade: implementação do Pró-Saúde com a participação dos cursos de Enfermagem e Odontologia; do PET-Saúde da Família com a inserção de 84 alunos dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Medicina e Odontologia nas unidades de saúde da região de Maruípe – eleita devido aos quadros epidemiológico e socioeconômico e à proximidade com o Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) –, e do Pró-PET-Saúde que, com quatro grupos tutoriais, contemplou mais cursos da área da saúde (Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia) e ampliou a parceria, envolvendo a Secretaria Estadual de Saúde (SESA), além da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e da universidade (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Nesse escopo de iniciativas, em 2013 foi aprovado o PET-Saúde Redes pela resolução nº. 869 do Conselho Municipal de Saúde (CMS). O Programa foi desenvolvido a partir da parceria entre a UFES e a SEMUS de Vitória-ES, durante os meses de agosto de 2013 a julho de 2015. A parceria elegeu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do referido município como foco das atuações e teve como principais objetivos contribuir com o processo de implantação, desenvolvimento e

qualificação da RAPS; potencializar os dispositivos de produção de redes de cuidado integral em Unidades de Saúde (US) com Estratégia Saúde da Família (ESF) e em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e introduzir temas e práticas relacionadas à produção de redes de cuidado, em particular no campo da atenção psicossocial e nas matrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde contemplados pelo Programa (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Para tanto, participaram desse Programa 36 acadêmicos de sete diferentes cursos da área de saúde da universidade – Enfermagem, Farmácia, Medicina, Psicologia, Odontologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional – distribuídos em quatro cenários de prática que compõem o sistema municipal de saúde: um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), uma equipe do Consultório na Rua (CnaR) e duas US localizadas no bairro Consolação e em bairro Da Penha.

A partir de uma organização que privilegia a interdisciplinaridade, os discentes atuaram em duplas nesses cenários sob a orientação de 18 preceptores – trabalhadores dos serviços municipais de saúde. Além dos estudantes e profissionais, também participaram do PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial 06 docentes da UFES, atuando como tutores acadêmicos.

### 2.3 A FORMAÇÃO EM SAÚDE PELA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE

A integralidade é uma das diretrizes do sistema de saúde brasileiro e está disposta no inciso II, do artigo 198 da Constituição Federal como “atendimento integral” (BRASIL, 1988). A Lei Orgânica da Saúde reafirma essa diretriz, definindo-a como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, nos âmbitos individual e coletivo, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

Para além dessa definição, Mattos (2006) apresenta a integralidade como uma noção polissêmica, “preche de sentidos” (p. 44). O autor descreve três grandes conjuntos de sentidos atribuídos à integralidade – como princípio orientador das boas práticas dos profissionais de saúde, da organização do trabalho e da organização das políticas específicas do setor –, e afirma que há semelhanças entre todos esses sentidos, ressaltando que, de modo geral, a “integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e [...] uma afirmação de abertura para o diálogo” (MATTOS, 2006, p. 63).

Segundo Henriques (2005), essa diretriz e seus sentidos podem ser tomados “como um eixo estruturante no trabalho e na educação em saúde” (p. 149), visto que têm possibilitado a reafirmação dos compromissos assumidos com a população e as articulações intersetoriais necessárias à organização das práticas de saúde e pedagógicas.

Silva e Tavares (2004), por sua vez, enfatizam que com a adoção da integralidade como orientadora do processo de formação dos profissionais de saúde, resgata-se “a necessidade de considerar a totalidade na análise de qualquer fenômeno em questão, exigindo uma compreensão integral do mundo e das relações sociais e políticas” (p. 280).

Assim, a integralidade orienta para o entendimento de que cada pessoa é um todo e membro de uma coletividade, de que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde constituem-se em um todo e, ainda, de que as unidades

constitutivas do sistema também configuram um todo, rompendo, dessa forma, com a tendência de compartimentar o corpo, o trabalho e a vida (BRASIL, 2005b).

A integralidade da atenção pressupõe práticas inovadoras, a ampliação dos referenciais com que os profissionais trabalham, o reconhecimento dos limites da ação uniprofissional no atendimento às necessidades de saúde e mudanças nas relações de poder entre profissionais e entre profissionais e usuários. Desse modo, amplia-se e desenvolve-se a dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais de saúde, tornando-os mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, capazes de acolher e construir vínculos com os usuários, e também mais sensíveis às dimensões do processo saúde-doença inscritas nas condições de vida e de trabalho (BRASIL, 2004a).

Conforme assevera Henriques (2005), “a vivificação da prática da integralidade” (p. 149) facilita o direito de exercício da cidadania. Contudo, a autora pondera que para que os usuários do sistema possam decidir acerca de sua vida e corpo, expressem desejos e necessidades e se façam protagonistas do cuidado, é necessário que o exercício profissional seja centrado no usuário, em seu acolhimento, na responsabilidade com a própria saúde e no desenvolvimento de sua autonomia. Logo, é imperativo que os processos de formação em saúde, inicial e continuada, mudem (MATTANÓ, 2013).

Em direção à mudança nesses processos, é a noção de integralidade – que supõe a inovação das práticas de atenção em todos os serviços de saúde e pressupõe uma formação que possibilite a problematização das práticas vigentes, a análise crítica de contextos e a ativação do processo de EPS (CECCIM, 2010) – que parece sustentar as exigências de mudanças na formação dos profissionais de saúde.

Nesse contexto, ganha importância uma visão sistêmica da formação que possibilite a aproximação e a interação entre os diferentes saberes, projetos, atores e segmentos sociais (SILVA; TAVARES, 2004). Silva e Tavares (2004) também apontam para

[...] a necessidade de se articular uma nova pedagogia, uma nova racionalidade na formação de profissionais de saúde, feita de sujeitos em relação, que aprendem a partir da própria realidade a desenvolver o potencial de criação, aprimorando na relação intrínseca que se estabelece entre o compreender e o construir saúde a sua prática (p. 279).

Os autores ainda ressaltam que sem “uma proposta de educação de base crítica e libertadora” (p. 273), os profissionais não compreenderão a saúde como produção social, tampouco a complexidade do seu fazer tendo como referência as necessidades de saúde da população.

Assim, destaca-se a crescente importância das práticas educativas que configurem dispositivos para a análise das experiências locais, da organização de ações em rede e das possibilidades de integração entre formação, desenvolvimento docente, mudanças na gestão e nas práticas de atenção à saúde (CECCIM, 2005b).

Essa perspectiva de aprendizagem, que encontra sustentação na integralidade e vai ao encontro da proposta da EPS, rompe com a tradicional fragmentação entre as políticas de atenção e formação e revela-se potente na direção de transformar as práticas ao partir da compreensão dos problemas de maneira contextualizada, considerando quem, onde, como e por que as coisas estão como estão e interferem na organização do trabalho (BRASIL, 2005a, 2005b).

As práticas de EPS valorizam o trabalho como espaço de aprendizagem e partem da compreensão de que o conhecimento é construído e se processa na medida em que se reflete sobre a ação, do pensamento sobre o vivido no concreto do trabalho. A aprendizagem, nesse contexto, passa a ser significativa, pois se relaciona diretamente à experiência que o indivíduo vive, ou seja, à sua vivência, podendo esta ser, dentre outros, prazerosa e mobilizadora ou desconfortável (BRASIL, 2005a).

Diante do exposto, faz-se necessário definir vivência. Entende-se como vivência a experimentação da vida, “em processos que criam a exposição das pessoas e que ao mesmo tempo as afetam no seu modo de pensar, ser e agir sobre a realidade” (FRANCO, 2013, p. 191).

Segundo Henriques (2005), no setor da saúde, a formação profissional passa, necessariamente, pelos serviços de saúde e pelas relações que se estabelecem entre os atores envolvidos nos processos formativos e de produção de cuidado. Contudo, a autora afirma que dentre esses atores – discentes, docentes, profissionais e usuários dos serviços de saúde – é particularmente importante atender-se para as formas como aqueles primeiros se colocam nos espaços onde há diálogo entre educação e trabalho, visto que tais espaços “assumem lugar privilegiado para a percepção que o estudante vai desenvolvendo acerca do outro no cotidiano do cuidado” (p. 149), e são neles que os próprios estudantes, futuros profissionais de saúde, estabelecem seus papéis sociais na convergência de saberes, modos de ver e ser no mundo.

Henriques (2005) ainda destaca que a imersão do discente no cotidiano dos serviços, isto é, a experimentação do trabalho em saúde, pode trazer recursos bastante ricos para a aprendizagem do cuidado e da organização dos processos de trabalho e de gestão, pois as experiências vivenciadas e até observadas nos serviços podem ser aproveitadas como momento pedagógico. Para a referida autora, “é preciso trazer sentidos para a maneira como a assistência se organiza e se desenvolve naquele espaço, onde também estamos” (p. 152).

Ceccim e Feuerwerker (2004b), por sua vez, ao discorrerem sobre os componentes do quadrilátero da formação, destacam que no componente ensino, além dos dirigentes e docentes, os discentes também são um ator político cujo protagonismo deve ser incentivado como movimento político de construção de inovações no ensino e de sentido nos serviços de saúde.

Nesse sentido, tendo em vista a importância de acompanhar as iniciativas de integração ensino-serviço em saúde na direção de mudar os processos de formação profissional na área, consideramos fundamental abordar, nesta pesquisa, os estudantes que participaram do PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial, visto que a análise de suas vivências pode revelar repercussões em seus processos de formação profissional e pessoal, além de contribuir com o fortalecimento e sustentabilidade de iniciativas como essa na construção de sistemas de saúde escola.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

Analisar as vivências dos estudantes dos cursos da área de saúde da UFES participantes do PET-Saúde Redes de Atenção.

#### **3.2. OBJETIVOS INTERMEDIÁRIOS**

- Conhecer as atividades realizadas pelos estudantes nos cenários de prática envolvidos no PET-Saúde Redes de Atenção;
- investigar as reflexões produzidas pelos estudantes sobre a participação nessas atividades;
- acessar os sentimentos experienciados pelos estudantes no transcurso dessas atividades.

## 4 TRAJETO METODOLÓGICO

Organizar e escrever sobre o trabalho de campo desta pesquisa consistiu em um exercício de recordação. Para apresentar o trajeto feito no processo de investigação do objeto deste estudo, precisei evocar lembranças, sensações, sentimentos. Logo, esse não foi um exercício apenas mental, mas também corporal e emocional. Os rumos dessa escrita vão de encontro com a rigidez acadêmica e com o distanciamento/neutralidade tão presentes na ideia de cientificidade. E se aproximam mais do coração e da alma, sem, contudo, deixar de fazer ciência.

O caminho percorrido para que os objetivos propostos neste estudo fossem alcançados teve início muito antes da minha efetiva entrada no campo. Ainda em abril de 2014, a convite da minha orientadora, passei a acompanhar as reuniões dos tutores do PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial. Os encontros, de frequência quinzenal, tinham como principal objetivo, naquele momento, o alinhamento teórico acerca dos temas que seriam abordados durante o desenvolvimento do Programa, como, por exemplo, a Rede de Atenção Psicossocial aos que fazem uso de álcool e outras drogas e a Política Nacional de Redução de Danos. Na ocasião, fui acolhida pelo grupo composto por seis professores de diferentes cursos de graduação da universidade – Enfermagem, Farmácia, Medicina, Odontologia e Terapia Ocupacional – que juntos estudavam diversas temáticas para o exercício da tutoria.

Além do alinhamento teórico, participar dessas reuniões foi fundamental para que eu conhecesse e compreendesse a proposta do Programa e o seu modo de funcionamento, bem como para minha maior aproximação com o tema, definindo e revelando minha identificação com o objeto a ser pesquisado.

Identificação...? Sim, identificação com o objeto, vontade e desejo de estudá-lo. Sou mais uma, dentre tantos outros, que acredita e defende não haver neutralidade no processo de pesquisar. Minayo (2007a) nos lembra que toda ciência é comprometida, pois veicula interesses e visões de mundo construídas historicamente, de maneira que suas contribuições e efeitos ultrapassam as intenções de seu próprio desenvolvimento. A autora ainda destaca

que, principalmente nas investigações sociais, pesquisador e objeto de estudo são da mesma natureza, razão pela qual a relação entre eles se estabelece definitivamente.

Entretanto, como Alves-Mazzotti (1999) pondera, busquei a objetividade aos expor as análises deste estudo às críticas dos meus pares, o que contribuiu para que pudesse perceber os meus vieses enquanto pesquisadora, visto o envolvimento também afetivo com esta proposta de pesquisa.

Nossa investigação baseou-se na abordagem metodológica qualitativa que, segundo Minayo (2007b), busca respostas para questões muito particulares e “aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas” (p. 22).

O método qualitativo se aplica ao estudo da história, das relações, representações, crenças, percepções e opiniões, isto é, aos produtos das interpretações feitas pelos indivíduos acerca do modo como vivem, sentem, pensam e constroem seus artefatos e a si mesmos. Essa abordagem metodológica é a mais apropriada para a análise de discursos e documentos e para as investigações de grupos e segmentos delimitados, de histórias sociais sob a ótica dos atores e de relações, pois, além de possibilitar a revelação de processos sociais pouco conhecidos referentes a grupos específicos, ainda permite a revisão e a construção de novas abordagens, conceitos e categorias durante o processo investigativo (MINAYO, 2007b).

Entendemos, desse modo, que a abordagem qualitativa nos possibilitaria percorrer caminhos para o alcance dos objetivos propostos.

Nesse percurso, além de ter me aprofundado na revisão bibliográfica sobre o tema deste estudo, participei dos Seminários PRÓ-Saúde e PET-Saúde, momentos importantes do processo de aproximação com o campo de investigação.

O I Seminário PRÓ-Saúde e PET-Saúde, realizado em abril de 2014 nas dependências da Universidade Vila Velha (UVV), teve a participação dos grupos tutoriais da UVV, da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de

Vitória (EMESCAM) e da UFES, além de trabalhadores da saúde vinculados às secretarias municipais de saúde de Vitória e Vila Velha. O II Seminário, por sua vez, realizado em outubro de 2014 na Universidade Federal do Espírito Santo, teve a participação dos grupos tutoriais da EMESCAM e da UFES, e dos servidores da SEMUS de Vitória e da Secretaria Estadual de Saúde.

Nesses eventos, além de acompanhar as apresentações dos relatos de experiências e vivências dos monitores do PET-Saúde, fiz contato com assuntos que atravessam o tema da integração ensino-serviço em saúde, como, por exemplo, a estrutura curricular dos cursos de graduação da área da saúde e a gestão do processo de integração ensino-serviço. A participação nos seminários foi fundamental para que compreendesse a relevância, a proporção e o potencial transformador das iniciativas que aproximam os mundos do ensino e do trabalho.

Nesse contexto, merece destaque o município de Vitória-ES, que a partir do ano de 2008, começou a desenvolver propostas no sentido de aproximar os mundos do ensino, dos serviços e a comunidade: implementação do Pró-Saúde com a participação dos cursos de Enfermagem e Odontologia; do PET-Saúde da Família com a inserção de 84 alunos dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Medicina e Odontologia nas unidades de saúde da região de Maruípe – eleita devido aos quadros epidemiológico e socioeconômico e à proximidade com o Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFES –, e do Pró-PET-Saúde que, com quatro grupos tutoriais, contemplou mais cursos da área da saúde (Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia) e ampliou a parceria, envolvendo a SESA, além da Secretaria Municipal de Saúde do referido município e da universidade (GONÇALVES *et al.*, 2015).

No escopo dessas iniciativas, o Conselho Municipal de Saúde aprovou, pela resolução nº. 869 de 2013, o PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial. O Programa foi desenvolvido a partir da parceria entre a UFES e a SEMUS de Vitória-ES, durante os meses de agosto de 2013 a julho de 2015, sendo o seu período de execução coincidente com o período de realização do curso de mestrado, razão pela qual essa iniciativa foi eleita o cenário desta pesquisa.

A parceria elegeu a RAPS de Vitória-ES como foco das atuações e teve como principais objetivos contribuir com o processo de implantação, desenvolvimento e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial; potencializar os dispositivos de produção de redes de cuidado integral em Unidades de Saúde (US) com Estratégia Saúde da Família (ESF) e em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e introduzir temas e práticas relacionadas à produção de redes de cuidado, em particular no campo da atenção psicossocial e nas matrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde contemplados pelo Programa (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Para tanto, participaram do Programa 36 acadêmicos de sete diferentes cursos da área de saúde da universidade – Enfermagem, Farmácia, Medicina, Psicologia, Odontologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional – distribuídos em quatro cenários de práticas que compõem o sistema municipal de saúde: um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), uma equipe do Consultório na Rua (CnaR) e duas US localizadas no bairro Consolação e em bairro Da Penha.

A partir de uma organização que privilegia a interdisciplinaridade, os discentes atuaram em duplas nesses cenários sob a orientação de 18 preceptores – trabalhadores dos serviços municipais de saúde – desenvolvendo várias atividades. Além dos estudantes e profissionais, também participaram do PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial 06 docentes da UFES, atuando como tutores acadêmicos. É válido mencionar que os monitores, preceptores e tutores deveriam dedicar ao Programa a carga de 08 horas semanais e, ainda, que receberam bolsas.

O Programa previa o desenvolvimento de diversas atividades, dentre elas a realização de uma pesquisa. A fim de iniciar essa atividade, em 19 de setembro de 2014 foi realizado um encontro com a participação dos tutores, monitores e preceptores do PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial.

Esse foi outro importante momento do trajeto metodológico. Naquela ocasião, o projeto da pesquisa, em particular a sua metodologia – estruturada em quatro mapas (Mapas A, B, C e D) –, foi apresentada e discutida. A pesquisa acima referida, intitulada “Análise das teias das redes de atenção aos que fazem uso de álcool e outras drogas”, foi desenvolvida no segundo ano de funcionamento do PET-Saúde

Rede de Atenção Psicossocial com a participação dos usuários dos serviços de saúde envolvidos no Programa (sujeitos da pesquisa do Mapa A), dos trabalhadores desses serviços, inclusive gestores (sujeitos dos Mapas B e C, respectivamente), e dos estudantes dos cursos de graduação da área da saúde da UFES (sujeitos do Mapa D), sendo este último o foco do nosso estudo e vinculação a essa grande pesquisa.

Os presentes naquele encontro foram divididos em grupos menores para facilitar a discussão e a interação, momento em que tive o primeiro contato direto e oportunidade de diálogo com os monitores do Programa. Como responsável pelo Mapa D, apresentei ao grupo formado apenas pelos estudantes o objetivo geral deste trabalho, a técnica e o instrumento que seriam utilizados para a produção dos dados. As considerações feitas por eles na ocasião foram muito interessantes e, a partir delas, construímos o roteiro guia dos diários de campo, uma das fontes de informação utilizadas nesta pesquisa.

Posteriormente, com a colaboração dos tutores, definimos o critério de inclusão dos participantes neste trabalho: ter sido monitor do Programa pelo mínimo de seis meses. Faz-se necessário mencionar que consideramos o período de seis meses prazo suficiente para que os monitores construíssem algumas vivências. Assim, convidamos 15 estudantes dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Medicina, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional para participarem do estudo.

Dos 15 alunos convidados, 11 estavam inseridos nos cenários de prática envolvidos no Programa e 04 eram egressos desses cenários, tendo saído do PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial devido a motivos diversos, como, por exemplo, inserção em outros projetos e término da graduação. Destacamos que o convite feito aos egressos foi viabilizado pelo grupo de tutores, que contribuiu ao disponibilizar os contatos desses estudantes. É importante registrar, ainda, a nossa tentativa de representar os cursos envolvidos no Programa, de maneira que foi convidado pelo

menos um acadêmico de cada curso de graduação contemplado pelo PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial<sup>1</sup>.

Como parte do processo de pesquisar, estruturamos este estudo em conformidade com o disposto na Resolução CNS nº. 466/12, a qual estabelece as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no país e, por estar vinculado à pesquisa “Análise das teias das redes de atenção aos que fazem uso de álcool e outras drogas”, foi encaminhado à SEMUS de Vitória e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CCS da UFES para autorização (ANEXO 1).

É válido ressaltar que os participantes do estudo foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa; aos procedimentos; aos possíveis riscos, desconfortos e benefícios; à garantia de manutenção do sigilo e privacidade das informações prestadas, e à garantia de desistência de participação do estudo em qualquer momento. Em seguida, foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICES A e B), e apenas após concordância e assinatura do termo, a coleta de dados teve início.

Oficialmente, o nosso trabalho de campo teve início em 16 de dezembro de 2014, quando realizamos a primeira reunião com os monitores que produziram os diários de campo. Na ocasião, além de conhecer melhor esses sujeitos da pesquisa, apresentamos o roteiro guia elaborado para nortear a produção dos diários (APÊNDICE C) e definimos as datas das próximas reuniões para acompanhar o processo de escrita, visto que a maioria dos estudantes que produziu os diários nunca havia utilizado esse instrumento. Ainda no mês de dezembro de 2014, realizamos a primeira entrevista com um estudante egresso do Programa.

---

<sup>1</sup> É válido registrar que infelizmente não conseguimos representar de modo igualitário os cursos de graduação contemplados pelo PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial, pois somente 01 acadêmico de Enfermagem adequava-se ao critério de inclusão previamente definido e aceitou o convite para participar do estudo. Ressaltamos, ainda, que por ter sido ímpar o número total de participantes da pesquisa, necessariamente um dos cursos de graduação teve maior representatividade.

Nosso campo teve duração consideravelmente longa, de dezembro de 2014 a julho de 2015. Ao longo desse período, realizamos oito entrevistas individuais e sete monitores registraram suas narrativas em diários de campo que foram elaborados no período entre 19 de janeiro e 26 junho de 2015.

Entendemos, juntamente com Minayo (2007a), que o diário de campo é um recurso muito interessante para o registro escrito de “todas as informações que não fazem parte do material formal de entrevistas em suas várias modalidades” (p. 71), em especial quando é minimamente dirigido por uma ou mais perguntas.

Esses diários procuraram resgatar as atividades realizadas pelos discentes, as reflexões teóricas que essas atividades propiciaram aos estudantes e, ainda, quais sentimentos e emoções foram despertados nesse ínterim. Nesse sentido, justificamos a escolha desse instrumento como uma das estratégias para a produção de dados pela possibilidade do registro de informações ainda mais detalhadas acerca das vivências dos estudantes, complementando, assim, as informações obtidas por meio das entrevistas individuais.

Já as entrevistas individuais, oito ao todo, foram realizadas entre 30 de dezembro de 2014 e 10 de julho de 2015, nas dependências da UFES, tendo sido primeiramente entrevistados os alunos egressos do Programa, visto que dois deles estavam finalizando seus cursos de graduação. Do total de entrevistados, quatro eram estudantes egressos e quatro estavam atuando nos cenários de prática do PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial.

De acordo com Minayo (2007b), as entrevistas podem ser definidas como uma conversa com finalidade, caracterizadas pela forma como são organizadas e cuja matéria-prima é a fala. A autora afirma que essa é a técnica mais utilizada no trabalho de campo, pois consiste em uma forma privilegiada de interação social, podendo fornecer ao pesquisador informações de natureza subjetiva – principais objetos da investigação qualitativa – visto que estas tratam da reflexão dos próprios sujeitos acerca da realidade que vivenciam (MINAYO, 2007a).

Neste estudo realizamos entrevistas com roteiro semi-estruturado (APÊNDICE D), que combina perguntas abertas e fechadas (MINAYO, 2007a) e tem sido amplamente utilizado em pesquisas qualitativas, pois se espera que, com essa modalidade de entrevista, os pontos de vista dos sujeitos entrevistados sejam expressos (FLICK, 2009). Desse modo, essa técnica mostrou-se apropriada para o alcance dos objetivos propostos nesta pesquisa.

A Tabela 1 a seguir ilustra a distribuição dos participantes deste estudo segundo os cursos de graduação, os cenários de prática, a situação junto ao Programa no período da realização do trabalho de campo – se atuantes ou egressos – e a fonte de informação utilizada.

**Tabela 1 – Distribuição dos participantes da pesquisa**

<b>CURSO</b>	<b>CENÁRIO DE PRÁTICA</b>	<b>SITUAÇÃO</b>	<b>FONTE DE INFORMAÇÃO</b>
Enfermagem	CAPS ad	Atuante	Diário de campo
Farmácia	US Consolação	Atuante	Diário de campo
Farmácia	US Consolação	Atuante	Entrevista
Medicina	CAPS ad	Atuante	Diário de campo
Medicina	US Consolação	Atuante	Diário de campo
Odontologia	US bairro Da Penha	Atuante	Diário de campo
Odontologia	US bairro Da Penha	Atuante	Diário de campo
Odontologia	US Consolação	Atuante	Diário de campo
Odontologia	US bairro Da Penha	Egresso	Entrevista
Psicologia	CAPS ad	Egresso	Entrevista
Psicologia	CnaR	Egresso	Entrevista

Serviço Social	CAPS ad	Atuante	Entrevista
Serviço Social	US bairro da Penha	Atuante	Entrevista
Terapia Ocupacional	CnaR	Atuante	Entrevista
Terapia Ocupacional	US Consolação	Egresso	Entrevista

---

**Fonte:** a autora

As informações produzidas nas entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Recortes dessas entrevistas e dos diários de campo produzidos pelos monitores são apresentados no capítulo resultados e discussão, sendo mantidas em sigilo as identidades dos participantes. Para tanto, estes foram identificados pelas siglas E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 e E8 quando apresentamos recortes das entrevistas, e pelas siglas D1, D2, D3, D4, D5, D6 e D7 para os fragmentos dos diários de campo.

A análise teve início após o término do trabalho de campo e foi inspirada na Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2004), que norteou as relações entre a contextualização teórica do estudo e as unidades emergentes do conjunto de informações produzidas e, ainda, as relações entre as unidades emergentes e os objetivos desta pesquisa. Por meio da análise firmamos três categorias discutidas a seguir: o que os estudantes fizeram (Aprendendo a fazer); as principais dificuldades vivenciadas pelos estudantes (Aprendendo a viver juntos); as reflexões produzidas e os sentimentos experienciados (Aprendendo a conhecer e a ser). Ressaltamos que apesar dessas categorias de análise terem sido discutidas em separado, elas encontram-se intrinsecamente interligadas.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 APRENDENDO A FAZER

Nessa primeira categoria de análise, apresentamos as diversas atividades realizadas pelos monitores do PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial ao longo de suas atuações no Programa. Distribuídos em três grupos tutoriais e em quatro cenários de práticas que compõem o sistema de saúde do município de Vitória-ES – CAPS ad, uma equipe do Consultório na Rua (CnaR) e duas US localizadas no bairro Consolação e em bairro Da Penha –, os estudantes realizaram as seguintes atividades: acompanhamento dos usuários; aferição da pressão arterial e da glicose dos usuários; atendimentos individuais e familiares; campanhas de testes rápidos; distribuição de camisinhas e de kits de saúde bucal; elaboração de ecomapas, genogramas, diários de campo, de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e de relatórios; encaminhamentos diversos; grupos diversos (gestantes, mães, mulheres, homens, família, saúde mental, vida saudável); leitura de artigos e textos; observação da dinâmica dos serviços; oficinas diversas (acolhimento, atividade física, educação em saúde, jornal, literatura, musicoterapia, poesia, Projeto CAJUN); registro em prontuários; visitas domiciliares; visitas e contatos institucionais; reuniões de estudo de caso, de equipe, dos grupos tutoriais, de matriciamento e de rede; participação em assembleias e participação na pesquisa “Análise das teias das redes de atenção aos que fazem uso de álcool e outras drogas”, desenvolvida pelo Programa em seu último ano de execução.

Esse conjunto de atividades, constante nos relatos dos estudantes, foi realizado dentro e fora do espaço físico dos serviços e refere-se diretamente às questões de saúde da população, em particular aquelas relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas – temática eleita como foco das atuações do PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial.

A análise do material revelou que os monitores foram amplamente inseridos nas ações já realizadas pelos serviços de saúde, em especial as visitas domiciliares, os grupos, as oficinas e as reuniões, como ilustram os recortes a seguir:

*“Neste dia eu e minhas companheiras de quarteto realizamos a visita ao paciente F., que está sob a responsabilidade de uma das minhas colegas. Este paciente já vem sendo acompanhado pelo PET há um tempo” (D5).*

*“Organizamos o grupo em volta de uma mesa redonda, no auditório, e distribuimos as atividades para todos eles. [...] Em um segundo momento, o grupo foi dividido em duas rodas para uma disputa” (D3).*

*“[...] a gente acabava participando dos grupos que outras preceptoras estavam. Então tinha um grupo que a gente fazia parte toda terça-feira, que era o grupo de vida saudável, de mulheres” (E2).*

*“Atividade desenvolvida: participação na reunião semanal da equipe 01. Pensei que eu estaria ali apenas como ouvinte, porque não conheço a maiorias dos pacientes para poder opinar. [...] Mas aí surgiu a discussão do caso da M., que eu visitei ontem” (D4).*

Além disso, a partir da observação da dinâmica dos serviços, outras atividades foram propostas e desenvolvidas pelos monitores, levando-se em consideração as particularidades de cada cenário de prática, bem como a temática central do Programa.

*“Então, é um grupo pra mães, né, usuárias do CAPS ad III [...]. Mas é um grupo específico pra mães [...] que estão na situação de perda da guarda dos filhos por causa do uso de drogas. E a ideia do grupo era um espaço em que elas pudessem discutir entre elas e terem a dimensão do problema que elas estão passando e ao mesmo tempo de dar forças pra elas passarem por isso, né? E o nosso objetivo maior é que a gente pudesse trazer pra elas argumentos, vivências e experiências pra potencializar o resgate da guarda dessas crianças, né... Então essa era a ideia do grupo. E a gente percebia a grande demanda de mulheres chegando lá nessa situação que é muito recorrente” (E8).*

Verificamos que o PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial possibilitou a efetiva inserção dos estudantes nos serviços da rede pública de saúde, e esta, por sua vez, configurou-se como um campo privilegiado para a realização das atividades práticas que fundamentalmente compõem a formação profissional na área da saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

Sem desconsiderar a importância da teoria no processo formativo, a literatura especializada no tema ressalta que as iniciativas de integração ensino-serviço, ao promoverem a articulação entre os mundos da educação e do trabalho em saúde, possibilitam que a formação profissional ocorra a partir de uma perspectiva mais

próxima do real, da concretude das relações com o trabalho, com o cuidado e com o outro (BREHMER; RAMOS, 2014).

Observamos, também, que os monitores do Programa, ao realizarem diversas atividades, vivenciaram uma série de aspectos relacionados à integralidade, tanto como diretriz constitucional, quanto noção polissêmica apresentada por Mattos (2006). Nesse sentido, Albuquerque *et al.* (2008) afirmam que os serviços de saúde constituem espaços ímpares para a incorporação da integralidade ao processo de ensino-aprendizagem. Assim, apresentamos a seguir vários fragmentos que corroboram a afirmação desses autores:

*“Na verdade, penso que qualquer paciente, seja na rede privada ou pública, tem um contexto psicossocial relevante, uns mais, outros menos. Acontece que aqui na vivência do PET, principalmente por meio das visitas domiciliares, as realidades são tão duras que muitas vezes é o contexto social – e não a doença em si – o foco principal do plano terapêutico” (D4).*

*“Eu já tinha essa visão de saúde como tudo, não só uma área biológica, mas com todos os determinantes que passam pela sociedade, o lado psicológico, social... não tem como pensar em saúde sem pensar na questão econômica também. Pra você entender porque um menino vive com verme em um bairro de periferia, você precisa entender que ali não tem saneamento básico, que ali não tem condições, infraestrutura para a pessoa ter uma saúde [...]” (E6).*

*“[...] e aí quando você chega numa rua que tem uma pessoa ali, em situação de rua e que isso parte dela, que é uma escolha dela, aí você tem o outro lado da moeda, né? ‘Mas ô coitado, precisa de uma assistência...’. É uma questão assim: é um ser humano com uma escolha e... lidemos com isso! Pra muitos, muitos deles isso é uma opção, uma opção melhor” (E2).*

*“Essa prática de você olhar o lado do outro, o ponto de vista do outro... e isso só a prática que traz [...]. [...] dentro da academia você sempre pensa assim: ‘ah, vai ser eu, profissional, chegando na pessoa necessitada e oferecendo algo’. Quando você chega nesse espaço de rua, que não necessariamente você vai oferecer algo palpável, mas que você vai acolher uma demanda, e que nem sempre é uma demanda que cabe pra você, isso já é uma outra história, porque você literalmente ali na prática, você tem que construir junto com ele” (E2).*

Acima, os recortes das entrevistas e dos diários ilustram o contato próximo que os estudantes tiveram com os usuários dos serviços de saúde e suas realidades. Diante disso, emergiu a compreensão de que o usuário traz uma história de vida, está inserido em um contexto e deve ser protagonista do próprio processo saúde-doença. Essa visão integral do ser humano, a valorização dos contextos social,

cultural, econômico e familiar nos quais ele está inserido e o reconhecimento da importância do diálogo e da relação com o outro, são aspectos da integralidade como princípio orientador das boas práticas dos profissionais de saúde (MATTOS, 2006; ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

*“[...] eu nunca tinha trabalhado com grupos assim, com a autonomia que me foi dada, vamos dizer. Porque eu tinha abertura pra fazer as pontuações que eu quisesse, pra me colocar de fato, né? Então foi importante porque as pessoas ali, elas não me viam como aluna, elas me viam como profissional que tinha pontuações a fazer, que tinha colocações a fazer e isso era valorizado [...]” (E1).*

*“Então a gente... ela faz esse exercício comigo: a gente lê o prontuário junto, vê se ele já passou pelo CAPS antes alguma vez, na verdade é essa informação que a gente procura, se ele já passou pelo CAPS antes, da onde que ele tá vindo, se foi algum serviço que referenciou ele e tal. Aí a gente parte pra atender. Depois que atende, a gente volta, aí normalmente a gente conversa um pouco, reflete um pouco, ela pergunta ‘que que você achou? Que que você viu disso?’, aí eu falo com ela e ela ‘puxa, eu não tinha visto assim, eu acho que foi tal coisa...’, aí eu paro ‘é, não, realmente isso não tinha visto...’” (E8).*

Os fragmentos supra ilustram a participação ativa dos discentes no desenvolvimento das atividades. Para Ceccim e Feuerwerker (2004b), os estudantes desempenham importante papel no processo de ensino e o seu protagonismo deve ser incentivado. Desse modo, dar voz aos acadêmicos favorece a troca de saberes, ratificando a compreensão de que o conhecimento é construído e se processa a partir da reflexão sobre o vivido no concreto do trabalho (BRASIL, 2005a). Além disso, viabiliza relações horizontais entre os envolvidos nos processos de ensino-aprendizagem e de produção do cuidado, e o trabalho em equipe.

*“Outro aspecto que achei muito legal no Programa e nas atividades da UBS em si, é a interdisciplinaridade na atenção ao paciente e a integralidade. As reuniões nas quais o caso do paciente é apresentado e discute-se o melhor para ele envolvendo vários profissionais da saúde” (D4).*

*“Então, quando eu penso numa equipe multiprofissional, é uma equipe que conversa, né? Que não lida... por exemplo, eu não vou lidar só com a mão do paciente, vou lidar com o paciente todo. Então por isso eu vou conversar com o meu colega psicólogo pra trocar figurinha e ver o que que a gente pode fazer junto nesse caso. Eu acho que passava muito por isso, por essa leitura e também por essa construção de equipe, né? De... a gente tá com uma psicóloga, vamos ver o que que a médica fala da medicação, vamos ver o que que a enfermeira fala dos procedimentos, sabe? O que que a assistente social pode fazer nesse caso [...]” (E2).*

Para Henriques (2005), os espaços de interseção do ensino e dos serviços oferecem ricas possibilidades para a produção de novos saberes e práticas interprofissionais na produção do cuidado. Como ilustrado pelos recortes, a participação no Programa possibilitou aos estudantes o exercício do trabalho em equipe multiprofissional a partir de uma lógica interdisciplinar. A esse respeito, Albuquerque *et al.* (2008) destacam que o trabalho em conjunto dos profissionais de saúde é “realidade em nossa sociedade para a área da saúde, não cabendo legitimidade a qualquer apelo em contrário” (p. 360) e, ainda, necessário para a composição de uma atenção centrada no usuário.

Nesse novo modelo de assistência à saúde, em sintonia com os princípios e valores do SUS, a importância do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar revela-se na atenção ao usuário e na capacidade de compreendê-lo de maneira abrangente, na sua singularidade (HENRIQUES, 2005).

*“Meu curso deixa muito a desejar quando o assunto é atenção primária à saúde: só temos prática nessa área no 5º ano da graduação e ainda assim, por apenas 6 semanas. Foi movida por esse desejo de complementar minha formação fora do ambiente hospitalar e de conhecer como funciona o SUS na Atenção Básica que eu me inscrevi para concorrer a apenas uma vaga no PET-Redes” (D4).*

*“Fui motivada a fazer parte desse projeto pelo desejo de conhecer mais a fundo os mecanismos que o sistema de saúde disponibiliza para garantir a seus usuários a atenção integral à saúde, e me desvincular um pouco da atenção especializada disponibilizada pelo hospital terciário que frequento durante a minha formação acadêmica” (D7).*

Os fragmentos acima ilustram que, em conformidade com o previsto na Lei Orgânica da Saúde, o Programa utilizou os serviços que integram o sistema municipal de saúde como campos de prática (BRASIL, 1990). Assim, consideramos a parceria firmada com a SEMUS de Vitória-ES uma tentativa de rompimento com a concepção de que os hospitais são o único cenário de aprendizagem, concepção presente no modelo tradicional de formação ainda em vigor (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007; CECCIM, 2010).

O PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial, ao inserir os discentes em serviços de saúde dos outros níveis de complexidade do sistema, especialmente na Atenção

Básica, possibilitou que os estudantes realizassem atividades de promoção de saúde e prevenção de doença, nos âmbitos individual e coletivo, como exemplificam os recortes a seguir:

*“Hoje foi minha primeira participação no grupo de homens e a atividade programada era jogar bocha na pracinha de Maruípe. [...] para quem vê de fora, levá-los para jogar bocha na pracinha parece insignificante. Meus pais, por exemplo, não entendem quando chego em casa e relato essas atividades: ‘mas não era um estágio de medicina?’ ‘Sim!!! Isso também é medicina!’” (D4).*

*“Na quinta-feira pela manhã saí com o grupo de homens para um passeio na praia de Camburi. Fomos jogar vôlei com o pessoal do SOE, com ajuda da técnica esportiva que era professora desse programa” (D3).*

A análise do material revelou, ainda, que a participação no Programa possibilitou, à maioria dos estudantes, o primeiro contato com o sistema de saúde brasileiro, tanto na prática quanto na teoria, conforme os fragmentos abaixo ilustram:

*“O meu primeiro contato com o SUS foi realmente no PET, que veio antes da disciplina que eu tenho no sétimo período, no final do curso. Aí eu fui começar a conhecer [...] com os textos que a M. dá pra gente ler, aí foi sair um pouco do papel e foi conhecimento para mim...” (E5).*

*“[...] eu nunca tinha trabalhado diretamente com o SUS, então pra mim foi uma abertura, né? Uma entrada nesse cenário de... [...]. Uma primeira entrada, vamos dizer assim” (E1).*

Observamos, a partir dos recortes, que as estruturas curriculares e os projetos pedagógicos dos cursos de saúde da UFES contemplados pelo Programa, ainda se encontram distantes do preconizado pela literatura recente sobre a temática da formação e mais próximos da perspectiva tradicional de formação superior, ou seja, são centrados em conteúdos e organizados de maneira compartimentada e isolada, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Assim, notamos que o contato dos estudantes com o Sistema Único de Saúde – seja na teoria ou na prática – é consideravelmente tardio ou por meio de uma única disciplina, contrariando a proposta de uma educação contextualizada, próxima do real e que contemple o sistema de saúde vigente no país (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013; BREHMER; RAMOS, 2014; BRASIL, 2001).

Diante disso, questionamos: o contato tardio dos estudantes com o sistema de saúde brasileiro repercutiu, de algum modo, em suas participações no PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial? Desse contato tardio com o sistema surgiram dificuldades e/ou conflitos?

Henriques (2005) afirma que, além das possibilidades de vivificação da integralidade, os espaços de interseção dos universos do ensino e do serviço explicitam os problemas, os conflitos e as dificuldades desencadeados no processo de configuração das redes de cuidados. Discutimos a esse respeito na categoria de análise seguinte.

## 5.2 APRENDENDO A VIVER JUNTOS

A análise do conjunto de dados revelou que os monitores vivenciaram diversas dificuldades ao longo de suas atuações no Programa. No entanto, verificamos que algumas das dificuldades relatadas eram específicas de cada cenário de práticas, enquanto outras eram comuns a todos os serviços de saúde envolvidos no PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial e, desse modo, também constituíram as vivências dos estudantes.

Nessa categoria de análise, discutimos as principais dificuldades emergentes do material, em particular aquelas que identificamos serem comuns aos monitores do Programa participantes deste estudo. Assim, organizamos a apresentação de tais dificuldades da seguinte maneira: I) as diretamente relacionadas à realização das atividades e II) as referentes ao âmbito pessoal.

Ao identificarmos as dificuldades diretamente relacionadas à realização das atividades, observamos que estas decorreram, em grande parte, das diferenças nos currículos dos cursos de saúde da universidade contemplados pelo Programa, que divergem não apenas no que tange ao momento em que abordam o SUS e vários temas relacionados ao nosso sistema de saúde, mas também à relevância atribuída, no processo de formação superior, a iniciativas como o PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial, conforme exemplificam os recortes a seguir:

*“[...] algumas estudantes nunca terem tido contato com unidade de saúde, então teve essa necessidade de chegar lá e entender como é que funciona esse espaço né, de clínica, e tinha gente que já tinha tido contato com o SUS, com unidade de saúde e que já chegou na sede de fazer a coisa... Já tinha entendido a proposta: ‘Ah! Território, unidade, vou chegar e vou articular com o território...’. Mas tinha estudante que nem tinha assim, noção de território, né? Que pensava território enquanto é... espaço geográfico e não enquanto uma concepção de comunidade, né? [...] Então teve que, acho que foi mais um nivelamento esse primeiro momento, assim. [...] alguns cursos chegam muito crus de território, de reflexão sobre intervenções, de reflexão sobre SUS, sabe, sobre articulação com o SUAS, articulação com o território, com outras instituições [...]” (E2).*

*“[...] muitos dos meus amigos não conhecem, não sabem o que a gente faz. Aham que é um trabalho tranquilo, que não tem nenhum crescimento, até porque não é muito reconhecido, por exemplo: pra fazer uma pós-graduação, um mestrado, a avaliação dele, a pontuação dele é bem menor do que de uma iniciação científica que é mais valorizado [...]” (E5).*

O material também revelou as poucas oportunidades que os estudantes têm, durante a graduação, de participarem de atividades que aproximem teoria e prática, e que promovem, dessa forma, “a compreensão do significado das teorias aplicadas na prática” (BREHMER; RAMOS, 2014), sem que haja, contudo, prejuízos no curso das disciplinas de cada período e, conseqüentemente, na conclusão dos cursos de graduação, como retratam as seguintes falas:

*“Principalmente por causa do campo de prática, que é uma coisa que a gente sente muita falta dentro da TO, né? Porque a gente só tem prática mesmo no último ano, antes disso a gente fica com ‘sede de prática’ (risos). Qualquer projeto a gente vai de uma vez, porque literalmente a nossa grade é de manhã e de tarde, era né? Porque agora tem 5 anos, distribuiu melhor. Mas antes eram 4 anos, de manhã e de tarde com matérias, então pra você participar de projeto ou você participava na hora do almoço ou você abria mão de matérias” (E2).*

*“Acho que é uma dificuldade dos cursos da área de saúde, principalmente aqui na UFES...nosso curso é integral, temos aula de manhã e de tarde todos os dias [...], muitas vezes são muito teóricas e, pelo fato de ser integral, nos impossibilita de termos acesso a algum projeto e acabamos tendo que largar algumas disciplinas pra termos esse contato, se quisermos ter esse contato” (E7).*

Os quadros de horários dos sete cursos da área da saúde da UFES envolvidos no Programa foram apontados pelos estudantes como uma das principais dificuldades vivenciadas, com repercussão direta na realização das atividades de monitoria e, também, na organização dos monitores nos cenários de práticas, tal como proposto pelo PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial. A esse respeito, elencamos a seguir diversos fragmentos:

*“Na verdade, o que acontece, acabou ocasionando as questões dos horários... Por exemplo, uma das dificuldades do PET, talvez uma das principais, é a questão do horário. Cada curso tem sua grade curricular e cada profissional tem o seu horário, então os horários não estavam batendo muito [...]” (E6).*

*“Não, a gente não... durante um tempo a gente se encontrava na quinta-feira, no grupo de homens. Mas por questão de horário né, então a gente dificilmente tava junto assim... a gente acabava indo em horários diferentes” (E1).*

*“Depois de ter feito minha matrícula, soube que não poderei voltar a participar do grupo de homens por enquanto porque minhas quintas pela manhã estão ocupadas pelo estágio. Não gostaria que a experiência do período passado voltasse: a de não ter horário que coincida com o de algum*

*grupo ou de alguma monitora, porque foi um período muito desanimador” (D3).*

*“Eu entrei depois de 1 ano que o PET já tinha começado, foi perto do fim da minha formação. No meu curso, nos dois últimos semestres, é só estágio e eu tive dificuldade de cumprir as horas que o PET demandava pra mim, tanto que agora estou tendo que cumprir nas férias... e a dificuldade de horário que eu estava nesse segundo semestre por causa do estágio foi um problemão. Porque não encontrava a outra monitora, a minha preceptora... não que isso seja problema, mas é incompatível com a proposta do Programa”(E7).*

Henriques (2005) afirma que na interseção dos mundos do ensino e do trabalho é comum nos deparamos com muitas dificuldades e queixas que se relacionam tanto às universidades quanto aos serviços de saúde. Embora as universidades tenham um importante papel no contexto das transformações sociais atuais (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011; LEITE *et al.*, 2012), observamos que nas matrizes curriculares dos cursos envolvidos com o PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial, as históricas dicotomias entre educação, trabalho e saúde ainda estão fortemente instituídas, repercutindo negativamente nessa iniciativa de integração ensino-serviço.

Além das dificuldades ilustradas acima, a literatura também aponta, como desafios a serem superados na efetivação do ensino comprometido com o SUS, a resistência por parte dos docentes e dos próprios estudantes à utilização de novas metodologias de ensino-aprendizagem e, ainda, o fato de as universidades não compreenderem os serviços como espaços de produção de conhecimentos (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

Ceccim e Feuerwerker (2004a) ressaltam que a autonomia concedida às universidades pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) “tem exorbitado de seus limites diante da natureza pública ou de responsabilidade social da educação das novas gerações profissionais do país” (p. 1402). Para os autores, a relevância pública da saúde, estabelecida na Constituição Federal, deveria ser motivo suficiente para que o setor da educação acoplasse a autonomia universitária à gestão das políticas públicas de saúde, de maneira que as necessárias mudanças nas matrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde cumpram o disposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais e nas diretrizes constitucionais do

SUS, “ampliando a responsabilidade social e a capacidade de resposta e oferta da universidade aos problemas e demandas contemporâneas” (p. 1403).

Ainda sobre as dificuldades referentes à realização das atividades, os estudantes, em seus relatos verbais e escritos, destacaram aquelas dificuldades oriundas do relacionamento com os profissionais dos serviços de saúde que não atuavam como preceptores do Programa, conforme os recortes abaixo exemplificam:

*“A gente teve uma questão... porque a unidade em si, ela não tava, vamos dizer assim, preparada pra receber a gente. Então, a gente teve muita... como é que eu posso te dizer... muita resistência por parte dos profissionais que não estavam incluídos no PET. Os próprios agentes, o pessoal da recepção, a gente chegava, cumprimentava e eles fingiam que a gente não existia. [...] Porque a gente tinha que, por exemplo, ir com o agente de saúde fazer visita, mas eles não tavam no PET, então eles começaram a falar ‘ah, mas eu não tô no PET, porque que eu tenho que ficar levando esse monte de monitor pra fazer visita?’” (E4).*

*“[...]pois antes de agendar eu precisaria de entrar em contato com a ACS para perguntar se seria possível ela entregar a folha de marcação para o paciente no dia seguinte pela manhã, já que a consulta seria na parte da tarde. Ao ligar para a ACS, identifiquei-me e explanei o motivo da minha ligação. A resposta veio com um tom de ‘não estou muito a fim de te ajudar!’. A resposta foi a seguinte: ‘Ah, eu não vou subir morro hoje não!’” (D5).*

*“[...] essa profissional catou ele, falou com ele ali na hora que não aceitava aquilo, que não ia ficar com aluno dele, que ele que desse um jeito de mandar aquelas meninas embora porque ela não tinha nada a ver com o PET, que ela não ganhava dinheiro com o PET, então que ele mandasse elas embora” (E8).*

*“Participei das reuniões da equipe 5, então a reunião em si foi bem rápida para tratar apenas de problemas já conversados e que estavam pendentes, portanto não consegui “captar” a questão abordada, pois ninguém se propôs a me explicar e fiquei receosa em perguntar, já que eu era uma “intrusa” na reunião” (D3).*

Esses fragmentos revelam algumas dificuldades relacionadas aos serviços. Verificamos, diante do exposto, que os profissionais, principalmente aqueles não envolvidos nas iniciativas de integração ensino-serviço, tendem a atuar de modo pouco comprometido com a formação por não considerarem esta parte das suas agendas de trabalho, ou seja, “não recebem para ensinar” (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011, p. 21). A esse respeito, Pizzinato *et al.* (2012) afirmam que

torna-se evidente a necessidade de se trabalhar com a resistência, por parte de alguns trabalhadores, em viabilizar a integração ensino-assistência [...]. Observa-se que alguns trabalhadores apresentam dificuldades em participar das ações desses programas, talvez pela falta de conhecimento ou clareza quanto aos objetivos dos projetos(p. 175).

Segundo Cavalheiro e Guimarães (2011), a atitude pouco comprometida para com os estudantes inseridos nos serviços de saúde reflete diretamente na forma como os discentes se sentem acolhidos pelo serviço e parte da equipe de trabalho. Nesse contexto, Henriques (2005) afirma que a inserção nos serviços ainda “se caracteriza por um relativo distanciamento, um tratamento de certa forma cerimonioso entre os envolvidos, no qual as críticas que tenham ao outro não encontram canais adequados de expressão” (p.151).

Para desconstruir algumas concepções, como, por exemplo, a de que a universidade apenas se utiliza do serviço de saúde como local de estágio e que os serviços, por sua vez, utilizam os estudantes como mera mão-de-obra (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011), é necessário dialogar. O diálogo entre os setores da educação e da saúde torna-se fundamental para a superação desse conjunto de dificuldades. Sem o diálogo e a parceria permanentes entre os envolvidos nos processos de formação profissional, as possibilidades de ensinar, aprender e fazer saúde efetivamente pautadas nos princípios e valores do SUS ficam limitadas (HENRIQUES, 2005).

Ainda sobre as dificuldades relatadas pelos estudantes, tanto verbalmente quanto nos diários de campo, a análise do material revelou que algumas das dificuldades e conflitos vivenciados ultrapassaram a realização das atividades de monitoria e relacionaram-se também ao âmbito pessoal, como os recortes a seguir ilustram:

*“Assim, no primeiro momento eu fiquei... bastante apavorada, porque nunca trabalhei com saúde mental, eu tenho vários psicólogos na família, mas eu particularmente nunca tinha entrado né, diretamente assim... e ainda mais na temática de uso de álcool e drogas, que nunca, nunca foi uma coisa familiar pra mim, né?”(E8).*

*“Dificuldades se relacionaram basicamente a experiências de vida muito diferentes da realidade a que estou acostumada no meu convívio social e acadêmico, mas nada capaz de comprometer a adequada participação” (D7).*

*“Apesar de eu ser evangélica, eu não boto fé de ter esse caráter evangélico na, no atendimento. E às vezes existia, isso nos incomodava muito [...]” (E4).*

*“[...] não posso deixar com que a minha crença fale mais alto em relação ao plano terapêutico que o serviço propõe. Reconheço que lá não se é um lugar onde a espiritualidade e a crença em Deus são muito reconhecidas como forma de curar, mais eu respeito e oro por aquelas pessoas e suas famílias todos os dias, fazendo assim a minha parte como cristã” (D6).*

Os fragmentos apresentados revelam uma importante dimensão do trabalho em saúde: a subjetiva. Essa dimensão, que insiste e irrompe a todo instante no cotidiano dos serviços de saúde, não deve ser desconsiderada no processo de produção de cuidados (FARIA; DALBELLO-ARAUJO, 2010), tampouco nos processos formativos.

Assim como o usuário do serviço, o profissional – e o estudante da área da saúde – também está inserido em um contexto, traz uma história de vida, princípios e valores, isto é, também emanam deles os valores, as crenças e as instituições que permeiam a vida em sociedade (FARIA; DALBELLO-ARAUJO, 2010).

Desse modo, entendemos que os encontros possibilitados pelo PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial com o novo e o diferente – o SUS, seu funcionamento e o trabalho em saúde – e com o distante – o usuário e sua realidade – produziram, nos estudantes, reflexões, sentimentos e vivências únicas, “impossíveis de serem desenvolvidas nos limites de uma sala de aula” (BREHMER; RAMOS, 2014, p. 234).

### 5.3 APRENDENDO A CONHECER E A SER

Ontem no entanto perdi durante horas e horas a minha montagem humana.

Se tiver coragem, eu me deixarei continuar perdida.

Mas tenho medo do que é novo

e tenho medo de viver o que não entendo –

quero sempre ter a garantia de pelo menos estar pensando que entendo,

não sei me entregar à desorientação.

Como é que se explica que o meu maior medo seja exatamente em relação: a ser?

e no entanto não há outro caminho.

*Clarice Lispector*

Na última categoria de análise, apresentamos e discutimos algumas reflexões produzidas pelos estudantes a partir da realização das atividades no cotidiano dos serviços de saúde envolvidos no PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial, e alguns sentimentos e emoções despertados no transcurso dessas atividades.

Entendemos que as reflexões produzidas e os sentimentos experienciados pelos discentes, constantes nos conteúdos das entrevistas e dos diários de campo, evidenciam as potencialidades e os desafios da iniciativa de integração ensino-serviço, tema deste trabalho. Assim, consideramos que o pensar e o sentir são elementos importantes dos processos de ensino-aprendizagem, de formação – profissional e pessoal – e no fazer saúde. Sobre isso, destacamos a seguinte fala:

*“Acredito que teve seu impacto no lado pessoal, isso é inegável. Quando você constrói, escolhe uma profissão ou vai pra esse tipo de campo, você, de alguma forma, leva alguma coisa pra casa, né? Então sempre leva alguma coisa...” (E2).*

Albuquerque *et al.* (2008) afirmam que a realidade vivenciada pelos estudantes no cotidiano dos serviços de saúde tem a função de instigar uma prática problematizadora no sentido da aprendizagem e da reflexão acerca da produção do cuidado. A realidade é, dessa maneira, objeto da aprendizagem. É nesse sentido que para os autores, há coerência entre os propósitos da integração ensino-serviço e a proposta da Educação Permanente em Saúde, sendo impossível, atualmente, pensar a articulação entre ensino e serviço sem remeter-se à EPS.

As iniciativas de integração ensino-serviço e a proposta da Educação Permanente em Saúde partem de um desafio central: promover a formação profissional e o desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde a partir de uma lógica descentralizada, ascendente e transdisciplinar, e do pressuposto da aprendizagem significativa (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008; BRASIL, 2004b). Ou seja, os processos de formação e desenvolvimento devem ocorrer em todos os locais, com o envolvimento de todos os atores e dos vários saberes, a partir da problematização do cotidiano e levando em consideração as experiências e os conhecimentos prévios dos indivíduos (BRASIL, 2005c).

Nesse contexto, apresentamos a seguir alguns recortes das reflexões produzidas pelos monitores sobre a repercussão da participação no Programa nos seus processos de formação acadêmica e na futura atuação profissional:

*“[...] e o contato com o PET, no serviço onde eu estava, acho que acelerou esse processo, acho que trouxe um amadurecimento muito grande, de como lidar com pessoas mesmo, independente de qualquer coisa, de entender o espaço do outro, de entender que o que eu penso não é o que o outro pensa e não é por isso que eu estou errada ou ele está errado [...]” (E7).*

*“[...] quando você pensa que o PET é multidisciplinar, que envolve várias áreas, acho que é um processo de formação que literalmente você vê as coisas de uma forma muito diferenciada, você aprende a ver de forma coletiva [...]” (E6).*

*“Estar informada sobre o que está ocorrendo na Atenção Primária é um diferencial que o PET me proporciona em relação a meus colegas de faculdade. Esses aspectos práticos, como a falta de penicilina e de PPD, são relevantes para a prática médica e conhecer as dificuldades que irei enfrentar com certeza me faz refletir desde já como lidar com essas situações no futuro” (D4).*

*“A medicina ainda oferece muito pouco, tendo em vista a extensão deste problema. A maioria dos medicamentos utilizados é apenas de suporte, mas em muito pouco são efetivos se não houver um acompanhamento multidisciplinar associado. Ainda falta muito para que a sociedade se torne mais acolhedora e solidária a esta realidade” (D7).*

No que tange à realização das atividades, identificamos reflexões acerca da continuidade das ações desenvolvidas a partir da inserção dos estudantes nos serviços de saúde, em particular os grupos. Segundo Cavalheiro e Guimarães (2011), buscar alternativas para quando os discentes saem dos serviços é um

desafio a ser superado na articulação ensino-serviço. A esse respeito, destacamos os recortes a seguir:

*“Fiquei pensando no dia que o PET acabar, será que todo o projeto que estamos desenvolvendo em todas as redes irão se perder?!” (D6).*

*“E a preceptora [...] nos acompanha, até porque eu tive uma conversa com ela e falei ‘olha, a gente tá saindo, mas a ideia não é o grupo acabar, né?’ e ela falou ‘não, eu vou continuar com a condução do grupo’. Então ela tem acompanhado os últimos encontros pra ela tentar fazer sozinha ou eu não sei se ela vai ter alguma aluna estagiária daí pra frente, que aí ela vai continuar com esse grupo” (E8).*

A análise do material também revelou que os estudantes produziram algumas reflexões sobre o sistema de saúde brasileiro e o seu funcionamento. Observamos que tais reflexões foram produzidas, principalmente, a partir das dificuldades vivenciadas no cotidiano dos serviços de saúde.

*“Analisando este atendimento, mais uma vez pude pensar a respeito da estrutura do nosso SUS e como apesar dos grandes avanços até hoje alcançados, alguns pontos ainda são primários e ineficientes. As internações do CAPS não têm como objetivo garantir um ambiente seguro, com conforto e alimento, elas devem ser utilizadas para estreitar laços e intensificar a intervenção terapêutica nos pacientes mais necessitados. Aprendemos que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, mas de fato é difícil estabelecer até onde o Estado é responsável e onde esta responsabilização deve ser transferida a nível individual. De fato, as vagas em abrigos são limitadas e a permanência em situação de rua muitas vezes se torna um problema na estratégia terapêutica, mas utilizar as dependências do CAPS apenas para retirar os pacientes da situação de rua, não é uma escolha plausível” (D7).*

*“Diante dos comentários feitos e que, por sinal, corroboraram com as aulas de Saúde Coletiva que tive na graduação, foi possível confirmar que realmente há diferenças na gestão do SUS em cada município. Se é possível ter um sistema integrado de prontuários no município de Vitória, também deveria existir nos demais municípios, pelo menos da Grande Vitória. Porém, não é a realidade. O que vemos é que existem diferenças na disponibilização de verbas e, muitas vezes, até há verbas, mas há falhas de gestão” (D5).*

*“O que pensei? O quanto gosto do serviço público, mas o quanto o mesmo ainda tem falhas, como biossegurança e material (qualidade e opções)” (D2).*

*“O SUS é novinho né? 20 e poucos anos... Então assim, é difícil a gente falar também de uma construção de SUS dentro da academia sendo que nem a construção do SUS, na prática, é efetiva, 100% no território do nosso país. Então vai ter lugar no país que o SUS funciona como um relóginho e tem outros lugares que nem unidade de saúde direito vai ter. Então é uma*

*coisa nova, eu penso... eu me acalmo pensando 'isso tá novo ainda...' (risos), 'tá no começo, não tem como exigir mais... é um sistema falho, é uma gestão falha...'. Então vai ter dificuldades na implementação completa, né?" (E2).*

Ainda nessa categoria de análise, apresentamos os sentimentos e as emoções experienciados pelos estudantes ao longo de suas atuações no PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial. A partir da inserção no cotidiano dos serviços, do contato com o outro – seja o profissional ou o usuário –, com outras realidades e com as especificidades do trabalho em saúde, os discentes se sentiram: alegres, aliviados, angustiados, ansiosos, apreensivos, constrangidos, culpados, curiosos, decepcionados, desanimados, desesperados, desrespeitados, duvidosos, empolgados, encantados, entediados, entusiasmados, espantados, esperançosos, felizes, frustrados, ignorados, incomodados, incompetentes, indignados, inúteis, impotentes, irritados, medrosos, com nojo e pena, perplexos, raivosos, receosos, satisfeitos, tristes e úteis.

Insta frisar que, embora a técnica e os instrumentos utilizados neste estudo para a produção das informações viabilizassem (e até incentivassem) os relatos daquilo que os discentes sentiram ao participarem do Programa, observamos que o conjunto de sentimentos experienciados emergiu de modos e com intensidades diferentes nas entrevistas e nos diários de campo. Ora relatados mais abertamente, ora mencionados de forma contida e “diluída”, observamos que a realização das atividades despertou nos monitores principalmente os seguintes sentimentos e emoções:

*“Alegria por estar ‘atuando’ na minha área” (D2).*

*“Me sinto muito feliz de conseguir aplicar muitas coisas que estou tendo e já tive durante a faculdade” (D6).*

*“[...] eu não conhecia, nem como usuária, o potencial de uma unidade de saúde. E eu cheguei aqui em casa, eu fiquei encantada, falei com minha mãe: 'na unidade de saúde tem uma porção de medicamentos, tem um monte de médico...'. Eu ficava encantada [...]” (E5).*

*“[...] senti impotência, uma vez que eu não poderia fazer nada para trazer essa população que estava com medo de sair de casa [...]” (D1).*

*“Senti-me muito pouco útil, como se não pudesse resolver nem metade dos problemas. E depois caiu a ficha de que realmente não posso mudar toda essa realidade” (D4).*

*“A gente colocou o grupo e assim, fomos super desrespeitadas, as pessoas não nos ouviram, na hora que a gente ainda tava apresentando o projeto, uma profissional começou a falar e eles mudaram de assunto, começaram a falar de outras coisas e ignoraram completamente que nós estávamos ali [...]” (E8).*

Além disso, verificamos que grande parte dos sentimentos experienciados pelos estudantes emergiu a partir daquilo que Faria e Dalbello-Araujo (2010) afirmam ser a matéria-prima do trabalho em saúde: o encontro. Encontros com outros profissionais, usuários, realidades e vidas. Somente possibilitados pela vivência do cotidiano do trabalho em saúde. A análise do material evidenciou a potência dos encontros na transformação dos processos formativos – de profissionais e de pessoas.

Observamos que nem todos os monitores relataram vivências totalmente distantes, por exemplo, das situações de pobreza ou de uso abusivo e/ou dependente de álcool e outras drogas apresentadas, como os recortes a seguir ilustram:

*“[...] a questão da pobreza não é nenhuma novidade. Da mesma forma que você via outras arregalarem os olhos quando era totalmente fora do contexto delas, eu vivo em um bairro de periferia [...]. Mas a questão da pobreza não foi algo que me impactou tanto, por não ser algo distante da minha realidade e nunca foi, pelo bairro que eu vivo, pela região que eu moro e pelo meu curso” (E6).*

*“Um momento marcante foi quando uma das agentes comunitárias, cujo irmão alcoolista eu irei acompanhar, dirigiu-se a mim e a outra monitora que estava na reunião também e disse: ‘vocês podem visitar meu irmão? Eu amo tanto ele, mas ele não para de beber’. Me marcou porque eu vivenciei isso na minha família, com um tio” (D4).*

No entanto, observamos que para a maioria dos discentes, a inserção em serviços de saúde localizados em bairros periféricos – nos quais a pobreza e a violência estão mais presentes e são mais visíveis – e a própria temática central do Programa, revelaram realidades desconhecidas, nunca antes vivenciadas. A partir do contato com essas realidades, emergiram sentimentos diversos, principalmente apreensão, medo, pena, nojo e inquietação, como ilustram os fragmentos a seguir:

*“Pensei como seria a subida do morro, fiquei apreensiva por causa da violência. Mas foi bem tranquilo, a casa era de fácil acesso e sem ter que subir morro. [...] Realidade que me surpreendeu... um caos social” (D4).*

*“[...] quando subimos o morro vemos que o mundo lá de cima é um mundo diferente do mundo de baixo. Tudo muito sujo, cheio de lixo espalhado pelas escadarias, casas muito sujas e bagunçadas, muitos cachorros, condições de vida muito precárias [...]. Senti pena do meu paciente, pela condição precária em que ele e o filho dele se encontram, e nojo daquele lugar cheio de lixo” (D5).*

*“[...] acho que pela primeira vez me confrontei com a realidade de extremos que os traficantes de droga enfrentam. [...] Eles também são vulneráveis e estão sujeitos a perdas, medos e ameaças. Acho que pela primeira vez eu senti receio, ou de certo modo, medo [...]. Não tive coragem de sair da instituição ao mesmo tempo que esse paciente [...]” (D7).*

*“Essa consulta foi uma das que mais mexeu comigo até hoje. No fundo, me comparei um pouco com a paciente que tinha aproximadamente a minha idade. [...] essa fala despertou em mim uma inquietação [...]” (D7).*

Constatamos que tanto o pensar quanto o sentir atravessaram o fazer dos estudantes, repercutindo em seus processos de formação acadêmica e construindo vivências únicas, intensas, desconfortáveis, prazerosas, potentes. Especialmente os sentimentos que emergiram, parecem ter “temperado” essa experiência, despertando o olhar dos discentes para as outras dimensões que constituem o fazer saúde e, ainda, transformando o olhar desses estudantes sobre os diferentes modos de ser e estar no mundo.

Nesse contexto, destacamos o que os estudantes apontaram em seus relatos como uma das principais repercussões dessas vivências em sua formação: o amadurecimento e a sensibilidade para lidar com a complexidade do processo saúde-doença e, também, para lutar por uma assistência à saúde e sociedade mais éticas e humanizadas.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a criação do Sistema Único de Saúde, ocorreram profundas mudanças nos modos de se conceber e fazer saúde. Essas mudanças intensificaram os debates sobre a temática da formação profissional para a área da saúde, impondo importantes e necessárias transformações nos processos formativos e de desenvolvimento dos profissionais e trabalhadores desse setor.

Ao compreender saúde como direito e produção social, outras dimensões da vida, como, por exemplo, a cultural, a econômica e a subjetiva, passaram a ser consideradas nas práticas de saúde. Desse modo, formar para a área da saúde é mais que produzir profissionais com conhecimentos e habilidades técnicas, é produzir sujeitos cuidadores, ou seja, sujeitos reflexivos, críticos, mais sensíveis às necessidades dos indivíduos e protagonistas na construção de um sistema de saúde verdadeiramente universal e equânime.

No contexto de transformação dos processos formativos em saúde, destacam-se as iniciativas de integração ensino-serviço. Tais iniciativas, ao promoverem a articulação entre os mundos do ensino e do serviço, apostam no potencial pedagógico do trabalho, reconhecendo que é no cotidiano dos serviços de saúde que o conhecimento se materializa em ações de produção do cuidado e da vida.

Nesse sentido, entendemos, juntamente com Henriques (2005), que a imersão dos estudantes no cotidiano dos serviços de saúde merece um olhar atencioso, uma vez que eles desempenham importante papel nos processos de ensino-aprendizagem e futuramente serão profissionais de saúde. Assim, analisamos as vivências dos estudantes que participaram do PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial, uma iniciativa de integração ensino-serviço do Ministério da Saúde, desenvolvida a partir da parceria firmada entre a Universidade Federal do Espírito Santo e a SEMUS de Vitória-ES.

Definimos vivência como a experimentação do cotidiano do trabalho em saúde e da própria vida. Desse modo, analisamos o fazer dos estudantes nos serviços de saúde

envolvidos no Programa, e, ainda, o que eles pensaram sobre esse fazer e o que sentiram a partir dele. Acreditamos ser válida a discussão acerca das reflexões e sentimentos produzidos a partir da inserção dos estudantes em serviços de saúde, pois ao falar do trabalho em saúde, falamos também dos sujeitos nele envolvidos e, portanto, de desejos e singularidades.

A análise do material ratificou o que grande parte dos estudos realizados a respeito dessa temática aponta: as iniciativas de integração ensino-serviço repercutem positivamente na formação profissional em saúde, especialmente por possibilitarem a incorporação da integralidade aos processos de ensino-aprendizagem e, conseqüentemente, de produção do cuidado.

Além disso, o material também revelou as dificuldades que os estudantes vivenciaram ao longo de suas atuações no PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial. Observamos que elas marcaram consideravelmente as vivências dos discentes e produziram as principais reflexões teóricas relatadas nas entrevistas e nos diários de campo.

Inegavelmente, os conflitos, as tensões e as dificuldades das mais diversas ordens são comuns no cotidiano do trabalho em saúde. Logo, é esperado que os discentes, ao serem inseridos nos serviços, tenham contato com algumas dificuldades que atravessam o fazer saúde e que estas aparecessem no conjunto dos dados. Ainda, não desconsideramos em nossa análise aquelas dificuldades provenientes da interseção dos mundos do ensino e do trabalho, e, a esse respeito, destacamos principalmente: as diferenças nas matrizes curriculares dos cursos contemplados pelo Programa, o relacionamento com os profissionais não preceptores e as dificuldades referentes ao âmbito pessoal.

No que tange aos sentimentos experienciados – corajosamente relatados pelos discentes e abordados nesta dissertação – identificamos que eles emergiram, principalmente, a partir do contato com o diferente e o distante: os usuários e suas realidades.

Nesse sentido, concluímos que o PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial possibilitou vivências intensas, algumas desconfortáveis, outras mobilizadoras de afetos positivos, que os estudantes afirmaram ter repercutido em seus processos de formação profissional e também pessoal.

Por tudo isso, acreditamos que as iniciativas de integração ensino-serviço podem fomentar a transformação dos processos formativos para a área da saúde, e afirmamos que se faz necessário fortalecê-las nas instituições de ensino superior, nos serviços de saúde e junto à comunidade, a fim de assegurar sua sustentabilidade no processo de construção de sistemas de saúde escola.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S.; GOMES, A. P.; REZENDE, C. H. A.; SAMPAIO, M. X.; DIAS, O. V.; LUGARINHO, R. M. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L. C. M.; LLANOS, C. **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec, 1999.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. O método nas ciências sociais. In: ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSNAJDER, F. (Org.). **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1999.p. 107-203.

AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 8, n. 15, p. 375-380, mar./ago. 2004.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, supl. 1, p. 20-31, jun. 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. Ed.Lisboa: Ed. 70, 2004.

BREHMER, L. C. F.; RAMOS, F. R. S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** [internet], v. 16, n. 1, p. 228-237, jan./mar. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília: Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 02 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde – Pólos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 13 de fevereiro de 2004c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **VER-SUS Brasil**: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 20 de agosto de 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde**: unidade de aprendizagem – Práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005a.

\_\_\_\_\_. 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 – Análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**: pólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 1.133 de 01 de outubro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**. Brasília, 03 de outubro de 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **SGTES**: políticas e ações. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS/MEC nº 421 de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 05 de março de 2010.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. **Caderno FNEPAS**, v. 1, p. 19-27, dez. 2011.

CECCIM, R. B. Educação dos profissionais de saúde e compromissos públicos com a integralidade: as disposições do AprenderSUS. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 131-154.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005a.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005b.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005.p.211-226.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004a.

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

DELORS, J. Educação: um tesouro a descobrir. 10 ed. São Paulo: Cortez, Brasília: MEC:UNESCO, 2006.p. 89-101.

DITZ, E. S.; DUARTE, E. D.; MADEIRA, L. M.; LOPES, T. C. Formação multiprofissional: estratégia de educação permanente na construção da integralidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 179-190.

ELLERY, A. E. L.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 187-198, 2013.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAUJO, M. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeito. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, n. 10, p. 37-50, 2002.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Trad.: Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do SUS. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 183-198.

GONÇALVES, R. C. B.; GONÇALVES, L. G.; COVRE, L.; LAZARINI, W. S.; DALBELLO-ARAUJO, M. Nós em rede: vivências da parceria ensino-serviço produzidas pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 19, supl. 1, p. 903-912, 2015.

HENRIQUES, R. L. M. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 147-159.

LEITE, M. T. S.; RODRIGUES, C. A. Q.; MENDES, D. C.; VELOSO, N. S.; ANDRADE, J. M. O.; RIOS, L. R. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na Formação Profissional. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 111-118, 2012.

MATTANÓ, L. D. C. B. **A prática da integralidade: contos (com) sentidos**. 2013. 96 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, Vitória, ES, 2013.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 41-66.

MENDES, F. M. S.; FONSECA, K. A.; BRASIL, J. A.; DALBELLO-ARAUJO, M. VER-SUS: relato de vivências na formação de Psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 1, p. 174-187, 2012.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007a.p. 9-29.

\_\_\_\_\_. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007a.p. 61-77.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007b.

NORONHA, A. B.; SOPHIA, D.; MACHADO, K. Formação profissional em saúde. **Radis:comunicação em saúde**, n. 3, p. 11-17, out. 2002.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. Conceitos de saúde: atualização do debate teórico-metodológico. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 13-27.

PAIVA, C. H. A.; PIRES-ALVES, F.; HOCHMAN, GILBERTO. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 929-939, 2008.

PIZZINATO, A.; GUSTAVO, A. S.; SANTOS, B. R. L.; OJEDA, B. S.; FERREIRA, E.; THIESEN, F. V.; CREUTZBERG, M.; ALTAMIRANO, M.; PANIZ, O.; CORBELLINI, V. L. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, n. 36, v. 1, supl. 2, p. 170-177, 2012.

REDE UNIDA. **Nossa história**: textos, imagens e documentos sobre a trajetória da Rede UNIDA. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/rede-unida/nossa-historia/>>. Acesso em: 30 set. 2015.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; FERNANDEZ, V. S.; KOIFMAN, L. Trabalho e formação: diálogos necessários para a construção de práticas do cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 191-206.

SILVA, R. O. B.; ALVES, E. D.; CARVALHO, D. S. L.; MESQUITA, D. M. Programa PET-Saúde: trajetória 2009-2010, na Universidade de Brasília. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 678-683, out./dez. 2012.

SILVA, J. P. V.; TAVARES, C. M. M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 271-285, set. 2004.

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 121-137.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – diário de campo

Eu \_\_\_\_\_, fui convidado(a) a participar do “MAPA D” da pesquisa intitulada “ANÁLISE DAS TEIAS DAS REDES DE ATENÇÃO AOS QUE FAZEM USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS” coordenada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maristela Dalbello-Araujo e sob a responsabilidade da mestrandia Jullyanne Heringer Cordeiro Ornelas, do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

#### **Justificativa**

A tarefa de ordenar a formação dos recursos humanos na área da saúde ainda constitui-se como um desafio para o sistema de saúde brasileiro. Dentre as iniciativas para o enfrentamento e a superação desse desafio, destacam-se aquelas que aproximam os mundos do ensino e do trabalho através das vivências práticas, como, por exemplo, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Entretanto, tais iniciativas ainda necessitam ser fortalecidas e sua sustentabilidade assegurada. Este estudo visa contribuir indiretamente com o fortalecimento do referido Programa nas instituições de ensino superior, nos serviços de saúde e junto à comunidade e diretamente com o avanço da pesquisa científica em nosso país.

#### **Objetivo da pesquisa**

Analisar as vivências dos estudantes que participaram do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde Redes de Atenção.

#### **Procedimentos**

A partir de um roteiro guia o estudante produzirá um diário de campo que será enviado para a pesquisadora responsável pelo “MAPA D” e, após autorização do discente, o diário será analisado.

#### **Duração e local**

O diário de campo poderá ser produzido no local de sua escolha (nas dependências da UFES, no cenário de prática onde está inserido ou em sua residência) entre o período de Janeiro a Junho de 2015, não trazendo prejuízos para suas atividades.

**Riscos e desconfortos**

Os riscos que a pesquisa apresenta são a quebra do sigilo em relação à identificação dos participantes do estudo e o constrangimento em responder alguma questão proposta no roteiro guia do diário de campo. Porém, a pesquisa será desenvolvida de forma a garantir a manutenção do sigilo quanto à sua identificação pessoal e às informações obtidas e não será preciso responder qualquer questão se você sentir que ela é muito pessoal ou se sentir desconforto em responder.

**Benefícios**

Contribuir indiretamente com o fortalecimento de iniciativas como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde e diretamente com o avanço da pesquisa científica em nosso país.

**Garantia de recusa em participar da pesquisa**

Entendo que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da minha recusa.

**Garantia de manutenção do sigilo e privacidade**

Você terá a sua identidade resguardada durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados coletados nesta pesquisa.

**Esclarecimento de dúvidas**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou perante a necessidade de reportar qualquer injúria ou dano relacionado com o estudo, eu devo contatar a pesquisadora responsável pelo “MAPA D” Jullyanne Heringer Cordeiro Ornelas por meio do número de telefone (27) 99986-1285 ou do endereço de e-mail [jullyornelas@gmail.com](mailto:jullyornelas@gmail.com), bem como a orientadora por meio do e-mail [dalbello.araujo@gmail.com](mailto:dalbello.araujo@gmail.com). Ou ainda, pelo endereço Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP: 29.040-090, Vitória-ES, Brasil. Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa ou para relatar algum problema, posso contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do CCS/UFES pelo telefone (27) 3335-7211 ou correio por meio do endereço Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, prédio da Administração do CCS, CEP: 29.040-090, Vitória-ES, Brasil.

Declaro que fui verbalmente informado(a) e esclarecido(a) sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos como também os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela pesquisadora responsável pelo “MAPA D”.

Na qualidade de pesquisadora responsável pelo “**MAPA D**” da pesquisa “**ANÁLISE DAS TEIAS DAS REDES DE ATENÇÃO AOS QUE FAZEM USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**”, eu, Jullyanne Heringer Cordeiro Ornelas, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinentes) da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Vitória-ES, \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

---

Participante da pesquisa

---

Pesquisador

Jullyanne Heringer Cordeiro Ornelas

---

Coordenador(a)/orientador(a)

Maristela Dalbello-Araujo

## **APÊNDICE B**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – entrevista individual**

Eu \_\_\_\_\_, fui convidado(a) a participar do “MAPA D” da pesquisa intitulada “**ANÁLISE DAS TEIAS DAS REDES DE ATENÇÃO AOS QUE FAZEM USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**” coordenada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maristela Dalbello-Araujo e sob a responsabilidade da mestrandia Jullyanne Heringer Cordeiro Ornelas, do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

#### **Justificativa**

A tarefa de ordenar a formação dos recursos humanos na área da saúde ainda constitui-se como um desafio para o sistema de saúde brasileiro. Dentre as iniciativas para o enfrentamento e a superação desse desafio, destacam-se aquelas que aproximam os mundos do ensino e do trabalho através das vivências práticas, como, por exemplo, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Entretanto, tais iniciativas ainda necessitam ser fortalecidas e sua sustentabilidade assegurada. Este estudo visa contribuir indiretamente com o fortalecimento do referido Programa nas instituições de ensino superior, nos serviços de saúde e junto à comunidade e diretamente com o avanço da pesquisa científica em nosso país.

#### **Objetivo da pesquisa**

Analisar as vivências dos estudantes que participaram do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde Redes de Atenção.

#### **Procedimentos**

Será realizada entrevista individual pela pesquisadora responsável pelo “MAPA D” com o objetivo de analisar as vivências dos estudantes que participaram do PET Saúde Redes de Atenção. Após sua autorização, a entrevista será gravada, posteriormente transcrita de forma fidedigna e analisada.

#### **Duração e local da entrevista**

A entrevista será realizada nas dependências da UFES e terá duração de aproximadamente 60 minutos, não trazendo prejuízos para suas atividades.

**Riscos e desconfortos**

Os riscos que a pesquisa apresenta são a quebra do sigilo em relação à identificação dos participantes do estudo e o constrangimento em responder alguma questão proposta na entrevista. Porém, a pesquisa será desenvolvida de forma a garantir a manutenção do sigilo quanto à sua identificação pessoal e às informações obtidas e não será preciso falar sobre qualquer questão se você sentir que ela é muito pessoal ou se sentir desconforto em falar.

**Benefícios**

Contribuir indiretamente com o fortalecimento de iniciativas como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde e diretamente com o avanço da pesquisa científica em nosso país.

**Garantia de recusa em participar da pesquisa**

Entendo que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da minha recusa.

**Garantia de manutenção do sigilo e privacidade**

Você terá a sua identidade resguardada durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados coletados nesta pesquisa.

**Esclarecimento de dúvidas**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou perante a necessidade de reportar qualquer injúria ou dano relacionado com o estudo, eu devo contatar a pesquisadora responsável pelo “MAPA D” Jullyanne Heringer Cordeiro Ornelas por meio do número de telefone (27) 99986-1285 ou do endereço de e-mail [jullyornelas@gmail.com](mailto:jullyornelas@gmail.com), bem como a orientadora por meio do e-mail [dalbello.araujo@gmail.com](mailto:dalbello.araujo@gmail.com). Ou ainda, pelo endereço Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP: 29.040-090, Vitória-ES, Brasil. Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa ou para relatar algum problema, posso contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do CCS/UFES pelo telefone (27) 3335-7211 ou correio por meio do endereço Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, prédio da Administração do CCS, CEP: 29.040-090, Vitória-ES, Brasil.

Declaro que fui verbalmente informado(a) e esclarecido(a) sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos como também os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela pesquisadora responsável pelo “MAPA D”.

Na qualidade de pesquisadora responsável pelo “**MAPA D**” da pesquisa “**ANÁLISE DAS TEIAS DAS REDES DE ATENÇÃO AOS QUE FAZEM USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**”, eu, Jullyanne Heringer Cordeiro Ornelas, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinentes) da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Vitória-ES, \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

---

Participante da pesquisa

---

Pesquisador

Jullyanne Heringer Cordeiro Ornelas

---

Coordenador(a)/orientador(a)

Maristela Dalbello-Araujo

## APÊNDICE C

### ROTEIRO GUIA PARA DIÁRIO DE CAMPO

#### ESTRUTURA DO DIÁRIO:

1. Data da atividade;
2. local em que a atividade foi desenvolvida;
3. o que fiz hoje?
4. o que pensei?
5. o que senti?

## **APÊNDICE D**

### **ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA**

Como foi a sua vivência no PET Saúde Redes de Atenção (início, por quanto tempo permaneceu, motivação para participar do Programa, serviço no qual esteve inserido, dificuldades, experiências marcantes)?

## ANEXO 1

## APRECIÇÃO FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:**ANÁLISE DAS TEIAS DAS REDES DE ATENÇÃO AOS QUE FAZEM USO DE  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

**Pesquisador:**Maristela Dalbello de Araújo

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 37332614.2.0000.5060

**Instituição Proponente:**Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:**912.763

**Data da Relatoria:**25/02/2015

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo de caso, que contará com várias fontes de dados. Todos de natureza qualitativa, orientado pelos princípios da avaliação de quarta geração, utilizando como ferramentas de produção de dados a análise documental, observações participantes, entrevistas e sessões de grupo focal envolvendo trabalhadores, estudantes, professores, gestores, usuários e lideranças comunitárias.

**Objetivo da Pesquisa:**

Descrever e analisar como se produzem as redes de atenção aos usuários, particularmente aqueles que fazem uso de álcool e outras drogas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com a pesquisadora, são:

Riscos:

Os riscos que a pesquisa apresenta são a quebra do segredo em relação à identificação dos participantes do estudo e o constrangimento dos indivíduos em responder alguma questão proposta nas entrevistas ou no grupo focal. A pesquisa será desenvolvida de forma a garantir a manutenção do sigilo quanto à identificação pessoal e às informações obtidas. Porém, não será preciso falar sobre qualquer questão se o participante sentir que ela é muito pessoal ou sentir desconforto em falar.

**Endereço:**Av. Marechal Campos 1468  
**Bairro:**S/N  
**UF:** ES  
**Telefone:**(27)3335-7211

**Município:** VITORIA

**CEP:**29.040-091

**E-mail:** cep@ccs.ufes.br

## CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 912.763

**Benefícios:**

Os benefícios serão indiretos, pois o estudo contribuirá para a expansão e qualificação da RAPS, potencializando os dispositivos de rede e oferecendo insumos ao apoio matricial já existente.", que estão de acordo com a Res. CNS 466/12.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de importância social e científica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto apresentada e devidamente assinada;

TCLE - adequada;

Há carta de anuência do ETSUS, mas que não inclui o nome da pesquisadora que submeteu o projeto;

Há termo de Sigilo e Confidencialidade de três dos sete integrantes da pesquisa;

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foram acatadas as pendências

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

VITORIA, 13 de Dezembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Cynthia Furst Leroy Gomes Bueloni**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Marechal Campos 1468

**Bairro:** S/N

**UF:** ES

**Telefone:** (27)3335-7211

**Município:** VITORIA

**CEP:** 29.040-091

**E-mail:** cep@ccs.ufes.br