



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE**

DORACI ANTONIA DA SILVA

**INFLUÊNCIA DOS PROGRAMAS DE REORIENTAÇÃO DA
FORMAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE TRABALHO NA
ATENÇÃO BÁSICA**

Goiânia

2015

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

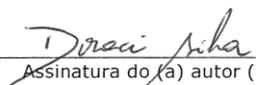
Nome completo do autor: Doraci Antonia da Silva

Título do trabalho: INFLUÊNCIA DOS PROGRAMAS DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do (a) autor (a) ²

Data: 15/12/2016

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

²A assinatura deve ser escaneada.

DORACI ANTONIA DA SILVA

**INFLUÊNCIA DOS PROGRAMAS DE REORIENTAÇÃO DA
FORMAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE TRABALHO NA
ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – nível Mestrado Profissional da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientadora: Dr^a. Ida Helena
Carvalho Francescantonio
Menezes

Co-orientadora: Dr^a. Jacqueline
Rodrigues de Lima

Goiânia

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Silva, Doraci Antonia

Influência dos programas de reorientação da formação em saúde no processo de trabalho na atenção básica [manuscrito] / Doraci Antonia Silva. - 2015.
CXXXVIII, 138 f.

Orientador: Profa. Dra. Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes; co-orientador Dr. Jacqueline Rodrigues Lima.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (Profissional), Goiânia, 2015.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Processo de Trabalho. 2. Programa de Educação pelo Trabalho. 3. Preceptoría. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I. Menezes, Ida Helena Carvalho Francescantonio, orient. II. Título.

CDU 37



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA

**Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Mestrado Profissional em Ensino na Saúde**

ATA de Defesa de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Às quinze horas do dia quatorze de dezembro de dois mil e quinze, reuniu-se na Faculdade de Nutrição a Comissão Julgadora infranomeada para proceder ao julgamento da Defesa de Dissertação de Mestrado apresentada pelo (a) Pós-Graduando (a) **Doraci Antonia da Silva**, intitulada “**Influência dos Programas de Reorientação da Formação Em Saúde No Processo De Trabalho Na Atenção Básica**”, como parte de requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde, área de concentração **Ensino na Saúde**. O (A) Presidente da Comissão julgadora, **Prof.ª Dra. Ida Helena Carvalho Franciscantonio Menezes**, concedeu a palavra ao (a) candidato (a) para exposição em até trinta minutos do seu trabalho. A seguir, o (a) senhor (a) presidente concedeu a palavra, pela ordem, sucessivamente aos Examinadores, os quais passaram a arguir o (a) candidato (a) durante o prazo máximo de vinte minutos, assegurando-se ao (à) mesmo (a) igual prazo para responder aos Senhores Examinadores. Ultimada a arguição, que se desenvolveu nos termos regimentais, a Comissão, em sessão secreta, expressou seu Julgamento, considerando o (a) candidato (a) aprovada [Aprovado (a) ou Reprovado (a)]. Em face do resultado obtido, a Comissão Julgadora considerou o (a) candidato (a) **Doraci Antonia da Silva** () Habilitado (a) () Não habilitado (a). Nada mais havendo a tratar, eu **Prof.ª Dra. Ida Helena Carvalho Franciscantonio Menezes**, lavrei a presente ata que, após lida e julgada conforme, foi por todos assinada.

Banca Examinadora

Assinatura

Prof.ª Dra. Ida Helena Carvalho F. Menezes – presidente

Prof.ª Dra. Maria Goretti Queiroz – membro titular

Prof.ª Dra. Beatriz Jansen Ferreira – membro titular

Prof.ª Dra. Maria de Fátima Nunes – suplente

Prof.ª Dra. Lucilene Maria de Sousa – suplente

Ida Helena Carvalho F. Menezes
Maria Goretti Queiroz
Beatriz Jansen Ferreira
Maria de Fátima Nunes
Lucilene Maria de Sousa

A Banca Examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Dissertação:

Doraci Antonia da Silva
Doraci Antonia da Silva

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE**

BANCA EXAMINADORA

Aluna: Doraci Antonia da Silva

Orientadora: Dr^a. Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes

Co-Orientadora: Dr^a. Jacqueline Rodrigues de Lima

Membros:

1. Dr^a. Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes

2. Dr^a. Beatriz Jansen Ferreira

3. Dr^a. Maria Goretti Queiroz

Suplentes:

1. Dr^a. Lucilene Maria de Sousa

2. Dr^a. Maria de Fátima Nunes

Data: 14/12/2015

Dedico este trabalho ao meu pai, senhor Antônio Rafael, que com toda sua simplicidade me ensinou mais do que tudo que pude aprender nos livros.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que suportaram, toleraram, compreenderam, esperaram, se reorganizaram, me substituíram, enfim, que de alguma forma estiveram comigo durante essa jornada.

À Deus pela sustentação e equilíbrio nos momentos de esmorecimento.

Ao Ernani e Fernando pelos seres humanos incríveis que são e pelo orgulho que tenho por serem meus filhos, aguardando sempre os raros momentos que podíamos compartilhar a alegria de estarmos juntos.

Aos meus pais Antônio (*in memoriam*) e Raquel, responsáveis pela minha vida e por terem estimulado os valores de perseverança e coragem em minha criação, fundamentais para concretização dos meus sonhos.

Às minhas irmãs, amigas, confidentes e inspiradoras de vida: Edinamar, Laine e Tuanni – pelo amor sem compromisso de tempo, pelo simples fato de existirem.

Aos amigos e colegas de trabalho: Heurimar, Thiago, Ana Lúcia, Rosana, Suênia, Mariany, Rosa Brígida, Angelina, Carlos e Edna, pela paciência, tolerância, confiança e acolhimento.

À minha co-orientadora Dr^a. Jacqueline Lima pelo estímulo ao desafio do começo da caminhada e pelo compartilhamento de seus saberes e experiências.

À minha orientadora Dr^a. Ida Helena por ter insistido comigo e, principalmente, não ter permitido que eu desistisse. Obrigada pela competência, dedicação, pelo ombro e por ajudar a enxugar as lágrimas.

Aos usuários da Estratégia Saúde da Família, pelos quais me inspiro a adquirir conhecimentos que possam aprimorar a qualidade do cuidado oferecido pelo SUS.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	8
2.1 Objetivo geral	8
2.2 Objetivos específicos	8
3 REFERENCIAL TEORICO	9
3.1 Trabalho e processo de trabalho: origem conceitual	9
3.2 Processo de trabalho em saúde	11
3.3 O processo de trabalho na atenção básica em saúde	17
3.4 A formação para o trabalho na atenção básica à saúde	19
3.4.1 O Pró-Saúde	26
3.4.2 O Pet-Saúde	30
4 MÉTODO(S)	34
4.1 Projeto Origem	34
4.2 Tipo de estudo	34
4.3 Cenário da pesquisa	34
4.4 População do estudo	36
4.5 Critérios de inclusão e exclusão	37
4.6 Amostra	37
4.7 Instrumentos de coleta de dados	40
4.7.1 Perfil profissional e de formação	40
4.7.2 Escala Likert.....	40
4.7.3 Validação do instrumento.....	44
4.7.4 Aplicação do Instrumento de coleta de dados.....	45
4.8 Aspectos éticos	46
5 RESULTADOS	48
6 DISCUSSÃO	65
7 CONCLUSÃO	80
REFERÊNCIAS	82
PRODUTO TÉCNICO	93
ANEXO E APÊNDICES	18
Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética	18
Apêndice 1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	19
Apêndice 2 – Instrumento de coleta de dados.....	117

TABELAS, FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS

TABELAS	Pág.
Tabela - 1 Distribuição das Equipes da ESF/CSF nos Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Saúde – Goiânia, 2015	35
Tabela - 2 Quantitativo de profissionais, por categoria, que atuam nos CSF da ESF participantes do estudo	37
Tabela - 3 Distribuição de equipes e profissionais da ESF/CSF nos Distritos Sanitários da SMS eleitos na amostra. Goiânia, 2015	38
Tabela - 4 Caracterização dos participantes da pesquisa. Goiânia, 2015	49
 FIGURA	
Figura - 1 Fluxograma de obtenção do quantitativo final de participantes do estudo da influência dos Programas de reorientação da formação em saúde no processo de trabalho na atenção básica. Goiânia, 2015	38
 QUADROS	
Quadro - 1 Dimensões da escala Likert e respectivas asserções	44
Quadro - 2 Dimensões com suas asserções e as médias finais sobre a influência dos programas de reorientação da formação do profissional da saúde no processo de trabalho da ESF	51
Quadro - 3 Asserções que compõem a primeira dimensão pesquisada referente à compreensão dos trabalhadores e gestores da ESF sobre o conceito de processo de trabalho em saúde e suas respectivas médias	53
Quadro - 4 Asserções que compõem a segunda dimensão pesquisada referente à percepção dos trabalhadores e gestores da ESF sobre as ações desenvolvidas relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde e suas respectivas médias	56
Quadro - 5 Asserções que compõem a terceira dimensão pesquisada referente à percepção dos trabalhadores e gestores da ESF sobre o processo de trabalho desenvolvido no âmbito do Pró-Saúde e Pet-Saúde e a parceria ensino-serviço na ESF e suas respectivas médias. Goiânia, 2015	59
Quadro - 6 Asserções que compõem a quarta dimensão pesquisada referente à percepção dos trabalhadores e gestores da ESF sobre as atividades relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde do CSF que sofreram influência do Pró-Saúde e Pet-Saúde e suas respectivas médias. Goiânia, 2015	63
 GRÁFICOS	
Gráfico - 1 Percepção dos profissionais e gestores em relação às asserções não validadas da escala Likert, sobre a influência dos programas de reorientação da formação do profissional da saúde no processo de trabalho da ESF. Goiânia, 2015	50
Gráfico - 2 Perfil geral atitudinal das dimensões da escala Likert aplicada aos profissionais e gestores sobre a influência dos programas de reorientação da formação do profissional da saúde no processo de trabalho da ESF. Goiânia, 2015	51

Gráfico - 3 Percepção atitudinal geral da dimensão 1- pelos profissionais e gestores da ESF sobre o conceito do processo de trabalho em saúde pelos eixos de análise: gênero, faixa etária e categoria profissional. Goiânia, 2015	52
Gráfico - 4 Percepção atitudinal geral da dimensão 1- pelos profissionais e gestores da ESF sobre o conceito do processo de trabalho em saúde pelos eixos de análise: nível de formação, atuação preceptoria, tempo de preceptoria na ESF. Goiânia, 2015	53
Gráfico - 5 Percepção atitudinal por asserção da dimensão 1 pelos profissionais e gestores ESF referente à compreensão sobre o conceito do processo de trabalho em saúde. Goiânia, 2015	54
Gráfico - 6 Percepção atitudinal geral da dimensão 2 pelos profissionais e gestores da ESF sobre as ações desenvolvidas relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde pelos eixos de análise: gênero, faixa etária e categoria profissional. Goiânia, 2015	55
Gráfico - 7 Percepção atitudinal geral dimensão 2- dos profissionais e gestores da ESF sobre as ações desenvolvidas relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde pelos eixos de análise: pós-graduação, atuação preceptoria, tempo de preceptoria na ESF. Goiânia, 2015	56
Gráfico - 8 Percepção atitudinal geral das asserções que compõem a segunda dimensão pesquisada, junto aos dos trabalhadores e gestores da ESF sobre as ações desenvolvidas relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde. Goiânia, 2015	57
Gráfico - 9 Percepção atitudinal geral dimensão 3 dos profissionais e gestores sobre o processo de trabalho desenvolvido no âmbito do Pró-Saúde e Pet-Saúde e a parceria ensino-serviço na ESF pelos eixos de análise: gênero, faixa etária e categoria profissional. Goiânia, 2015	58
Gráfico - 10 Percepção atitudinal geral dimensão 3- profissionais e gestores sobre o processo de trabalho desenvolvido no âmbito do Pró-Saúde e Pet-Saúde e a parceria ensino-serviço na ESF pelos eixos de análise: pós-graduação, atuação e tempo de preceptoria na ESF. Goiânia, 2015	59
Gráfico - 11 Percepção atitudinal geral das asserções que compõem a terceira dimensão pesquisada, junto aos trabalhadores e gestores sobre o processo de trabalho desenvolvido no âmbito do Pró-Saúde e Pet-Saúde e a parceria ensino-serviço na ESF. Goiânia, 2015.....	61
Gráfico - 12 Percepção geral dimensão 4- dos profissionais e gestores da ESF sobre as ações desenvolvidas relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde pelos eixos de análise: gênero, faixa etária e categoria profissional. Goiânia, 2015.....	61
Gráfico - 13 Percepção atitudinal geral dimensão 4- profissionais e gestores ESF sobre as ações desenvolvidas relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde pelos eixos de análise: pós-graduação, atuação e tempo de preceptoria na ESF.....	62
Gráfico - 14 Percepção atitudinal geral das asserções que compõem a quarta dimensão pesquisada, junto aos trabalhadores e gestores da ESF sobre as atividades relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde do CSF que sofreram influência do Pró-Saúde e Pet-Saúde e suas respectivas médias. Goiânia, 2015.....	64

ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSF	Centro de Saúde da Família
DAS	Divisão de Atenção à Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DOU	Diário Oficial da União
DSCC	Distrito Sanitário Campinas Centro
DSL	Distrito Sanitário Leste
DSN	Distrito Sanitário Norte
EAD	Ensino à Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDA	Integração Docente Assistencial
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituição de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PET	Programa de Educação Tutorial
PET SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas
PROPET-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SES	Secretaria Estadual de Saúde

SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás
UNI	Uma Nova Iniciativa
VER-SUS	Vivências e Estágio da Realidade do Sistema Único de Saúde

RESUMO

Introdução: A reorientação da formação dos profissionais de saúde que atenda às necessidades do novo perfil dos trabalhadores almejado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) consiste em um desafio tanto para o Ministério da Saúde (MS), enquanto ordenador dos recursos humanos, quanto para o Ministério da Educação (MEC) como formador desses profissionais. Para superarem esse desafio, esses Ministérios, firmaram parceria e instituíram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde). A Universidade Federal de Goiás (UFG) participa desses programas desde sua primeira edição, buscando integrar, precocemente, o estudante da área da saúde aos cenários de prática dos serviços da atenção básica. Este estudo visa analisar a influência do Pró e Pet-Saúde no processo de trabalho em saúde sob a ótica dos gestores e dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Goiânia-Goiás. **Método:** Estudo quantitativo descritivo realizado com 174 profissionais e gestores da ESF de nove Centros de Saúde da Família (CSF) dos Distritos Sanitários: Leste, Norte e Campinas-Centro participantes do Pró e Pet-Saúde. Os dados foram coletados por meio de questionário composto por duas partes: a primeira com variáveis demográficas, profissionais e de formação acadêmica. A segunda, por uma escala Likert, com índice de confiabilidade $R = 0,92$, formada por quatro dimensões e 32 asserções. As quatro dimensões da escala consistiram: D.1- conceitos de processo de trabalho e trabalho em saúde; D.2- percepção do processo de trabalho na atenção básica; D.3- processo de trabalho e a parceria ensino-serviço; D.4- atividades do processo de trabalho influenciadas pelo Pet-Saúde. Como critérios de análise foi utilizada as seguintes pontuações para interpretação da escala Likert: de 0 até 1,99 (insatisfação); de 2 a 2,99 (relativa satisfação) e 3 a 4 pontos (satisfação). **Resultados:** Os profissionais da ESF, respondentes do estudo são, na grande maioria, do sexo feminino (89,08%), acima dos 30 anos de idade (92,52%), participantes da preceptorial com estudantes da graduação (78,18%) e pós-graduados - enfermeiros, médicos e cirurgiões dentistas - (84,58%). A média geral

para cada dimensão foi: D1= 3,56; D2= 3,53; D3= 2,87 e D4= 2,88. Nos eixos de análise, ser preceptor Pet-Saúde e atuar por maior tempo junto à preceptoria, a percepção foi mais positiva para todas as dimensões pesquisadas. **Conclusão:** Os profissionais e gestores da ESF possuem boa percepção dos conceitos do processo de trabalho e do trabalho em saúde, bem como das atividades à serem realizadas no processo de trabalho na atenção básica que atendam as recomendações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). No entanto, a percepção crítica quanto a parceria do Pró e Pet-Saúde e da contribuição desses programas nas atividades realizadas na ESF, requerem uma reavaliação de suas propostas bem como das estratégias de aproximação da Universidade e o serviço. A percepção positiva do preceptor Pet-Saúde para todas as dimensões analisadas, sugere que a aproximação do profissional do serviço com a Universidade constitui-se em uma possibilidade de maior efetivação da parceria ensino-serviço.

Palavras-chave: Processo de trabalho, Programa de Educação pelo Trabalho, Preceptoria, Atenção Primária de Saúde, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Reorientation in health professional's education background that meet the needs of the new civil servants profile required by the National Health Department (SUS) represents a challenge both to the Ministry of Health (MS) and Ministry of Education (MEC) as the one responsible for training these professionals. To overcome this situation, the concerned departments established an agreement: The National Program for Reorientation in Health Professionals Educational Background (Pró-Saúde) and the Educational Work in Health Program (Pet-Saúde). Goiás Federal University is part of this program since the beginning, trying to integrate health students in basic health practice events. This study aims to analyses before and after influences of the process under managers and professionals managers from the Family Health Strategy Program (ESF) form Goiânia's county, Goiás, Brazil. **Methodology:** Descriptive Quantity Study carried on with 174 (one hundred seventy four) people from ESF in 09 (nine) Family Health Centres (CSF) in the east, north and Campinas-Centre of the town. Data was gathered together through enquiries split in two parts: one including demographic, work and educational background and a second one consisting of Likert scale, with R=0,92 reliability rate; 4 dimensions and 32 points to be analyzed. The 04 (four) dimensions consisted in D.1= work and work in health concepts; D.2= Work in Basic Health process understanding; D.3= work process and educational/work partnership; D.4= work process activities influenced by Pet-Saúde. The applied criterion Likert's Scale was graded from 0 to 1,99 (unsatisfied), 2 to 2,99 (almost satisfied) and 3 to 4 (satisfied). **Results:** The majority of ESF professionals are female (89,08%), over 30 years old (92,52%), working directly with students (78,18%) and post graduated: nurses, general physicians and surgeon dentists (84,58%). The average for every dimension was: D1=3,56; D2=3,53; D3=2,87 and D4=2,88. In an analyzes axis, working directly with students improves in a positive way the understanding of the researched work process. **Conclusion:** ESF professionals and managers have a good understanding of the work process

and health work process as well as the other related activities that accord to the Basic Health National Policy (PNAB). Although a critical perception linked to the before and after partnership between these different departments and their ESF improvement contribution need an extra target's assessment as well as work and university narrowing strategies. Pet-Saúde professionals positive assessment for all analyzed dimensions suggests that this situation raises the establishment of a work-study partnership possibility.

Keywords: work process, Education for Work Program, Preceptor, Primary Health Care, Single Health System.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, prevê em suas diretrizes, entre outras, a ordenação de recursos humanos para atuar em um sistema público, universal, integral e equânime, que reconheça a responsabilidade do Estado e a influência dos determinantes sociais sobre a saúde da população (BRASIL, 1988; 1990).

Entretanto, a formação e a assistência à saúde vigente no país, quando da criação do SUS, eram fundamentadas, principalmente, no modelo denominado Flexneriano, com foco na atenção à saúde centrada na assistência curativa, hospitalar e superespecializada, na vertente de interesses econômicos corporativos. A implantação e efetivação do SUS com seus princípios e diretrizes necessitavam de um novo perfil de formação dos profissionais e de funcionamento dos serviços de saúde (FEUERWERKER, 1998; ALMEIDA et al., 2005).

A proposta de implantação em 1994 do Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), é que essa atuasse como um fator de reorientação do modelo de atenção à saúde e contribuísse como principal cenário de prática no âmbito da formação de profissionais de saúde para o SUS, capacitados para novas práticas de trabalho integrais e interdisciplinares (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2012).

No entanto, mesmo com a implantação da ESF em 1994, o atendimento de saúde aos usuários seguia a lógica do modelo biomédico com profissionais e estrutura organizacional médico-centrada com intervenções direcionadas ao indivíduo, seus riscos e problemas de saúde. Da mesma forma, as instituições formadoras também não adequaram seus currículos ao novo modelo de atenção proposto (MORETTI-PIRES, 2009; GIL et al., 2008; BRASIL, 2004). Diante desse cenário o Ministério da Saúde (MS) constatou que a formação dos profissionais da área da saúde apresentava pouca ou nenhuma relação com a realidade social e epidemiológica da população brasileira (BRASIL, 2007a), passando a considerar, como prioridade, a necessidade da reorientação da formação em saúde.

O campo das práticas e o da formação não se dissociam, alguns dos elementos críticos e de absoluta importância ou relevância para a consolidação do SUS é a superação da inadequada formação na graduação de seus profissionais

(FEUERWERKER, 2001), bem como proporcionar aos profissionais, que já trabalham na assistência, condições adequadas para atualizarem suas práticas e saberes de acordo com o novo modelo de atendimento demandando, para tanto, não só mudanças na formação acadêmica dos novos profissionais, mas também na educação permanente nos serviços (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a). Essa compreensão alicerça a formulação de novas políticas para a formação dos profissionais de saúde.

Buscando superar desafios na formação e no serviço a partir de 2001, o Ministério da Educação (MEC) implantou as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que estavam previstas na Lei de Diretrizes e Bases¹ (LDB) de 1996 para os cursos de graduação na área da saúde.

As DCN para a graduação na saúde foram elaboradas com ênfase na formação de profissionais generalistas para atuarem na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, capazes de reconhecer os determinantes sociais sobre a saúde e intervir sobre as necessidades de saúde da população conforme preconizado nos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2001).

Como não se podia esperar que o simples ato de criação das DCNs consistisse em mudança de paradigma da formação, o Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de operacionalizá-las e fazer cumprir seu papel constitucional enquanto ordenador de recursos humanos para o SUS, estabeleceu parcerias com o Ministério da Educação (MEC). E em 2001, lançou o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (PROMED), com o intuito de contribuir para adequação dos currículos dos cursos de medicina voltados para a realidade social e de saúde da população brasileira visando a formação de médicos capazes de atuar na atenção básica priorizando a saúde da família (BRASIL, 2002).

Para reforçar o papel do MS na educação e regulação do trabalho nos serviços de saúde, foi criada em 2003 a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), que, fundamentada nas avaliações do PROMED, protagonizou parcerias que instituiu em 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b).

¹ Lei de Diretrizes e Bases – É a lei que disciplina e regulamenta o sistema educacional brasileiro desde a educação básica ao ensino superior, dispondo sobre seus princípios gerais, as finalidades, recursos financeiros e diretrizes para a formação profissional (BRASIL, 2010b).

O Pró-Saúde, inicialmente direcionado para os cursos de graduação das profissões que integravam a ESF: enfermagem, medicina e odontologia foi estendido em 2007 para os demais cursos de graduação na saúde, abrangendo todas as categorias profissionais de saúde de nível superior reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2005c, BRASIL, 2007a; BRASIL, 1998). No ano seguinte, os Ministérios da Saúde e da Educação instituíram o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família, e posteriormente, para as áreas de vigilância em saúde, saúde mental e rede de assistência à saúde (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2010c; 2010d, 2011b).

O Pró-Saúde tem como objetivo a integração ensino-serviço-comunidade, com vista a reorientação profissional na perspectiva de uma abordagem integral do processo saúde – doença, com ênfase na atenção básica e por meio de uma nova forma de aprender, gerar conhecimento e cuidar da saúde da população. Apresenta como eixos básicos: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica. Sua finalidade é formar profissionais com perfil adequado aos sistemas locais de saúde, e isso implica em fomentar a capacidade de aprender, trabalhar em equipe, comunicar-se, ser ágil diante das situações, capacidade propositiva e habilidade crítica, buscando romper com a dicotomia da teoria com a prática e promover integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2005d; BRASIL, 2007a).

O Pet-Saúde, por sua vez, surge como estratégia para potencializar as ações do Pró-Saúde, tendo como pressuposto a educação pelo trabalho. Para tanto, o Pet-Saúde sempre incentivou a realização de atividades acadêmicas por meio de aprendizagem em grupos tutoriais interdisciplinares e a implementação das diretrizes curriculares dos cursos de graduação, bem como a integração ensino-serviço, a educação permanente em serviço e o desenvolvimento de pesquisas nesse campo de atenção, com vistas a sensibilizar e preparar os profissionais para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e saúde da população brasileira (BRASIL, 2008a).

A integração do Pró-Saúde e Pet-Saúde pela SGTES ocorreu em 2011 e objetivou que esses programas planejassem, articuladamente, suas ações de acordo

com as necessidades das regiões de saúde² e das redes de atenção à saúde³ (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012a).

Os projetos desses programas deveriam ser elaborados pelas Instituições de Ensino Superior (IES) em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e ou Secretarias Estaduais de Saúde (SES) de forma articulada com os projetos pedagógicos dos cursos da área de saúde. Suas propostas além de considerar os eixos básicos, deveria considerar a indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão, a interdisciplinaridade, o trabalho coletivo, a aproximação com a comunidade, a elaboração e publicação de produtos científicos, planejamento de atividades que integrem ensino-serviço-comunidade, reforçando as redes de atenção (BRASIL, 2011a).

Vale ressaltar que o Pró-Saúde e o Pet-Saúde também visam contribuir para a educação permanente dos trabalhadores da saúde pelo reforço à parceria ensino-serviço, desenvolvimento de projetos de intervenção e pesquisa contextualizados com as necessidades locais (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2011b). Neste contexto a educação permanente em saúde apresenta-se como estratégia fundamental para a recomposição das práticas da formação, atenção, gestão, formulação de políticas públicas e controle social no setor da saúde (CECCIM, 2005).

Albuquerque et al. (2008), entendem que ocorre a integração ensino-serviço quando o trabalho é realizado coletivamente envolvendo o estudante-professor-profissionais dos serviços e gestores, visando oferecer um serviço de saúde de qualidade tanto ao indivíduo quanto à coletividade; formar alunos qualificados e proporcionar crescimento profissional aos trabalhadores do serviço. Para esses autores quando a integração ensino-serviço acontece focada no usuário, a distância entre o ensino e a produção do cuidado em saúde diminui.

Sensível às lacunas existentes entre o ensino-serviço-comunidade, a Universidade Federal de Goiás (UFG) tem desenvolvido ações em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS-Goiânia) desde 2005 com foco na

² "Compreende-se por Região de Saúde espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde" (BRASIL, 2011c).

³ "As Redes de Atenção à Saúde são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" (BRASIL, 2010e).

reorientação da formação em saúde (UFG, 2008; 2012; SOUSA; SHUVARTZ, 2015). Neste sentido, as implementações das propostas iniciaram, preferencialmente na Atenção Básica em Saúde (ABS) e a partir de 2012, foram ampliadas para o contexto do trabalho em redes de atenção, oferecendo assistência à população, eventos, pesquisas, atividades de extensão, educação permanente e educação em saúde realizadas nesta parceria ensino-serviço, envolvendo professores, estudantes, trabalhadores e comunidade.

Para que ocorra a integração ensino-serviço-comunidade, de acordo com o preconizado pelo Pró-Saúde e Pet-Saúde, com o objetivo de promover melhor assistência ao usuário, são necessárias mudanças significativas no modo em que os atores envolvidos nesse processo executam suas ações em seus cotidianos. Propor mudanças na forma pela qual os profissionais desenvolvem suas atividades, a maneira com que realizam seu trabalho é chamá-los a repensar seus processos de trabalho.

Nesse sentido, há de se considerar que o trabalho em saúde traz consigo algumas características específicas que o diferencia do trabalho em geral, sendo a compreensão dessas especificidades condição necessária para o entendimento de como se organiza e realiza o trabalho em saúde na prestação da assistência.

A organização do processo de trabalho é um dos fatores que contribui para que ocorra as ações de mudança de modelo de assistência dentro da Atenção Básica de Saúde (ABS) (BRASIL, 1990). Sendo esta, considerada pela declaração de Alma Ata (1978) e pela Organização Mundial de Saúde (1977) como a principal estratégia para a promoção e assistência à saúde para todos os indivíduos de acordo com o lema, “saúde para todos no ano 2000”.

O cenário atual evidencia que, quinze anos após ultrapassar esse marco, ainda a meta não foi alcançada. No Brasil a ABS constitui um conjunto integrado de ações básicas, articulada a um sistema de promoção e assistência integral à saúde (ALEIXO, 2000) visando superar os desafios do SUS na oferta de saúde para toda população brasileira.

A ABS é o primeiro nível de assistência à saúde, seu objetivo é desenvolver ações integrais que modifiquem, positivamente, a saúde da população. Suas ações devem ser organizadas para o atendimento tanto individual quanto coletivo visando promover e proteger a saúde, prevenir agravos, realizar diagnósticos, tratar,

reabilita e reduzir danos. Deve ser orientada pelos princípios de universalidade, acessibilidade, estabelecimento de vínculo, cuidado continuado, atenção integral, responsabilidade, humanização, equidade e estímulo à participação social. Para expansão e consolidação da Atenção Básica o MS tem como principal mecanismo a ESF (BRASIL, 2012a).

No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS/Goiânia), a ESF como um cenário de prática para a formação dos profissionais da área da saúde e reorientadora do processo de trabalho da ABS (BRASIL, 2012a), tem realizado atividades em parceria com a UFG. Neste contexto, tem contribuído para a mudança de formação do perfil dos acadêmicos da área da saúde para que atendam às necessidades do SUS e favoreçam a organização do processo de trabalho em saúde.

A organização do processo de trabalho na ABS pressupõe que seus trabalhadores possuam o conhecimento acerca do que venha a ser o “processo de trabalho” bem como, das recomendações do MS, estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), acerca de suas características visando sua reorganização. A inserção dos acadêmicos de saúde no serviço acrescenta um novo elemento nesse processo, que produz um rearranjo nas relações ensino-serviço.

Enquanto enfermeira da SMS atuando na ESF, desde sua implantação, e tendo participado dos programas de reorientação da formação desenvolvidas em parceria com a UFG, percebo que a organização do processo de trabalho que atenda os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS, perpassa pela integração ensino-serviço-comunidade.

Após dez anos de implantação do Pró-Saúde e quatro anos do Pet-Saúde pela UFG/SMS, não existem estudos que apontem para as possíveis influências que esses programas possam ter provocado na organização do processo de trabalho da ESF da SMS/Goiânia.

A aproximação entre o ensino e o serviço, me instigou a questionar qual o conceito dos trabalhadores da ESF das unidades, onde ocorreram o Pró-Saúde e Pet-Saúde, de processo de trabalho em saúde? Quais as ações relacionadas a organização do processo de trabalho em saúde são desenvolvidas pelos profissionais? Os profissionais da ESF percebem os mecanismos de parceria estabelecidos pelos programas indutores da formação do profissional de saúde?

Qual a influência do Pró-Saúde e Pet-Saúde na organização dos processos de trabalho nesse cenário de prática?

O presente estudo se justifica pelo fato da avaliação produzir informações para melhorar as intervenções em saúde, promover seu julgamento e conhecer a percepção das pessoas usuárias do serviço a seu respeito (HARTZ; SILVA, 2010). Os resultados poderão subsidiar estratégias de organização e articulação entre ensino, serviço e comunidade, com o objetivo de contribuir para a efetivação das propostas dos Ministérios da Saúde e da Educação na qualificação do profissional e dos serviços públicos de saúde. Além de fornecer aos profissionais do serviço, docentes, gestores e estudantes envolvidos com o Propet-Saúde um retrato da aproximação entre esses atores.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a influência do Pró e Pet-Saúde no processo de trabalho em saúde sob a ótica dos gestores e dos profissionais da ESF do Município de Goiânia-Goiás.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil profissional e de formação dos profissionais de saúde dos Centros de Saúde da Família (CSF) participantes do Pró e Pet-Saúde;
- Identificar o conceito do grupo em estudo acerca do processo de trabalho em saúde;
- Descrever as ações relacionadas ao processo de trabalho em saúde, desenvolvidas pelos profissionais de saúde, que atuam no CSF;
- Identificar as atividades relacionadas ao processo de trabalho em saúde no CSF que sofreram influência do Pró e Pet-Saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesse capítulo serão abordados o trabalho na perspectiva ontológica de sua conceituação, o processo de trabalho em geral e os elementos que o constitui, as especificidades do processo de trabalho na saúde e na atenção básica e as políticas de reorientação da formação para a saúde. Esse percurso tem como objetivo subsidiar a elaboração das questões investigadas, nesse estudo, acerca da compreensão dos trabalhadores da ESF relacionadas à percepção do processo de trabalho em saúde, as ações do processo de trabalho na atenção básica que são desenvolvidas por esses profissionais e identificar as atividades relacionadas ao processo de trabalho influenciadas pelos programas de reorientação na formação do profissional da saúde.

3.1 Trabalho e processo de trabalho: origem conceitual

A reflexão sobre trabalho, realizada por Marx, considera que para sua sobrevivência, em todos os tempos, o homem exerce transformações na natureza com aplicação de suas capacidades físicas e intelectuais modificando-a de forma que lhe seja útil por meio de sua força de trabalho. Sendo a existência do homem, condição básica para a construção da história da humanidade (MARX, 1987).

Para esse autor, o trabalho em sua essência, pode ser definido como toda atividade consciente do homem realizada sobre a natureza, que modifica intencionalmente o estado inicial de um objeto em função de atender suas necessidades. Marx aponta a capacidade de pensar o trabalho antes de sua execução como característica que diferencia o homem dos animais, na produção de seus meios de existência e, indiretamente, de sua própria vida material (MARX, 1987; 1996).

Dessa forma, o trabalho em geral pode ser compreendido a partir de três elementos: a atividade pessoal do homem; o objeto – sobre o qual é exercido; e o meio – utilizado para exercê-lo. A atividade pessoal do homem

é o gasto de energia contida nele mesmo, e o resultado dessa atividade, o propósito do trabalho, existe em seu pensamento antes mesmo que haja o gasto da força física para executá-lo. O objeto é tudo aquilo que tem sua ligação direta rompida com a natureza, que após sofrer qualquer ação do trabalho, denomina-se matéria-prima. Os meios de trabalho são instrumentos entrepostos ao homem e o objeto, que auxiliam na sua ação (MARX, 1987; 1998).

Os meios de trabalho variam de acordo com a época e as condições sociais nas quais o trabalho é realizado. Estes meios, utilizados pela atividade humana para a transformação do objeto, configuram o processo de trabalho e dão origem ao produto. Este último, mais que resultado, depende das condições de realização do processo de trabalho (MARX, 1996; 1998).

Marx (1996), elaborou sua definição de processo de trabalho considerando a exploração da natureza pelo ser humano com o objetivo de atender suas necessidades, sem considerar sua relação com outros trabalhadores.

“(…) é atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer as necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a Natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, independente, de qualquer forma dessa vida, sendo antes igualmente comum a todas as suas formas sociais” (MARX, 1996 p.303).

A concepção de Marx sobre o trabalho, identificando seus três elementos, e de processo de trabalho inspirou diversos autores no Brasil na elaboração de estudos acerca do processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992; MERHY, 1998; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008; PEDUZZI, 2009; FARIA et al., 2009). Assim, neste estudo, foi adotado o conceito de processo de trabalho desenvolvido por Mendes-Gonçalves (1992) e as contribuições dos demais autores referentes ao processo de trabalho na saúde e na atenção básica.

Mendes-Gonçalves (1992) descreve o processo de trabalho como sendo ‘algo anterior’ (objeto) que sofre transformação intencional (gasto de energia) com a utilização de ferramentas específicas (instrumentos), para

obtenção de 'algo depois' (produto). Necessitando, para que ocorra, do gasto intencional de energia, o que caracteriza a diferença entre o processo de trabalho e os acidentes naturais ou casuais, pois este dispêndio de energia na transformação de um estado anterior para um estado posterior acontece nos acidentes sem que ocorra a intencionalidade.

A intencionalidade do processo de trabalho visa satisfazer a um carecimento⁴ e uma vez que esse carecimento é atendido, desencadeia novas necessidades que levam a outros carecimentos, caracterizando assim, um ciclo vicioso que potencializa o trabalho possibilitando que seja realizado com menor gasto de energia ou maior quantidade de trabalho em menor tempo (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Este autor afirma que o conceito de processo de trabalho também pode ser aplicado no contexto do processo de trabalho em saúde, desde que se considere as especificidades do corpo humano como objeto em sua dimensão histórica e social.

Partindo das considerações de Mendes-Gonçalves sobre o processo de trabalho, foi feita uma abordagem das especificidades que compõem o processo de trabalho na saúde, identificadas por esse autor e também a contribuição de outros autores sobre o tema.

3.2 Processo de trabalho em saúde

O processo de trabalho em saúde modifica-se de acordo com as necessidades históricas das sociedades e nas suas diferentes concepções com relação à doença (MENDES-GONÇALVES, 1992).

A doença, segundo Hipócrates na Grécia antiga, era considerada como um desequilíbrio entre o homem e a natureza. Essa concepção se modifica na idade média, por influência da religião cristã, onde se entendia que adoecer era uma provação do corpo para que o espírito pudesse alcançar o paraíso. Adquirindo nova compreensão com o advento da

⁴ Carecimento ou necessidades - termo utilizado como sendo a finalidade que processo de trabalho é capaz de satisfazer (Mendes-Gonçalves, 1992). O que corresponde em Marx, como necessidade humana (MARX, 1996;1987).

revolução pasteuriana considerando a existência de microrganismos responsáveis por suas causas (SCLIAR, 2007).

Na modernidade marcada pelo mercantilismo, iniciado em meados do século XV e findado no século XVIII, o corpo do trabalhador passa a ser considerado como fonte da força de trabalho - instrumento de trabalho - (mercadoria) que deve estar disponível para atender as necessidades de produção. Assim, as necessidades de saúde, consistiam em controlar e evitar a doença (modelo epidemiológico) e recuperar a força de trabalho prejudicada (modelo clínico) (MENDES-GONÇALVES, 1992).

O processo de trabalho desse período se caracteriza pela busca de prevenir a ocorrência dos casos de doença - objeto, que pudessem estar associados tanto ao homem quanto a fatores ambientais, com a finalidade de diminuir ou estabilizar o número de ocorrência de novos casos, utilizando como instrumento de trabalho o saneamento ambiental e a educação em saúde (MENDES-GONÇALVES, 1992).

No modelo epidemiológico (controlar e evitar as doenças), os instrumentos de trabalho são o próprio conhecimento da epidemiologia, o saneamento básico e a educação em saúde. O planejamento da assistência é voltado para o coletivo podendo ser realizado tanto pelo profissional médico quanto por outro profissional de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1992).

No modelo clínico biológico (recuperar a força de trabalho), o foco da assistência é no indivíduo e o trabalho centralizado no profissional médico, considerando a saúde como ausência de doença e as práticas de intervenção baseadas no conhecimento científico da anatomia, fisiologia e patologia (MENDES-GONÇALVES, 1992).

O modelo clínico biológico favoreceu a divisão do trabalho em saúde, onde o trabalho médico se divide em duas dimensões: manual e intelectual sendo realizado em um determinado espaço físico - o hospital moderno, configurado no final do século XVIII - que favorece ao médico a execução de sua prática, fazendo surgir também outras categorias profissionais e conseqüentemente, a divisão técnica e social do trabalho em saúde. (MENDES-GONÇALVES, 1992; VECCHIA, 2012).

A divisão técnica do trabalho na saúde ocorre tanto verticalmente (um profissional subordinado a outro), quanto horizontalmente (profissionais de áreas complementares). Distingue-se essa divisão do trabalho em momentos “mais intelectuais” e momentos “mais manuais”, reproduzindo no processo de trabalho as representações sociais de poder (VECCHIA, 2012).

Na divisão técnica do trabalho em saúde as tarefas são realizadas por etapas, concentrando as decisões a grupos específicos, não permitindo ao trabalhador reconhecer-se nas ações que executa o que, conseqüentemente, impossibilita a prestação do cuidado de forma integralizada. Essa divisão deve ser superada pelo trabalho em equipe (PEDUZZI, 1998).

Pires (2000), corroborando com a ideia apresentada por Peduzzi (1998), compara o trabalho na saúde com o trabalho artesanal realizado pelos artesões na idade média. Ela argumenta que da mesma forma que esses artesões possuíam o controle sobre todo o processo de produção, os profissionais de saúde, apesar de realizarem o cuidado em cooperação mútua, o fazem com autonomia de seus saberes. A autora considera que dessa forma “cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias” (PIRES, 2000, p.255).

Essa forma autônoma de realização do trabalho em saúde evidencia um individualismo de seus profissionais que não reconhecem os demais como parte do processo o que, conseqüentemente, interfere no processo final do trabalho em saúde. Assim são necessárias intervenções que possam contribuir para reverter esse comportamento, considerando as especificidades do trabalho em saúde.

Para Mendes-Gonçalves (1992), o trabalho em saúde se diferencia dos demais tipos de trabalho por sua especificidade técnica, por parecer ser “algo mais” do que trabalho e por permitir a reprodução das representações e ações de seus consumidores. Considera que o trabalho em saúde, por aparentar ser uma forma de trabalho mais distinta, seja mais facilmente desvinculável da concepção do ‘mundo do trabalho’ enquanto algo desprazeroso, repleto de normas e leis, sem criatividade e liberdade.

Mendes-Gonçalves (1992) chama a atenção para o fato de que, diferentemente dos outros processos de trabalho vigentes no capitalismo, o processo de trabalho em saúde não se objetiva em um produto (bens materiais), com isso, levanta a questão da problemática de sua apropriação. Pondera que os processos de trabalho em saúde terão sempre um *status* especial, o da produção de serviços, motivo pelo qual, seus produtos não tomam a forma imediata de mercadoria e nem podem ser apropriados. Apesar disso, o processo de trabalho em saúde, por integrar a dimensão de “produção de resultados que correspondem a necessidades”, não se diferencia dos outros processos de trabalho, “a não ser por suas especificidades” (p. 33).

São especificidades do processo de trabalho em saúde: a) a apreensão do homem em sua objetividade e em sua subjetividade, sendo que a subjetividade humana “é algo que está em permanente vir a ser” não sendo constituída de forma definitiva no momento de sua criação; e b) o duplo papel do objeto, que é ao mesmo tempo agente e sujeito do processo (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 34). O autor se refere ao usuário enquanto receptor do serviço e interventor das ações.

Para Peduzzi (2007) o agente pode ser considerado, ao mesmo tempo, como um instrumento de trabalho e também como o sujeito da ação. A autora considera que o profissional de saúde é ‘ferramenta’ para realizar o serviço e, também, o executor da ação.

Mendes-Gonçalves (1992) considera que no processo de trabalho em saúde, os elementos passam a ser interpretados da seguinte maneira: o objeto, que representa o que vai ser transformado; os instrumentos, que são as ferramentas (que podem ser materiais ou não materiais) interpostas entre o trabalhador e o objeto; a finalidade, compreendida como o produto dos processos de trabalho; e os agentes que realizam as atividades do processo.

Faria et al., 2009 consideram o processo de trabalho como sendo toda a forma pela qual desenvolvemos e ou executamos nossas atividades profissionais.

Para Peduzzi e Schraiber (2008) o processo de trabalho em saúde consiste na dimensão microscópica da produção e consumo dos serviços, inseridos na prática cotidiana dos trabalhadores de saúde. Nesse sentido, o

processo de trabalho pode ser compreendido como uma produção de serviço que não se materializa, ou seja, não pode ser acumulado à medida que é realizado.

Assim, o processo de trabalho em saúde pode ser considerado como uma constante construção e reconstrução dos saberes e fazeres dos profissionais nos serviços de saúde. Sendo necessário, para tanto, a busca incessante de aperfeiçoamento e aquisição de novos conhecimentos.

Merhy (1998) considera que a produção do processo de trabalho em saúde, com qualidade, depende da harmonia entre as tecnologias utilizadas pelos trabalhadores para prestação do cuidado. Para esse autor as tecnologias são os instrumentos do processo de trabalho e podem ser estratificadas como tecnologias duras, leve-duras e leves. Assim, as máquinas e equipamentos são denominadas enquanto tecnologias duras, conhecimentos e saberes como leve-duras e tecnologias leves resultantes do encontro entre os trabalhadores e os usuários. Estas últimas, denominadas 'trabalho vivo em ato' representam o encontro entre pessoas que atuam reciprocamente entre si.

A utilização dessas tecnologias na medida de sua necessidade perpassa pelo propósito de se prestar assistência à saúde sob um novo olhar, porque, segundo esse autor a clínica não consiste meramente no diagnóstico, prognóstico ou cura dos problemas de saúde, enquanto simples alteração biológica (tecnologias duras e leve-duras), ela é, também, um compartilhamento de relações e intervenções, no encontro entre as necessidades dos que procuram e os modos tecnológicos de agir de quem assiste (tecnologias leves) (MERHY, 1998).

Para Reis et al. (2007), o processo de trabalho é realizado objetivando uma finalidade que, para ser alcançada, precisa ser incorporada por todos os trabalhadores. Na saúde essa finalidade pode variar desde a obtenção do lucro (saúde como um bem de mercado) ou ser em defesa da vida e cidadania (saúde como direito).

Os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade estabelecem a saúde como direito de todo cidadão brasileiro, sendo assim, a finalidade do processo de trabalho em saúde, realizada pelos profissionais

do serviço, deve ser a de alcançar a satisfação das necessidades do usuário de promoção, proteção, tratamento e reabilitação da saúde.

Em pesquisa realizada na avaliação do projeto vida e do acolhimento no SUS – Belo Horizonte, Malta e Merhy (2004) destacam que a mudança do processo de trabalho na Rede Pública de Saúde com a implantação do acolhimento, proporcionou uma maior captação de atendimentos para casos agudos, favoreceu o acesso, alterando a mudança de fluxo nos atendimentos e contribuiu para otimização da utilização dos recursos da unidade de saúde, qualificando o trabalho, integrando os profissionais e favorecendo o trabalho multiprofissional.

Silva et al. (2012), em análise sobre o trabalho dos supervisores dos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) no sul do País, constatou que esses profissionais utilizam para a organização de seus processos de trabalho, dois tipos de ‘ferramentas’: ferramentas como apoio ao trabalho (coleta de dados referentes ao serviço, experiência com a saúde coletiva, profissional e com o trabalho em equipe, conhecimento da realidade do SUS, realizar intervenções quando necessárias, discussões e avaliação). E as ferramentas utilizadas junto ao trabalho com a equipe (escuta, construção coletiva da assistência, leitura de textos de apoio, problematização das situações cotidianas do serviço, trabalho em equipe). Os supervisores dos CAPS, considerando as especificidades da saúde mental, salientam a necessidade da problematização e discussão dos processos de trabalho na saúde.

Como pode ser verificado nos estudos apresentados, a orientação para a organização do processo de trabalho que acolhe o usuário, favorece o acesso, promove a integração, trabalho em equipe e multiprofissional, escuta, atualização dos conhecimentos dentre outros, fazem parte do arsenal de propostas que o MS, recomenda para a assistência prestada na Atenção Básica em Saúde. Nesse trabalho será analisado o processo de trabalho na ESF na perspectiva das orientações preconizadas pela PNAB.

3.3 O processo de trabalho na atenção básica em saúde

A primeira versão da PNAB foi criada em 2006 com o intuito de revitalizar a atenção básica à saúde no Brasil. Para tanto, estabelecia que a atenção básica devesse ser organizada de forma descentralizada e capilarizada, ou seja, ser ofertada próximo da vida das pessoas, buscando ser o contato preferencial e porta de entrada para seus usuários, além de ser responsável por manter comunicação com toda a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2006; 2012a). Nessa versão, o processo de trabalho em saúde era orientado por dez características. Sendo todas elas fundamentadas nos princípios de integralidade, universalidade e equidade do SUS (BRASIL, 2006).

Como referido por Mendes-Gonçalves em 1992, o processo de trabalho não é estanque, assim a PNAB de 2006, baseada nas experiências acumuladas no decorrer dos seis anos de sua implantação, foi atualizada em 2012. Nessa versão, o processo de trabalho nas equipes da atenção básica e as especificidades para o processo de trabalho na saúde da família foram articulados. Dessa forma, na nova PNAB, o processo de trabalho para as equipes da atenção básica passa a ter doze características, contendo algumas mudanças, mas, não alterando, significativamente, as recomendações contidas em sua primeira versão.

As doze características das ações a serem desenvolvidas no processo de trabalho das equipes na ABS pela PNAB 2012 são: definição de território e adstrição da clientela, atividades desenvolvidas de acordo com as necessidades da população, priorização de grupos de risco, acolhimento, atendimento com integralidade, atendimento extramuros, ações educativas, qualificação dos modelos de gestão, participação no planejamento local das ações de saúde, promoção da intersetorialidade, fortalecimento da gestão e controle social, realização de atendimentos domiciliares (BRASIL, 2011b). As atividades preconizadas pela PNAB, para serem realizadas na ABS, utilizam poucos recursos tecnológicos (equipamentos e ou exames sofisticados), ao mesmo tempo, necessitam de uma altíssima complexidade humana no contato direto e contínuo de seus profissionais com o sofrimento, adoecimento e necessidades de saúde do usuário, família e coletividade.

Uma das mudanças observada na nova PNAB, para o processo de trabalho nas equipes da atenção básica, foi a inclusão da realização da atenção domiciliar enquanto uma das características do processo de trabalho, de acordo com o item (XII) da PNAB 2012. Vale ressaltar que, apesar de não compor uma das dez características do processo de trabalho para as equipes na atenção básica, pela PNAB 2006, a visita domiciliar constava como atribuição de todos os membros da equipe da ESF (BRASIL, 2006; 2012a).

Outra alteração estabelecida na PNAB 2012 foi a flexibilização da carga horária do profissional médico em detrimento dos outros profissionais, considerada como um complicador do processo de trabalho realizado pela ESF. Pela possibilidade de gerar fragilização do vínculo desse profissional com o serviço além de conflitos com as outras categorias não favorecidas (FONTENELLE, 2012).

A PNAB considera a consolidação da Estratégia Saúde da Família como forma prioritária para reorganização da atenção básica e orienta o deslocamento do processo de trabalho centrado nas técnicas e nos profissionais para um processo centrado no usuário, priorizando o cuidado enquanto critério ético-político para a organização da assistência (BRASIL, 2012a).

Para a realização do trabalho na ESF as equipes são multiprofissionais devendo possuir, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde que são responsáveis por atenderem em média de 3.000 habitantes. Pode ser acrescido a essa equipe os profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista e auxiliar e/ou técnico de saúde bucal). Esses profissionais necessitam desenvolver um processo de trabalho em saúde de forma articulada e em equipe, respeitando os limites e as especificidades de seus saberes e conhecimentos (BRASIL, 2012a).

Com relação ao trabalho em equipe, Peduzzi (1998) o pressupõe como sendo a diretriz operacional para a reorganização do processo de trabalho em saúde na ESF. A autora conceitua 'trabalho em equipe' multiprofissional como um trabalho coletivo que se constrói pela relação recíproca, entre as diversas intervenções técnicas e a interação de

diferentes profissionais, configurando, por meio da comunicação, a articulação das ações entre os diversos profissionais e a cooperação. Sendo este um grande desafio a ser superado, pois o que se percebe na prática, tanto na docência quanto nos serviços, é uma grande dificuldade de se realizar, efetivamente, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

3.4 A formação para o trabalho na atenção básica à saúde

Nesse item será feito um breve resgate dos recentes modelos de assistência à saúde implantados no Brasil, as reivindicações sociais que almejavam um modelo mais inclusivo e justo levando a Constituição Federal de 1988 a criar o Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela ordenação da formação dos recursos humanos para a saúde e algumas de suas propostas e desafios para a implantação das políticas de reorientação da formação dos cursos de graduação e educação permanente dos profissionais do serviço.

A assistência à saúde voltada, predominantemente, para o modelo clínico biológico, médico centrada e individualizada, é baseada no modelo Flexneriano implantado no Brasil na década de 1940. Esse modelo influenciou não só a formação médica, como também todos os outros cursos da área da saúde. Priorizando a saúde curativa com a utilização de sofisticados equipamentos para exames e tratamentos, tornou os serviços de saúde extremamente onerosos e inacessíveis à maioria da população (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

O rápido desenvolvimento tecnológico evidenciado nos anos 1950 favoreceu o apogeu do modelo Flexneriano e ao mesmo tempo foi o responsável pelo seu enfraquecimento, despertando a reflexão e novas propostas de intervenção que pudessem resgatar a valorização do indivíduo baseado no conceito de saúde, como um completo bem-estar físico, mental e social (GONZALES; ALMEIDA, 2010).

Importante considerar que, no Brasil, remontam de longa data iniciativas que buscam promover mudanças articuladas entre o ensino, serviços de saúde e comunidade (FEUERWERKER; SENA, 2002) capazes de romper com o cientificismo na área da saúde que fragmentou o todo e reduziu o indivíduo a seus órgãos e sistemas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Dentre estas estão, o movimento da Medicina Comunitária e o projeto de Integração Docente Assistencial (IDA), o Programa UNI, a rede UNIDA, a Lei de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) (GONZALES; ALMEIDA, 2010), a integração MS/MEC, a criação da SGTES, o PROMED, o Pró-Saúde e o Pet-Saúde (HOLANDA et al., 2012).

A década de 1970 foi marcada pelo surgimento dos movimentos da medicina comunitária, que buscavam promover a inclusão das camadas sociais marginalizadas pelo processo de desenvolvimento, propondo uma medicina mais simplificada, e o projeto IDA que intentava a aproximação dos estudantes dos cursos de saúde com os serviços, buscando diminuir suas resistências à abordagem epidemiológica e social (GONZALES; ALMEIDA, 2010). Porém essas iniciativas não foram capazes de superar a dicotomia do ensino entre a clínica (individual e curativa) e a Saúde Pública (promoção, prevenção, produção de qualidade de vida), inviabilizando a integralidade da assistência (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Na reunião de Alma-Ata (1978), a Organização Mundial de Saúde (OMS) reforça o fortalecimento da expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), que, no Brasil, recebeu a denominação de Atenção Básica à Saúde (ABS) (PAIM; FILHO, 1998). Sendo o objetivo da ABS impactar, positivamente, nas condições de saúde da população brasileira. Nesse período, final da década de 1970 e durante a década de 80, o Brasil protagonizou um momento de efervescência político-social, com ampla mobilização da população na reivindicação de seus direitos que culminou na conquista da nova Constituição Federal do Brasil.

A incapacidade do modelo de saúde Flexneriano, em oferecer serviços de qualidade e acessíveis à população, por se caracterizar excludente, medicocentrado, de alto custo e focado na doença, levaram a mobilização da sociedade reivindicando mudanças que garantissem uma assistência digna e universal a todos os cidadãos. Essas reivindicações

discutidas e aprovadas em 1986 na VIII Conferência de Saúde subsidiaram as propostas de elaboração dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1986, que foram regulamentadas na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), estabelecendo saúde como um direito do cidadão e dever do Estado.

A Constituição Federal de 1988 promulgada para assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais do povo brasileiro, possui como fundamento em seu art. 1º, parágrafo III a “dignidade humana” e em seu art. 3º, parágrafo IV tem como objetivo fundamental “promover o bem-estar de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e qualquer outra forma de discriminação” (BRASIL, 1988).

Nessa mesma Constituição a educação é considerada como um direito social, cabendo privativamente à União legislar sobre suas diretrizes e bases. Da mesma forma, a saúde é considerada como direito e dever do estado. Nesse contexto foi criado o SUS com a competência de ordenar a formação dos recursos humanos para a saúde tendo como diretrizes a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080 de 1990 regulamenta o SUS e estabelece os serviços públicos, que o integram, como campo de prática para o ensino e serviço (BRASIL, 1990). Assim, as políticas de orientação da formação dos profissionais de saúde encontram a fundamentação legal para propor a formação do profissional com o perfil que atenda às necessidades do SUS.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, com princípios e diretrizes contra hegemônicos necessitava, para sua consolidação, de mudanças no perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde para que esses pudessem atuar em um sistema que valoriza a integralidade da assistência, a humanização do cuidado e a promoção da saúde de acordo com os direitos assegurados na nova Constituição Federal do Brasil (ALMEIDA et al., 2005; FEUERWERKER, 1998).

O SUS, maior mercado de trabalho em saúde do Brasil, aproximando a 60% do total de empregos nas profissões de saúde (BRASIL,

2006; GUIMARÃES; CAVALHEIRO, 2011), tem como uma de suas funções, conforme o artigo 200, alíneas III e V da Constituição Federal, realizar o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde e incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico. Já o artigo 27 da Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8080/90 reconhece os estabelecimentos públicos que integram os serviços do SUS como campo de prática e pesquisa para os estudantes da área da saúde (BRASIL, 2007a). Essa aproximação do ensino com os serviços de saúde tem como objetivos, entre outros, propiciar o contato do estudante com as necessidades de saúde da população, a vivência do processo de trabalho em saúde e a possibilidade de realizar pesquisas que visem à melhoria do sistema de saúde.

Apesar de estabelecido em lei a implementação dessas políticas enfrentam alguns desafios. Diante da deficiência de formação de profissionais em áreas que atendam às necessidades de saúde da população, a maior concentração de profissionais em grandes centros em detrimento daquelas áreas mais carentes, a crescente especialização o que gera maior fragmentação da assistência e alto custo de atendimento, predomínio da formação hospitalar e dependente de tecnologias avançadas, faz-se necessário repensar a formação do profissional da saúde. Como iniciativas para superação desses desafios, o Brasil vem investindo em políticas de formação com o intuito de integrar a academia e o serviço aproximando a formação acadêmica dos cenários de prática do trabalhador (CECCIM, 2005).

No princípio da década de 1990 a fundação Kellogg, cria o UNI (Uma Nova Iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade). Propunha a integração curricular e a interdisciplinaridade na formação que aproximasse e fizesse o estudante conhecer a realidade dos serviços de saúde e a comunidade. A proposta do UNI, para os serviços, era de que se tornassem mais efetivos, mais próximos às necessidades locais e seus problemas, bem como, a participação ativa no processo de formação de novos profissionais e à comunidade, visava fomentar a cidadania e o fortalecimento de suas organizações (FEUERWERKER; SENA, 2002).

As principais estratégias utilizadas pelo programa UNI para favorecer o desenvolvimento de suas propostas consistiam em: a) estabelecer parceria com as universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias; b) inserir projetos de intervenção no ensino-serviço-comunidade; c) mobilizar e estimular a participação dos atores envolvidos nos processos (FEUERWERKER; SENA, 2002).

Na década de 1990 o movimento IDA foi articulado ao UNI passando a integrar a rede UNIDA, que congregava os atores, os projetos e as instituições parceiras dos ideais de mudança na formação de saúde para a construção de um novo sistema mais equânime, eficiente e com efetiva participação social (CARVALHO; CECCIM, 2006).

A Rede UNIDA, aproveitando as discussões na formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), promovidas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação, mobilizou os setores de saúde para influenciar no perfil profissional que mais se adequasse às necessidades da sociedade. Nesse cenário, para a implantação e implementação das DCNs, fez-se presente a parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), para a construção de uma política de Estado que fosse capaz de superar as políticas de governo nesses setores (GONZALES; ALMEIDA, 2010).

Vale ressaltar que a parceria entre o MS e MEC, estabelecidas para orientação da formação dos cursos de saúde, foi construída baseada em experiências implementadas em outros momentos políticos-históricos e com outros atores, ao longo da história do nosso País. Porém, somente a partir do ano de 2000, que foram intensificadas com o objetivo de formar recursos humanos que atendam ao novo modelo de saúde proposto no País. Essa parceria foi estabelecida na perspectiva de contribuir com a formação dos profissionais desde o nível médio até a pós-graduação, bem como para favorecer o aprimoramento dos profissionais do serviço com a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Em 2001, iniciam as mudanças dos currículos para os cursos de graduação em saúde orientados pelas DCNs e deliberadas pelo MEC, visando a graduação do profissional de saúde pautada pelos princípios (integralidade, equidade e universalidade), estabelecidos pelo SUS.

As DCNs para os cursos de graduação em saúde foram implantadas, em sua maioria, entre 2001 e 2004. Orientando às IES para a formação de profissionais com um perfil generalista, humanista, crítico-reflexivo com competência para prestar uma assistência usuário-centrada, capaz de trabalhar em equipe, com ênfase nas necessidades do SUS. As propostas de implantação das DCNs buscam não só a consolidação do SUS, mas correspondem a uma mudança de atitude que visa superar o modelo vigente e seja capaz de atender aos atuais desafios na produção de conhecimento e das atividades dos profissionais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Com as DCNs dos cursos de medicina aprovadas em 2001, o MS e o MEC em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde, lançam o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) (BRASIL, 2002a). Porém, as atividades de mudança na formação realizadas pelas escolas que aderiram ao PROMED ocorreram de forma pouco articulada (GONZALES; ALMEIDA, 2010).

Em estudo realizado por Oliveira et al. em 2008, sobre as mudanças curriculares no ensino médico, apontaram que os estudantes participantes do PROMED têm uma menor percepção quanto a adoção das DCNs em seus cursos quando comparados com as respostas dos estudantes não PROMED, da mesma forma também tiveram uma menor percepção quando questionados sobre a discussão das políticas de saúde durante a formação e, em sua maioria, pretendem ser especialistas em detrimento do trabalho na saúde pública. Os autores concluem que existe um distanciamento entre o perfil da formação do profissional médico e a demanda que os serviços de saúde e a comunidade necessitam.

Apesar da avaliação de implantação do PROMED apresentar algumas limitações, como as referidas por Oliveira et al. (2008), em outros estudos apresentou aspectos positivos. Abreu Neto et al. (2006), analisando a percepção dos professores da UFG sobre o currículo do curso de medicina implantado em 2003, baseado nas DCNs de 2001, referem que foram inúmeros os desafios para a reformulação do currículo, porém, os professores aprovaram as mudanças, considerando como suas principais vantagens a integração interdisciplinar, a ampliação de atividades com a

comunidade e a prática médica podendo ser iniciada precocemente, como desvantagem, apontam o excesso de carga horária para o acadêmico.

No contexto geral, a implantação do PROMED não foi suficiente para implementação e efetivação das DCNs necessitando, para tanto, da elaboração de novas estratégias para promover a reorientação dos cursos de graduação na saúde que sejam capazes de superar as dificuldades encontradas.

A parceria entre o MS e o MEC foi fortalecida a partir de 2003 com a criação da SGTES, que aproximou as IES com o sistema público de saúde (BRASIL, 2003). Essa Secretaria criou, ainda em 2003, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que tem como função atuar na mudança da formação na saúde e na educação permanente de seus trabalhadores (BRASIL, 2009c). Assim, foi regulamentada em 2005 a residência multiprofissional em saúde da família, tendo como objetivo inserir profissionais qualificados para atuarem no SUS que contribuam com a mudança do modelo assistencial, ampliando a resolutividade da ESF.

Na perspectiva de fortalecimento das mudanças na graduação na saúde, a SGTES criou em 2003 o Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) voltado para o ensino-aprendizagem e em 2004 o Aprender-SUS que promovia a integralidade da atenção, o currículo integrado, o ensino à distância (EAD) e a formação baseada no construtivismo e em metodologias ativas (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Haddad et al. (2012) referem que apesar das DCNs para os cursos de medicina, enfermagem e odontologia, terem sido contempladas nos projetos pedagógicos desses cursos, ainda não haviam sido efetivamente implementadas na prática. Nesse cenário, foram instituídos o Pró-Saúde I (2005), para esses cursos da área da saúde e posteriormente o Pró-Saúde II (2007), para os demais cursos da respectiva área, que além de favorecerem a implementação das DCNs, também reorientaram a formação para um ensino vinculado com o serviço desde o início da graduação, tendo a atenção integral à saúde do usuário como foco principal (HADDAD et al., 2012).

A criação do Pró-Saúde e do Pet-Saúde desempenhou um importante papel, não só na efetivação das DCN, quanto também na

reorientação da formação, na concepção de que o processo ensino-aprendizagem ocorra durante todo o decorrer dos cursos, que o ensino esteja inserido e articulado com o serviço, priorizando a ABS e sendo capaz de compreender os determinantes sociais na relação saúde-doença com os serviços, estimulando o aprendizado com o uso de metodologias ativas e tendo a saúde do usuário como foco principal das intervenções (HADDAD et al., 2012).

3.4.1 O Pró-Saúde

O Pró-Saúde é um programa de reorientação da formação do profissional direcionado a mudança na graduação dos cursos da área da saúde na perspectiva da integração ensino serviço, com ênfase na atenção básica, na integralidade como eixo reorientador das práticas no processo de formação e qualificação profissional. Possibilita a educação pelo trabalho pressupondo uma ênfase nos cenários de prática, na sua diversificação, qualificação e como espaço formativo do estudante, profissional, gestor e usuário.

Nessa perspectiva, Ceccim e Feuerwerker (2004a), propõem a articulação do ensino, gestão, atenção (serviço) e controle social (comunidade) – quadrilátero da formação - onde cada um desses atores assuma seus deveres, direitos e responsabilidades na (re) construção da formação dos profissionais de saúde. Para tanto os autores consideram a necessidade de substituição da imagem da hierarquizada da pirâmide, onde alguns segmentos se consideram ‘mais importantes’ em detrimento dos outros, para uma imagem de roda onde todos sejam protagonistas na construção coletiva de um novo perfil de profissionais.

O quadrilátero da formação propõe a construção e organização de uma educação capaz de promover mudanças (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b). Em consonância com essa proposta, o Pró-Saúde tem como objetivo integrar o ensino-serviço, com vistas à reorientação da formação profissional, numa abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica resolutiva e de qualidade que reafirme os

princípios de universalidade, equidade e integralidade das ações do SUS. Nesse sentido, a essência do Pró-Saúde pode ser considerada como a aproximação da academia de ensino com os serviços públicos de saúde, condição básica para transformar o ensino voltado para realidade concreta da população (BRASIL, 2007a).

O Pró-Saúde, como política de reorientação na formação, pretende sincronizar o processo formativo das IES, com as necessidades sociais, levando em conta seus aspectos históricos, culturais e econômicos. Tem como pressuposto fundante que o objeto de estudo passe a ser o cuidado à pessoa e não mais a doença o que, em si, já se caracteriza como uma significativa mudança no processo de trabalho na saúde. O programa tem por finalidade formar profissionais com a capacidade de aprender a trabalhar em equipe, comunicar-se entre seus pares, com os demais profissionais de saúde e os usuários, ser ágil diante de situações imprevistas, ter capacidade propositiva e habilidade crítica (BRASIL, 2009c).

Os estabelecimentos de saúde do SUS são os principais cenários de prática utilizados para realização do Pró-Saúde e como contrapartida, o programa deverá contribuir para a adequação das Unidades de Saúde tanto no que diz respeito à estrutura física quanto com a instrumentalização necessária de equipamentos (HOLANDA et al., 2012).

De acordo com o preconizado pelo MS/MEC (Pró-Saúde - 2007), o processo de reorientação da formação do profissional da saúde se estrutura em três eixos, orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica e esses se subdividem em vetores (BRASIL, 2007a).

O eixo orientação teórica prioriza na formação os determinantes de saúde e a determinação biológico-social da doença, na perspectiva da realização de estudos clínicos e epidemiológicos que possibilitem repensar o processo de trabalho em saúde, o estabelecimento de novos protocolos, bem como, estabelecer práticas de gestão de acordo com a normatização do SUS, capazes de estimular a tomada de decisão e formação de redes de cooperação (BRASIL, 2007b).

Os vetores correspondentes ao eixo orientação teórica são: a) o ensino orientado pelos determinantes de saúde e doença com uma articulação na prática entre o biológico e social; b) produção de

conhecimento segundo as necessidades do SUS; c) pós-graduação e educação permanente (BRASIL, 2007a).

O eixo cenários de prática orienta que o aprendizado prático na formação deva ser realizado em cenários diversificados agregando os equipamentos de saúde, educacionais e comunitários capazes de superar a tendência verificada na formação nas últimas décadas das práticas sendo realizadas em ambientes caros e sofisticados (BRASIL, 2007a).

Os vetores do eixo cenários de práticas são: a) integração ensino-serviço desde o início da formação, com vistas a integração da teoria com a prática, na perspectiva individual e coletiva; b) diversificação dos cenários do processo aprendizagem; c) articulação dos serviços universitários com o SUS (BRASIL, 2007a). Esse eixo busca garantir a integralidade da assistência, promovendo a articulação dos diferentes níveis de complexidade nos serviços.

Segundo o MS a organização do eixo cenário de prática deve favorecer a abertura das IES para o atendimento de uma clientela menos vinculada às demandas de ensino e pesquisa que teriam indicação de serem assistidas por serviços mais sofisticados. Como impacto positivo desse eixo, pode-se considerar o aumento da nosologia prevalente dos serviços nas IES e a disponibilidade de referência e contra referência aos gestores do SUS (BRASIL, 2007a).

O impacto do eixo cenário de práticas pôde ser observado em estudos que mostram o aumento das produções de projetos nas atividades desenvolvidas pelo Pró-Saúde direcionadas ao SUS e estabelecimento de parcerias entre IES e municípios na criação de locais de atendimentos à especialidades, de acordo com as necessidades dos usuários da ESF, favorecendo o sistema de referência e contra-referência (CARCERERI; PADILHA; BASTOS, 2014; MENEGHIM et al., 2012).

Ferreira, Fiorini e Crivelaro (2010), em estudo realizado em Ribeirão Preto consideram a aproximação entre as IES, a SMS e a ESF fundamental para superação da visão meramente acadêmica dos campos de estágio para uma visão compartilhada na formação de novos recursos humanos para esse setor, ou seja, é ali no momento de aprendizagem do acadêmico que se desenha o perfil do futuro profissional.

Albuquerque et al. (2008) consideram que nos cenários de prática (serviço) os profissionais devem se co-responsabilizar pela formação do estudante e os docentes considerarem-se integrantes do serviço, buscando manter diálogo permanente que incentive a criação de novas alternativas capazes de interferir no processo de trabalho, na assistência e no processo de formação do estudante.

O eixo orientação pedagógica propõe a utilização de metodologias que auxiliem o estudante a superar os desafios da formação para que eles possam ser sujeitos na aprendizagem e o professor o facilitador desse processo. O estudante deve aprender fazendo, no movimento da ação-reflexão-ação, integrando os ciclos básicos e clínicos, baseados em uma metodologia problematizadora. Aprender a aprender, desenvolvendo habilidades na busca do conhecimento, ser capaz de emitir juízo crítico, ser atento às rotinas das atividades, especialmente, as assistenciais, ter competência para questionar a escolha de determinados procedimentos e tomar decisões de acordo com as necessidades (BRASIL, 2007a).

Os vetores que correspondem a este eixo são: a) análise crítica da atenção básica; b) integração do ciclo básico/ciclo profissional; c) mudança metodológica por meio da utilização de metodologias que propicie a construção ativa do conhecimento por parte do estudante, em cenários diversificados e em pequenos grupos, a partir da realidade de saúde da população. A avaliação é realizada tanto no aspecto formativo quanto somativo, valorizando todos os aspectos da formação do estudante (BRASIL, 2007a).

Gonçalves et al. (2014), em estudo realizado entre 2006-2012 com profissionais de nível superior da ESF que trabalhavam com o Pró-Saúde ou o Pet-Saúde, mostra uma percepção ambígua na aproximação do ensino-serviço. Ao mesmo tempo em que referem gerar crescimento e acharem importante o contato precoce do acadêmico com a prática, também consideram como um desafio e sobrecarga de trabalho, além de não se sentirem preparados para preceptoria e ou supervisão. Para esses profissionais, os docentes desconhecem a organização do trabalho da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Estes mesmos autores trazem a percepção do acadêmico do Pet-Saúde sobre a integração do ensino-serviço como uma aproximação com a realidade, possibilidade de desenvolver uma postura crítico-reflexiva e ampliação da percepção de saúde.

O MS reconhece a dificuldades para as IES em se adequar a esse novo modelo de formação rompendo com a tradição que acompanha toda a história do desenvolvimento das profissões na saúde. O propósito desse novo modelo é o de formar profissionais capazes de superar o tradicionalismo, que fragmentam e comprometem a perspectiva do trabalho compartilhado (BRASIL, 2007a). A superação da tradição na formação buscando a realização de trabalho compartilhado é uma característica da interdisciplinaridade proposta pelo Pet-Saúde.

Nunes et al. (2006), fazem uma reflexão acerca da transformação da lógica da formação dos profissionais de saúde. Esses autores consideram que essa mudança em si não garante melhora nos serviços prestados à população. Sendo essa assistência muito mais complexa indo além da qualidade dos profissionais que a executam. Decorre dessa consideração a necessidade da formulação de estratégias articuladas entre todos os atores envolvidos nesse processo.

Como uma das estratégias para avançar na consolidação das mudanças implementadas pelo Pró-Saúde, foi instituído pelos MS/MEC, o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (Pet-Saúde) relacionado como o eixo 'cenários de práticas' que, conforme descrito anteriormente, almeja incentivar a interação ativa dos graduandos e docentes dos cursos da saúde com os trabalhadores da saúde e com a população (BRASIL, 2008a; HADDAD et al., 2010).

3.4.2 O Pet-Saúde

O Pet-Saúde é um programa de reorientação da formação em saúde sendo considerado uma das principais estratégias instituídas pela (SGTES/MS), com o envolvimento de docentes, estudantes, equipe de saúde do serviço e usuários, reforçando a integração ensino-serviço-

comunidade na elaboração de projetos de intervenção baseados nas necessidades reais do território (BRASIL, 2008a).

O Pet-Saúde concebido a partir da lógica da educação foi previsto no *Programa Mais Saúde - Direito de Todos – 2008-2011*. Com o propósito de favorecer a concretização dos objetivos de universalidade, equidade e integralidade do SUS, para tanto, aborda sete eixos: Promoção da Saúde, Atenção à Saúde, Complexo Industrial da Saúde, Força de Trabalho em Saúde, Qualificação da Gestão, Participação e Controle Social, Cooperação Internacional (BRASIL, 2008b).

No programa Mais Saúde, o Pet-Saúde foi estabelecido no eixo quatro que trata da Força de Trabalho em Saúde – tendo como diretriz “Ampliar e qualificar a força de trabalho em saúde, caracterizando-a como um investimento essencial para a perspectiva de evolução do SUS” (BRASIL, 2008b. p.59). Essa diretriz se subdivide em oito medidas, estando o Pet-Saúde contemplado na medida 4.3 sob a seguinte especificação: “Qualificar e adequar a formação profissional em saúde com a colaboração de equipes de Saúde da Família selecionadas, utilizando ambientes comunitários e de centros de saúde, através de concessão de bolsas para que as equipes de Saúde da Família assumam papel destacado no ensino” (BRASIL, 2008b. p. 59). Com o intuito de estreitar o distanciamento entre a formação e as práticas profissionais e incentivar a valorização da ESF (BRASIL, 2008a).

Assim o Pet-Saúde foi instituído pela portaria interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008 (BRASIL, 2008a), inspirado no Programa de Educação Tutorial⁵ (PET) do MEC, tendo como objetivos: possibilitar que o MS cumpra seu papel de ordenador da formação de profissionais de saúde; estimular a formação de profissionais e docentes qualificadas, bem como a atuação profissional, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão; desenvolver atividades

⁵ Concebido em 1979 como Programa Especial de Treinamento (PET), à partir de 2004 passou a ser denominado como Programa de Educação Tutorial. Seus principais objetivos: oferecer excelência na formação do profissional crítico e atuante, integrar academia-serviço, estimular a melhoria do ensino. Trabalha nas vertentes: Ensino, Cultura, Pesquisa e Extensão.

acadêmicas em padrões de excelência; contribuir para a implementação das DCN dos cursos da área da saúde; contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País; sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população; induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde em todo o território nacional e fomentar a articulação entre ensino e serviço na área da saúde (BRASIL, 2008a).

Em 2008, o MS publicou Edital, convidando as IES e as Secretarias de Saúde, a apresentarem projetos para participarem do Processo de implantação do Pet-Saúde. Esse Edital proporcionava a participação de docentes e graduandos dos 14 cursos da área da saúde (BRASIL, 1998). Outras edições foram lançadas em 2009, em 2010 (Pet-Saúde mental e Pet-vigilância), integração Pró-Saúde e Pet-Saúde em 2011 e Pet-rede de atenção à saúde em 2013.

O Pet-Saúde é formado por grupos tutoriais compostos por: 1 (um) tutor acadêmico, destinado a professores da universidade, 6 (seis) preceptores que são profissionais da ESF e 12 (doze) estudantes monitores dos cursos de graduação (BRASIL, 2008a).

O Pet-Saúde se caracteriza como um instrumento para a qualificação dos profissionais de saúde, bem como a iniciação precoce dos acadêmicos nos cenários de trabalho, proporcionando vivências na perspectiva de conhecer as necessidades dos serviços e inseri-las como objeto de produção de conhecimento e pesquisa nas IES. Ele busca induzir que as IES integrem a orientação teórica com as práticas dos serviços do SUS, sintonizado com as reais carências dos usuários (BRASIL, 2008a).

Na literatura tem sido descrito que o Pet-Saúde representa um avanço para consolidação das DCNs, por propiciar nova proposta para a reorganização do modelo de assistência junto à ESF; o fortalecimento dos CSF enquanto cenário de prática, resultando em processos de trabalho articulados, possibilidade de melhora do trabalho em equipe entre serviço e universidade, estabelecimento de protocolos, elaboração de material didático e realização da educação permanente. Também são apontados fatores dificultadores para a efetivação das parcerias IES e serviço como: espaço

físico inadequado das unidades de saúde para receber os estudantes; a ausência de referência e contra referência dos serviços assistenciais (CYRINO et al., 2012; LEITE et al., 2012; REIBNITZ et al., 2012).

A UFG, buscando a reorientação da formação dos acadêmicos nos cursos da área de saúde, encaminhou ao MS e obteve a aprovação de seus projetos em todos os editais:

Pró-Saúde I: 2005, participação dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia;

Pró-Saúde II: 2007, com a participação dos cursos de Farmácia e Nutrição;

Pet-Saúde: 2009, com a participação de tutores dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição e Odontologia; 2010, com o acréscimo de tutor do curso de Educação Física.

Propet-Saúde: em 2011, momento no qual ocorreu a junção do Pró-Saúde e Pet-Saúde, com a participação de todos os cursos anteriores mais a Biomedicina.

Em todas as versões do Pró-Saúde, Pet-saúde e Propet-Saúde, a UFG participou da implantação dos programas de reorientação na formação propostas pelo MS e MEC, mantendo parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia para adequar a formação dos graduandos que futuramente farão parte do quadro de profissionais do SUS e conseqüentemente atores ativos do processo de trabalho em saúde.

A análise da aproximação das Universidades, os serviços de saúde e a comunidade, promovida pelos programas de reorientação da formação em saúde, subsidia a compreensão de seus avanços, limitações e potencialidades que podem favorecer o fortalecimento das atividades exitosas e evidenciar àquelas que necessitam de redirecionamento.

Esse estudo considera a reorientação da formação dos profissionais de saúde, fundamental para a organização do processo de trabalho na ABS, com vistas à efetiva consolidação dos princípios de integralidade, equidade e universalidade do SUS na garantia de uma assistência que valorize a saúde enquanto um direito de cada um dos cidadãos brasileiros. Assim, se propõe a conhecer junto aos profissionais da ESF quais suas percepções acerca da influência do Pró-Saúde e Pet-Saúde no processo de trabalho em saúde desenvolvido na parceria ensino, serviço e comunidade.

4 MÉTODO (S)

4.1 Projeto origem

Este estudo está inserido no projeto matriz “Avaliação do impacto dos Programas Pró-Saúde e Pet-Saúde nos cursos de graduação da área da saúde da Universidade Federal de Goiás”, com financiamento do *Ministério da Ciência e Tecnologia e Inovação/CNPq/MS-SCTIE-Decit, edital n. 8/2013*.

4.2 Tipo de estudo

Pesquisa de campo, transversal, com abordagem quantitativa descritiva.

4.3 Cenário da pesquisa

Este estudo foi realizado nos 10 Centros de Saúde da Família (CSF) que participaram dos editais do Pró-Saúde e ou Pet-Saúde nos anos 2008, 2009 e 2011 (BRASIL, 2008c; 2009b; 2011a), desde sua primeira etapa de implantação pela Universidade Federal de Goiás, no município de Goiânia capital do Estado de Goiás.

Goiânia possui uma população de 1.333.767 habitantes (IBGE, 2010), distribuídos nos seus 733,116 km² (IBGE, 2014), situada na região centro oeste com uma taxa de alfabetização de 97% e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,7999 (alto) segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2010). Sua economia é baseada na produção agropecuária, além de importantes serviços e indústrias de transformação.

Em relação à assistência pública de saúde na atenção básica, o Município encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde 2004, dividido entre sete distritos sanitários (Campinas-Centro, Leste, Noroeste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul), sendo responsável por uma rede de serviços composto por 169 estabelecimentos de saúde. Esses estabelecimentos são classificados em cinco níveis de complexidade de acordo com o Decreto Nº 4051, de 02 de setembro de 2013 da prefeitura municipal de Goiânia (GOIÂNIA, 2013).

- a) **Nível I** – Centros de Saúde e CSF com até duas Equipes da Estratégia Saúde da Família;
- b) **Nível II** – Centros de Saúde e CSF com três ou mais Equipes da Estratégia Saúde da Família;
- c) **Nível III** – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- d) **Nível IV** – Unidades Pré-Hospitalares;
- e) **Nível V** – Unidades Hospitalares.

Em Goiânia, a ESF possui 63 CSF com 186 equipes implantadas sendo que, em 94 (55,5%) delas foram inseridos os profissionais das equipes de saúde bucal (Tabela 1). As equipes da ESF alcançam uma cobertura de atendimento de 48,11% da população. Cálculo realizado de acordo o número de habitantes da capital dividido pela quantidade de equipes instaladas.

Tabela 1 – Distribuição de Equipes da ESF/CSF nos Distritos Sanitários da SMS – Goiânia, 2015.

Distritos Sanitários da SMS de Goiânia	Número de CSF	Número de equipes da ESF	Número de equipes da odontologia
Distrito Sanitário Campinas Centro	02	07	06
Distrito Sanitário Leste	09	29	20
Distrito Sanitário Noroeste	19	51	19
Distrito Sanitário Norte	07	27	18
Distrito Sanitário Oeste	15	39	18
Distrito Sanitário Sudoeste	11	33	13
Distrito Sanitário Sul	00	00	00
TOTAL	63	186	94

Fonte: DAS, Goiânia (2015).

A UFG possui campos de estágio em todos os níveis de serviços de saúde oferecidos pela SMS/Goiânia. No âmbito da atenção básica, estabeleceu parceria para implantação de atividades do Pet Saúde e Propet-Saúde em 10 CSF do município, o que corresponde a 15,8%, atuando em três CSF do Distrito Sanitário Norte (DSN), seis do Distrito Sanitário Leste (DSL) e um do Distrito Sanitário Campinas-Centro (DSCC).

4.4 População do estudo

A população do estudo foi composta pelos profissionais de saúde, enfermeiros, médicos, odontólogos, auxiliar de saúde bucal, técnico de saúde bucal, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e gestores que atuavam em todos os CSF localizados nos Distritos Sanitários Norte, Leste e Campinas-Centro de Goiânia onde foram implementados o Pró-Saúde, o Pet-Saúde e o Propet-Saúde pela UFG no período de vigência de 2009 a 2015.

Nos Distritos participantes do estudo encontram-se 18 CSF da SMS-Goiânia. O Propet-Saúde foi implantado em 10 (55,5%) desses CSF onde atuam 38 equipes da ESF envolvendo um total de 247 trabalhadores.

A população foi definida considerando a participação do CSF no edital de 2011 ou em duas edições anteriores do Pet-Saúde. Estes critérios foram adotados para garantir que os sujeitos da pesquisa tivessem vivenciado recentemente a experiência do Propet-Saúde ou participado anteriormente por, pelo menos, um período de três anos do programa Pet-Saúde. Assim foi excluído o CSF Guanabara I do DSN, por este ter participado apenas da primeira edição do programa, excluindo-se dessa forma, também, as suas quatro equipes e seus 26 profissionais.

As equipes da ESF que participaram do estudo se dividiam de acordo com as seguintes proporções de profissionais de acordo com a Tabela 2.

Tabela 2- Quantitativo de profissionais, por categoria, que atuam nos CSF da ESF participantes do estudo. Goiânia, 2015.

Categoria Profissional	Quantitativo de profissionais que trabalham nos CSF	
	N	%
Enfermeiro	37	15
Médico	25	10
Odontólogo	24	9,7
Aux. Saúde bucal	19	7,7
Tec. Saúde bucal	08	3,2
Aux./Tec. Enf.	26	10,5
ACS	98	39,7
Gestor	10	4
TOTAL	247	100

4.5 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram ser profissional da ESF e/ou gestor que atua em uma das unidades participantes do Propet-Saúde e que estivessem trabalhando nessa unidade, por pelo menos, nos últimos seis meses de vigência dos programas.

Os critérios de exclusão consistiram em profissionais que se encontravam de férias e/ou licença médica durante o período de coleta de dados.

4.6 Amostra

A amostra foi caracterizada por acessibilidade ou conveniência por não ter sido estabelecido rigor estatístico para escolha da participação dos sujeitos no estudo (GIL, 2002).

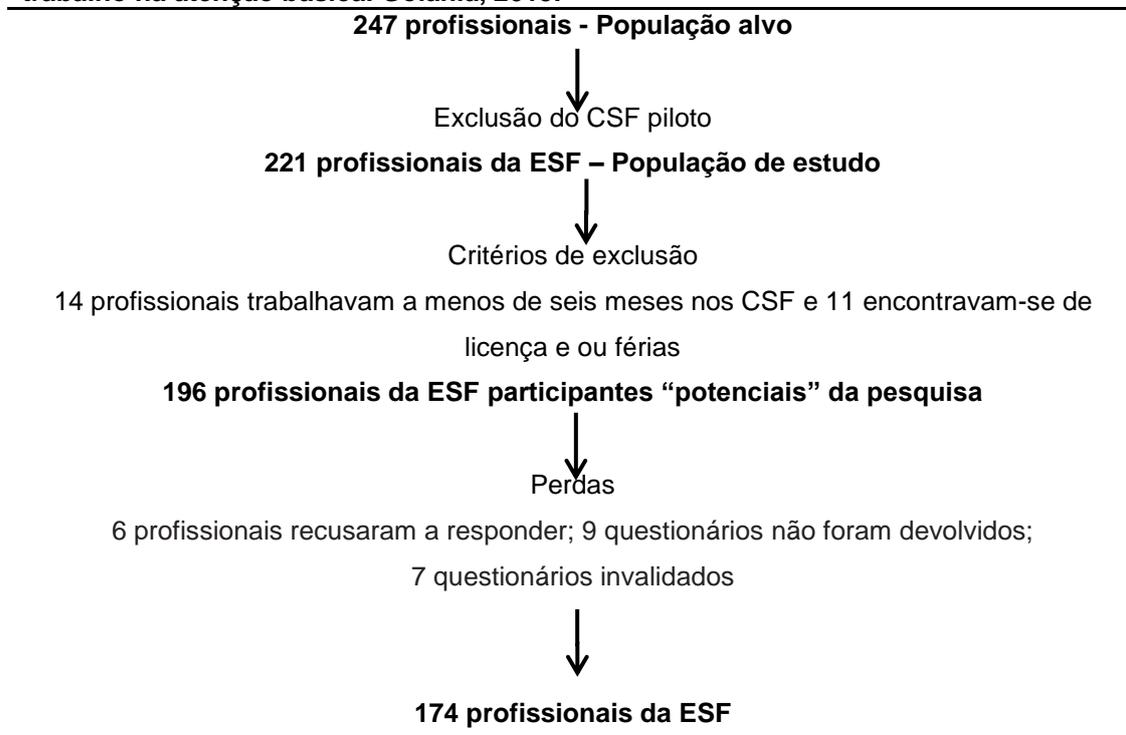
Tabela 3 - Distribuição de equipes e profissionais da ESF/CSF nos Distritos Sanitários da SMS eleitos na amostra. Goiânia, 2015.

Distritos Sanitários da SMS de Goiânia	Número de CSF	Número de equipes da ESF	Número de profissionais no CSF
Distrito Sanitário Campinas-Centro	01	04	24
Distrito Sanitário Leste	06	20	135
Distrito Sanitário Norte	02	10	62
TOTAL	09	63	221

Fonte: DAS, Goiânia (2015).

Dos 221 profissionais e gestores da ESF elegíveis, foram excluídos 14 profissionais por atuarem há menos de seis meses na ESF; 11 profissionais que se encontravam de licença médica ou férias e foram consideradas perdas: seis profissionais que se recusaram a responder; nove questionários que não foram devolvidos após três tentativas de recebimento; sete questionários invalidados por estarem incompletos. Dessa forma, foram validados 174 questionários (FIGURA 1).

Figura 1. Fluxograma de obtenção do quantitativo final de participantes do estudo da influência dos Programas de reorientação da formação em saúde no processo de trabalho na atenção básica. Goiânia, 2015.



Fonte: Elaborada pelas pesquisadoras. Goiânia, 2015.

4.7 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta dos dados foi construído e aplicado um único instrumento de pesquisa constituído de dois blocos (APÊNDICE 2):

- 1) Perfil profissional e de formação, composto por um questionário de 15 questões fechadas.
- 2) Questionário do tipo escala Likert, composta por quatro dimensões e 32 asserções, sendo atribuídas oito asserções para cada dimensão.

4.7.1 Perfil profissional e de formação

O perfil profissional e de formação foi obtido por meio de 15 questões e como eixos de análise foram considerados:

- ✓ Gênero com duas opções de resposta;
- ✓ Faixa etária com a constituição de quatro grupos sendo: um até 29 anos, outros de 30 a 39 anos, de 40 a 49 anos e 50 anos ou mais;
- ✓ Local de trabalho com dez opções sendo Vila Pedroso, Recanto das Minas Gerais, Santo Hilário, Dom Fernando, Aroeira, São Judas Tadeu, Guanabara III, Parque Ateneu, Leste Universitário;
- ✓ Função na ESF com oito opções Enfermeiro, Médico, Odontólogo, Auxiliar de saúde bucal, Técnico de Higiene bucal, Auxiliar ou Técnico de enfermagem, ACS, Gestor;
- ✓ Se possuía ou não pós-graduação com as opções de resposta sendo sim, não ou não se aplica;
- ✓ Nível de pós-graduação sendo especialização, mestrado e doutorado;

- ✓ Se atuou como preceptor na UFG com três opções de respostas sendo não atuou, atuou com bolsa e atuou sem bolsa. Para os que atuaram como preceptores foi perguntado o tempo de preceptorial com três opções de resposta sendo de 6 a 12 meses, de 13 meses até menos que 3 anos e 3 anos ou mais.
- ✓ Tipo de vínculo com a Secretaria de Saúde na ESF tendo três opções de resposta: efetivo, contrato e outros;
- ✓ Tempo de atuação na ESF com três opções de resposta sendo de 6 a 12 meses, de 13 meses até menos que 5 anos e 5 anos ou mais;
- ✓ Número de equipes da ESF que trabalhavam na sua unidade com quatro opções de respostas, 1, 2, 3 e 4 ou mais equipes
- ✓ Possuir outro vínculo empregatício com duas opções de resposta: sim ou não.
- ✓ Se falta algum profissional na equipe com oito opções de respostas enfermeiro, médico, cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal, técnico de saúde bucal, auxiliar ou técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde ou não falta minha equipe está completa.
- ✓ Possuir gestor no CSF com duas opções de respostas: sim ou não.

4.7.2 Escala Likert

Com o objetivo de avaliar a influência do Propet-Saúde na organização do processo de trabalho na ABS foi construída uma escala atitudinal Likert (APENDICE 1). A escala Likert é um instrumento de avaliação da percepção atitudinal constituído de perguntas de múltiplas escolhas – asserções - utilizado para medir percepção e comportamento. Ela indica o grau de concordância ou discordância do sujeito em relação à atitude que está sendo medida, podendo variar de 4 a 11 níveis de

juízo (CUNHA, 2007), mas as escalas de quatro e cinco categorias são, geralmente, as mais populares.

As perguntas de múltipla escolha são fechadas de estimação ou avaliação que oferecem a possibilidade de se emitir um juízo por meio de uma escala com diferentes graus de intensidade de um mesmo item. As respostas obtidas por meio desse instrumento são quantificadas e indicam o nível crescente ou decrescente da opinião do sujeito acerca do assunto abordado. As perguntas de escolha múltipla são consideradas fáceis para tabulação dos dados e favorecem a exploração do tema em profundidade semelhante às perguntas abertas (LAKATOS; MARCONI, 2003).

No presente estudo foi utilizada uma variação de quatro níveis de graduação da percepção. A exclusão do termo central (número de opções ímpar) conduz o respondente a se posicionar positiva ou negativamente em relação ao aspecto que se busca investigar (RITZ, 2000).

As respostas foram analisadas sob as seguintes percepções: concordo plenamente (CP), quando o participante concordava totalmente com a asserção; inclinado a concordar (IC), quando tendia a concordar com a asserção; inclinado a discordar (ID), quando a tendência era de discordar da asserção e discordo plenamente (DP) no caso de total discordância relativa à asserção.

A pontuação atribuída às asserções da escala Likert pode ser crescente, ou seja, um para (CP), dois para (IC), três para (ID) e quatro para (DP) ou decrescente quatro para (CP), três para (IC), dois para (ID) e um para (DP) (FERREIRA; BATISTA; BATISTA, 2013).

A análise da escala Likert foi baseada em três intervalos de pontuação: de 1 a 1,99 pontos (ruim) a percepção é negativa e mudanças de curto prazo devem ser tomadas; de 2,00 a 2,99 pontos (zona intermediária de intervenção), a percepção revela aspectos a serem melhorados exigindo medidas a médio prazo e de 3,00 a 4,00 pontos a percepção é positiva (zona de conforto) que pode ser potencializada (FERREIRA; BATISTA; BATISTA, 2013).

A interpretação das percepções foi realizada por meio da pontuação alcançada (médias) após análise estatística.

A escala Likert foi construída na perspectiva de quatro dimensões: D1- conceito de processo de trabalho, D2- o processo de trabalho na atenção básica, D3- a parceria do Propet-Saúde nos CSF e D4- as atividades influenciadas pelo Propet-Saúde, cada uma delas composta por oito asserções, perfazendo no total 32 asserções. As asserções serão representadas, nesse estudo, pela letra (A).

A primeira dimensão foi elaborada a partir dos conceitos sobre o processo de trabalho e o processo de trabalho em saúde, baseados nos seguintes autores: Marx (1987), Mendes-Gonçalves (1992), Peduzzi (2007), Merhy (1998). Nessa dimensão as assertivas contemplaram: a finalidade do processo de trabalho para satisfação das necessidades do usuário; as tecnologias duras, leve-duras e leves como instrumentos para a assistência; a resolutividade da ESF enquanto Atenção Básica; a prática no cotidiano do serviço enquanto potencializador no alcance da resolutividade no atendimento; o atendimento às necessidades como principal objetivo do processo de trabalho; o processo de trabalho na produção e consumo dos serviços de saúde; o processo de trabalho enquanto forma de organização e execução das atividades; o trabalho em equipe com objetivos e cooperação entre os profissionais.

A construção da segunda dimensão teve o objetivo de verificar a percepção dos participantes no que se refere ao processo de trabalho na atenção básica, conforme descrito na PNAB, 2012. Contemplando a territorialização e adstrição da população; priorização das intervenções clínico-sanitárias; promoção de atendimento integral, contínuo e organizado; desenvolvimento de ações intersetoriais e redes de apoio; participação nos conselhos locais de saúde; o acolhimento, a classificação de risco e análise de vulnerabilidade para maior resolutividade na demanda espontânea e urgências; planejamento e avaliação das ações realizadas.

A terceira dimensão buscou conhecer a percepção dos profissionais de saúde da ESF, sobre o processo de trabalho desenvolvido no âmbito do Propet-Saúde e a parceria ensino-serviço-comunidade, tendo como base documentos do Pró-Saúde e Pet-Saúde (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2008a). Valorização da preceptoria para pós-graduação; incentivos com bolsa enquanto motivador para preceptoria; conflitos pela inexistência de incentivo

financeiro a todos os profissionais; aproximação ensino-serviço na realização de pesquisa, ensino e extensão; aumento de profissionais na pós-graduação com a implantação do Propet-Saúde; envolvimento com o serviço estudante bolsista e não bolsista; aprimoramento de fluxos e cronogramas dos estágios e práticas; promoção de reflexão crítica dos profissionais sobre suas práticas.

A quarta dimensão procurou extrair a percepção dos profissionais da ESF sobre quais foram as atividades relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde no CSF que sofreram influência do Propet-Saúde. Buscando saber se o Propet-Saúde propiciou parceria entre os profissionais, docentes e estudantes voltados para a educação permanente e educação em saúde; se estimulou ações administrativas e de gestão; houve fortalecimento de momentos de discussão entre ensino-serviço e comunidade; disponibilização de instrumentos de trabalho para prestação de assistência ao usuário; se o Propet-Saúde proporcionou um melhor atendimento às necessidades dos usuários; se estimulou a participação crítica do usuário no processo-saúde doença; se houve ampliação da percepção dos profissionais sobre as intervenções na sua área de abrangência.

As asserções foram distribuídas randomizadas no instrumento com o objetivo de não permitir aos sujeitos da pesquisa a percepção do assunto a que elas buscavam responder, ou seja, a que dimensão estavam relacionadas (CUNHA, 2007). No Quadro 1, temos as quatro dimensões da escala Likert investigadas no estudo e o número de suas respectivas asserções, as afirmações que foram julgadas pelos respondentes.

Quadro 1: Dimensões da escala likert e respectivas asserções.

Dimensões da escala Likert	Asserções
D-1 A compreensão dos trabalhadores de saúde e gestores da atenção básica sobre o conceito de processo de trabalho em saúde.	1,5,9,13,17,21,25,29
D-2 As ações relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde, desenvolvidas pelos profissionais de saúde, que atuam no CSF.	2,6,10,14,18,22,26,30
D-3 O processo de trabalho desenvolvido no âmbito do Propet-Saúde e a parceria ensino-serviço na ESF.	3,7,11,15,19,23,27,31
D-4 As atividades relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde no CSF que sofreram influência do Propet-Saúde.	4,8,12,16,20,24,28,32

Fonte: Escala Likert elaborada pelas pesquisadoras. Goiânia, 2015.

A partir da análise da percepção dos respondentes à cerca das quatro dimensões da pesquisa, foi realizado um recorte para gênero, faixa etária, categoria profissional, pós-graduação, atuação e tempo na preceptoria com o objetivo de buscar uma maior aproximação sobre a influência dos programas de reorientação da formação em saúde no processo de trabalho da ESF.

4.7.3 Validação do instrumento

Para validação do instrumento de coleta de dados, foi utilizado o método split-half, conforme descrito por Ritz (2000) que consiste na comparação dos escores de duas subdivisões do instrumento para determinar sua confiabilidade. Para tanto, foram aplicados 17 questionários, dos quais 14 foram validados, aos profissionais da ESF do CSF Guanabara I buscando confirmar a objetividade e a clareza da fraseologia utilizada na formulação das assertivas.

Foi calculado o coeficiente de correlação linear por meio do método re-teste para o processo de escolha das assertivas, o estudo dos resultados obtidos na aplicação do instrumento de validação permitiu a eliminação de itens que não apresentaram distribuição normal e também daqueles que não discriminavam a opinião e em seguida, foram eliminados os itens que não garantiram boa consistência interna da escala. O índice de confiabilidade

alcançou um $R= 0,92$ o que caracteriza uma excelente densidade estatística para os resultados encontrados.

Esse instrumento foi aplicado no mês de fevereiro e serviu como piloto para validação e eleição das assertivas pertinentes. Após essa etapa o instrumento foi reelaborado para aplicação aos sujeitos da pesquisa pelo pesquisador e auxiliares de pesquisa.

4.7.4 Aplicação dos instrumentos de coleta de dados

O CSF Guanabara I foi eleito como cenário de aplicação do instrumento de pesquisa piloto, considerando que os profissionais desse serviço, por já terem participado do Pet-saúde, possuíam boa familiaridade com o projeto, o que favoreceria a compreensão das questões abordadas no instrumento. Após análise do piloto foram realizadas pequenas correções no instrumento.

A coleta de dados da pesquisa ocorreu no período de março a abril de 2015. Para coleta dos dados, primeiramente foi solicitado, via email, à Divisão de Atenção à Saúde (DAS) da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia os endereços e telefones dos dez CSF que deveriam ser visitados pela pesquisadora, incluindo o piloto.

Obtida resposta da DAS, foi estabelecido um cronograma de visitação aos dez CSF. Após contato prévio, por telefone, com as enfermeiras das equipes dessas unidades realizamos o agendamento dos encontros para os dias que normalmente são realizadas as reuniões semanais de trabalho.

Os contatos realizados com as enfermeiras das equipes, objetivou tanto o agendamento quanto os esclarecimentos a respeito do objetivo da pesquisa aos profissionais que estariam envolvidos, tempo aproximado para resposta e a identificação da pesquisadora responsável.

No dia e hora agendado, foram distribuídos os questionários e esclarecidos os objetivos da pesquisa, entregue e lido o Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1) e solicitado assinatura espontânea de aceitação àqueles que se dispuseram a participar da pesquisa.

A orientação para o preenchimento do instrumento consistiu em sua apresentação enquanto questionário de múltiplas escolhas e de opinião - atitudinal. Foi também informado aos sujeitos da pesquisa sobre a necessidade de se responder todas as questões e que, como um instrumento de percepção, não havia resposta certa ou errada e sim aquela que fosse julgada mais adequada segundo sua avaliação.

Dessa forma foi aguardado o tempo necessário para o preenchimento do instrumento que, após ser recolhido, procedeu-se a conferência de todas as asserções, visto que, conforme orientação prévia, caso alguma delas estivesse sem resposta, invalidaria todo o instrumento.

Foram entregues às enfermeiras das equipes, após capacitação (realizada pela pesquisadora) quanto ao preenchimento do instrumento, alguns questionários para que fossem entregues aos profissionais que não se encontravam na reunião ou que estivessem realizando alguma atividade que os impossibilitasse de responder naquele momento. Esses questionários foram recolhidos posteriormente, após contato com a enfermeira e confirmação do preenchimento.

Aqueles questionários que não foram recebidos pela pesquisadora, no momento da aplicação ou pela enfermeira, foram considerados perdas após três tentativas frustradas de contato com os profissionais que deixaram de respondê-los.

Os questionários respondidos foram enumerados e inseridos em planilha, do programa Excel, para tabulação e análise dos dados colhidos.

4.8 Aspectos éticos

Este estudo faz parte de um projeto matriz que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás, sob o protocolo de nº 571173 (ANEXO 1) sendo realizado conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

A pesquisadora se comprometeu em manter sigilo sobre a identidade dos participantes. O compromisso de manter o sigilo está contemplado no termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 1). Aos participantes foi comunicada a liberdade de retirar-se do estudo em qualquer momento, sem sofrer prejuízo, pressão e/ou retaliação. A participação no estudo foi efetivada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Este estudo ofereceu risco mínimo, não podendo afastar risco de constrangimento aos participantes. Esses não receberam nenhum benefício direto com a participação. Os resultados irão subsidiar a elaboração de propostas para melhorias do processo de formação dos profissionais de saúde e educação.

5 RESULTADOS

Entre os 196 profissionais elegíveis, 174 participaram do estudo (88,77%), sendo 55 (31,61%) enfermeiros, médicos e cirurgiões dentistas; 38 (21,84%) auxiliares e técnicos de enfermagem e de saúde bucal; 73 (41,95%) agentes comunitários de saúde e oito (4,59 %) gestores. A maioria era do sexo feminino (n=155, 89,08%), tinha mais de 30 anos (n=161, 92,52%). Um total de 58 participantes referiu possuir pós-graduação, entre eles, 49 (84,58%) atuam como profissionais de nível superior na ESF e nove (15,52%) pertencem às demais categorias estudadas. Entre os participantes, 43 afirmaram ter atuado como preceptor, destes, 26 (60,46%) referiram ter recebido bolsa do Pet-Saúde e/ou Propet-Saúde e 34 (79,06%) realizaram esta atividade por um período superior a um ano. Referente aos recursos humanos os dados mostram que a totalidade das equipes da ESF se encontram incompletas (100%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização dos participantes da pesquisa. Goiânia, 2015.

Variáveis	N	(%)
Sexo		
Masculino	19	10,92
Feminino	155	89,08
Faixa etária		
<= a 29	13	7,48
30 a 39	73	41,95
40 a 49	55	31,61
>= 50	33	18,96
Função na Equipe Saúde da Família		
Enfermeiro	27	15,52
Médico	12	6,90
Cirurgião dentista	16	9,20
Auxiliar em saúde bucal	11	6,32
Técnico em saúde bucal	06	3,45
Auxiliar e técnico de enfermagem	21	12,06
Agente Comunitário de Saúde	73	41,95
Gestor	08	4,60
Pós - graduação		
Sim	58	33,33
Pós-Graduação e função na ESF		
Enfermeiros, médicos e cirurgiões dentistas	49	84,48*
Outros (Auxiliar/técnico saúde bucal, auxiliar/técnico enfermagem, agente comunitário de saúde e gestor)	9	15,52*
Profissional com função de nível superior pós-graduado		
Enfermeiro	26	53,06
Médico	8	16,33
Cirurgião dentista	15	30,61
Preceptor		
Com bolsa	26	60,46
Sem bolsa	17	39,54
Tempo de atuação como preceptor		
6 a 12 meses	09	20,94
13 meses a 3 anos	17	39,53
Mais de 3 anos	17	39,53
Falta profissional na equipe		
Sim	174	100,00

*Porcentagem calculada sobre o número de profissionais pós-graduados da ESF (n = 58).

No Gráfico 1 destaca-se as asserções excluídas no processo de validação. A7, A9 e A11 foram elaboradas com a pontuação crescente, ou seja, 1 (um) ponto para concordância plena (CP), 2 (dois) pontos para inclinação à concordância (IC), 3 (três) pontos para inclinação à discordância (ID) e 4 (quatro) pontos para a discordância plena (DP). Para a A29 a pontuação foi contrária, sendo 4 pontos (CP), 3 (IC), 2 (ID) e 1 (DP), como todas as demais asserções do instrumento. As asserções A9 e A29 compunham a primeira dimensão. Para **A9 “O acesso à realização de**

exames de alta complexidade (por exemplo: tomografia, ressonância) é fundamental para auxiliar no diagnóstico e conduta da ESF” a percepção foi de 1,67 caracterizando concordância plena dos respondentes à essa afirmação, na **A29 “Para o trabalho em equipe é necessário que se tenha objetivos comuns e cooperação entre os profissionais”** a pontuação foi de 3,78, concordância plena dos respondentes. As asserções invalidadas 7 e 11, pertencem à terceira dimensão de análise. Os respondentes da pesquisa pontuaram em 1,68 (CP) a **A7 “O incentivo financeiro foi fator motivador para participação dos profissionais de saúde na preceptoria do Pet-Saúde/Propet-Saúde”**, demonstrando uma percepção positiva para essa asserção. Também concordaram com **A11 “A inexistência de bolsa para todos os preceptores propiciou descontentamento entre os profissionais da ESF”**, com pontuação de 1,67 (CP).

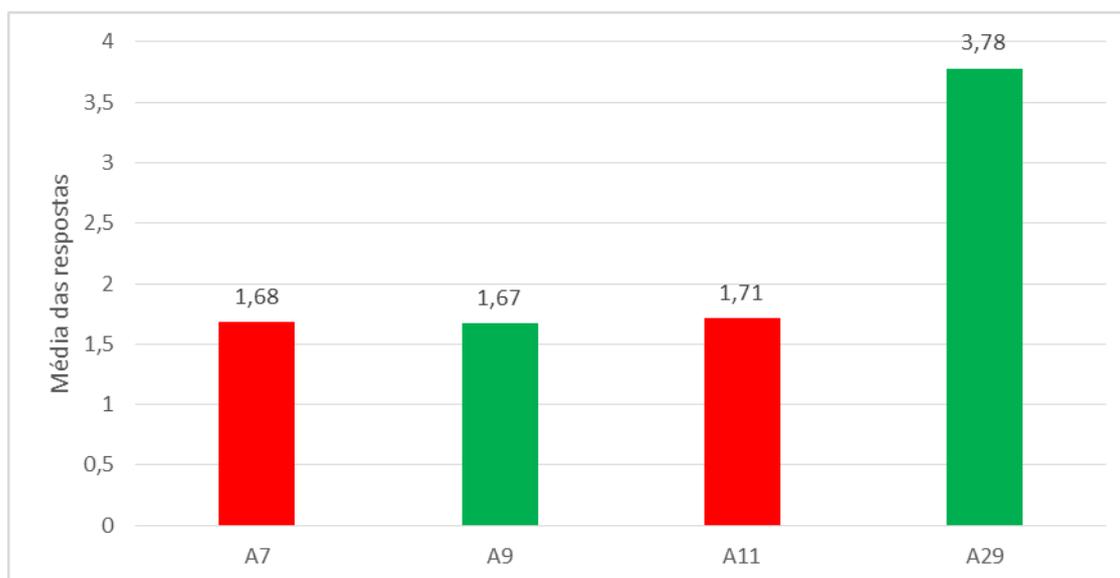


Gráfico 1– Percepção dos profissionais e gestores em relação às asserções não validadas da escala Likert, sobre a influência dos programas de reorientação da formação do profissional da saúde no processo de trabalho da ESF. Goiânia, 2015.

No Quadro 2 é apresentada a composição das dimensões da pesquisa com as asserções validadas e suas respectivas médias.

Quadro 2: Dimensões com suas asserções e as médias finais sobre a influência dos programas de reorientação da formação do profissional da saúde no processo de trabalho da ESF. Goiânia, 2015.

Dimensões	Assertivas	Assertivas validadas	Médias
Dimensão-1: A compreensão dos trabalhadores de saúde e gestores da atenção básica sobre o conceito de processo de trabalho em saúde.	1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29	1, 5, 13, 17, 21, 25	3,56
Dimensão-2: As ações relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde, desenvolvidas pelos profissionais de saúde, que atuam no CSF.	2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30	2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30	3,53
Dimensão-3: O processo de trabalho desenvolvido no âmbito do Propet-Saúde e a parceria ensino-serviço na ESF.	3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31	3, 15, 19, 23, 27, 31	2,87
Dimensão-4: As atividades relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde no CSF que sofreram influência do Propet-Saúde.	4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32	4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32	2,88

No Gráfico 2 observa-se as percepções dos respondentes para as quatro dimensões da pesquisa.

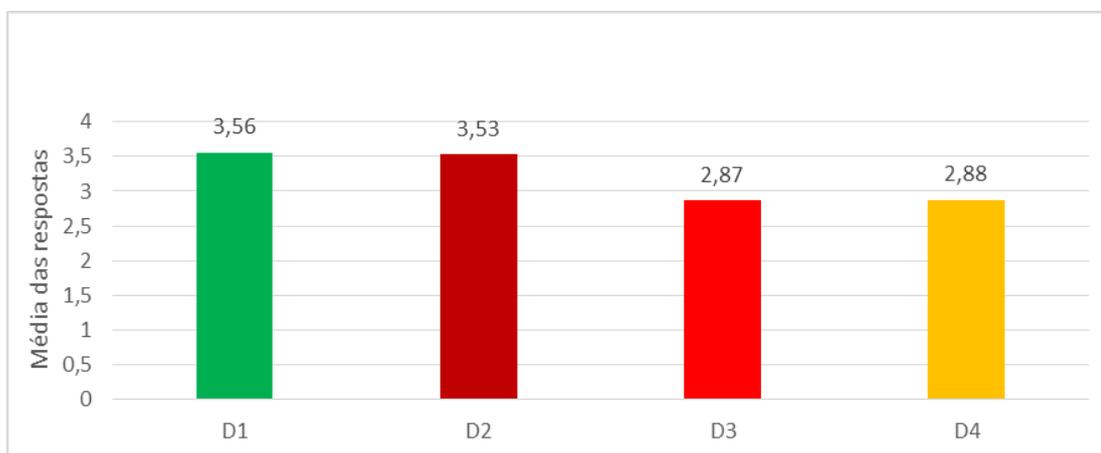


Gráfico 2– Perfil geral atitudinal das dimensões da escala Likert aplicada aos profissionais e gestores sobre a influência dos programas de reorientação da formação do profissional da saúde no processo de trabalho da ES. Goiânia, 2015.

Para D1 e D2 os respondentes manifestaram percepções dentro da zona de conforto, avaliação positiva para ambas as dimensões (intervalo de três a quatro pontos). Já para D3 e D4 as percepções se mantiveram no

intervalo de 2 a 2,99 pontos traduzindo uma percepção, nessas dimensões, de aspectos a serem melhorados a curto e médio prazo.

O Gráfico 3 mostra a percepção geral da dimensão 1 pelos respondentes da pesquisa relacionado aos eixos de análise: gênero, faixa etária e categorias profissionais. Em todos os eixos de análise da D1, as médias foram acima de 3,0 (zona de conforto). Os valores foram maiores entre as mulheres, para a faixa etária acima de 40 anos e entre os médicos e foram menores entre os participantes mais jovens e o técnico de saúde bucal.

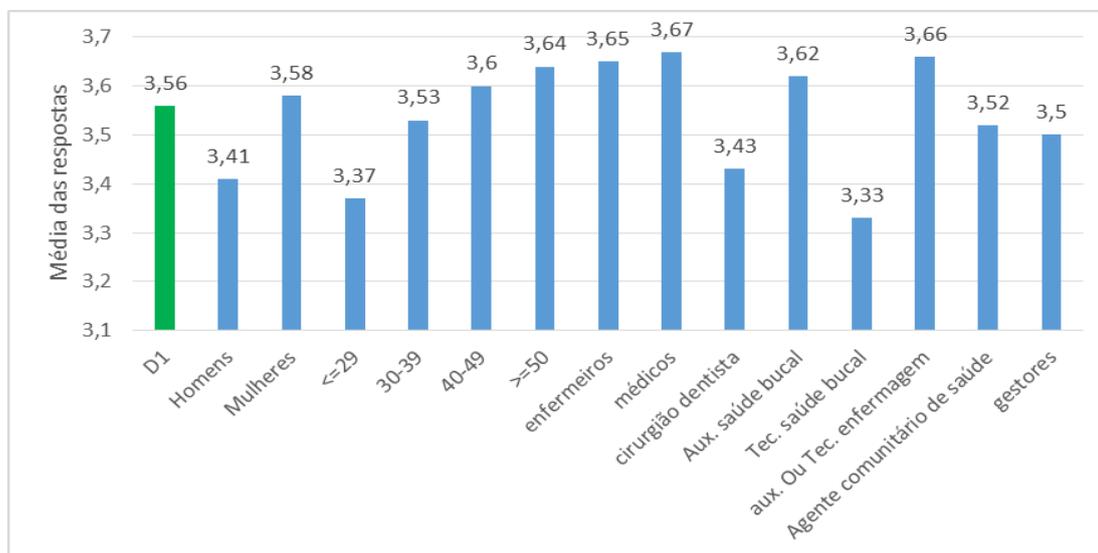


Gráfico 3– Percepção atitudinal geral da dimensão 1- pelos profissionais e gestores da ESF sobre o conceito do processo de trabalho em saúde pelos eixos de análise: gênero, faixa etária e categoria profissional. Goiânia, 2015.

Na análise do eixo pós-graduação observa-se que os pós-graduados manifestaram uma percepção mais próxima à média geral dos respondentes, 3,57 e 3,56, respectivamente, e os não pós-graduados tiveram uma percepção mais positiva (3,72). Evidencia-se a melhor percepção dos preceptores remunerados pelo Pet-Saúde (3,62) em relação aos preceptores não bolsistas (3,59). Os preceptores com mais de três anos nessa atividade tiveram uma média maior (3,79) em relação aqueles com menos tempo de atuação na preceptoría (Gráfico 4).

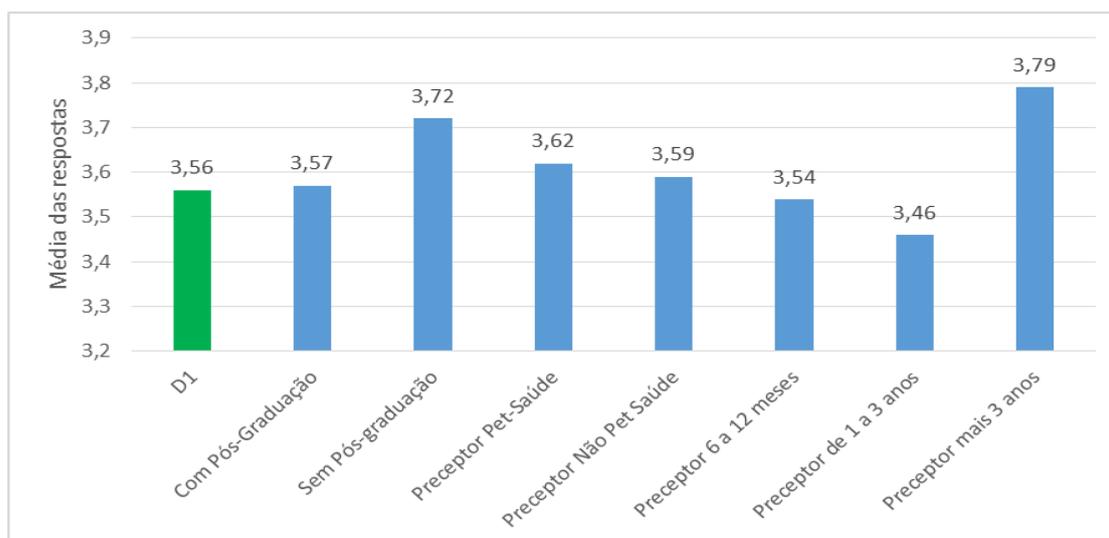


Gráfico 4 – Percepção atitudinal geral da dimensão 1- pelos profissionais e gestores da ESF sobre o conceito do processo de trabalho em saúde pelos eixos de análise: nível de formação, atuação preceptoria, tempo de preceptoria na ESF. Goiânia, 2015.

O Quadro 3 apresenta a percepção dos respondentes relacionada às asserções da primeira dimensão pesquisada.

Quadro 3 - Asserções que compuseram a primeira dimensão pesquisada referente à compreensão dos trabalhadores e gestores da ESF sobre o conceito de processo de trabalho em saúde e suas respectivas médias. Goiânia, 2015.

Dimensão-1 (D-1) A compreensão dos trabalhadores de saúde e gestores da atenção básica sobre o conceito de processo de trabalho em saúde D1 = 3,56	A1- As atividades que você realiza no trabalho da ESF têm como finalidade a satisfação das necessidades dos usuários.	3,68
	A5- O conhecimento e saberes, os equipamentos, a estrutura física da unidade são os instrumentos que o trabalhador de saúde utiliza para atender as necessidades dos usuários.	3,41
	A13- A satisfação de uma necessidade de saúde do usuário contribui no aprendizado da equipe para o alcance de maior resolutividade no atendimento.	3,63
	A17- O atendimento às necessidades dos usuários é o objetivo principal do processo de trabalho em saúde.	3,63
	A21- O processo de trabalho em saúde pode ser compreendido como a prática dos profissionais inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde.	3,41
	A25- O processo de trabalho em saúde é a forma pela qual organizamos e executamos nossas atividades profissionais.	3,59

Na asserção A-1 afirmou-se que **“As atividades que você realiza no trabalho da ESF têm como finalidade a satisfação das necessidades dos usuários”** vale ressaltar a relevância dessa asserção que obteve, nessa dimensão, a melhor das percepções do grupo com média de 3,68, configurando a centralidade do processo de trabalho em saúde no usuário. O que foi referendado pelos respondentes também nas asserções 13 e 17: **A13 “A satisfação de uma necessidade de saúde do usuário contribui no aprendizado da equipe para o alcance de maior resolutividade no**

atendimento”; A17 “O atendimento às necessidades dos usuários é o objetivo principal do processo de trabalho em saúde”. Percebe-se que a compreensão sobre as condições de trabalho e do processo de trabalho em saúde sustentam a assertividade para a dimensão como um todo: A25 “O processo de trabalho em saúde é a forma pela qual organizamos e executamos nossas atividades profissionais”, A5 “O conhecimento e saberes, os equipamentos, a estrutura física da unidade são os instrumentos que o trabalhador de saúde utiliza para atender as necessidades dos usuários” e A21 “O processo de trabalho em saúde pode ser compreendido como a prática dos profissionais inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde”. A concordância plena para a A21 demonstra a percepção dos trabalhadores da ESF relacionado a uma das especificidades do processo de trabalho em saúde que se caracteriza pela prestação de serviços.

O gráfico 5 permite uma melhor visualização das percepções dos profissionais da ESF e gestores na análise das asserções da primeira dimensão (D1).

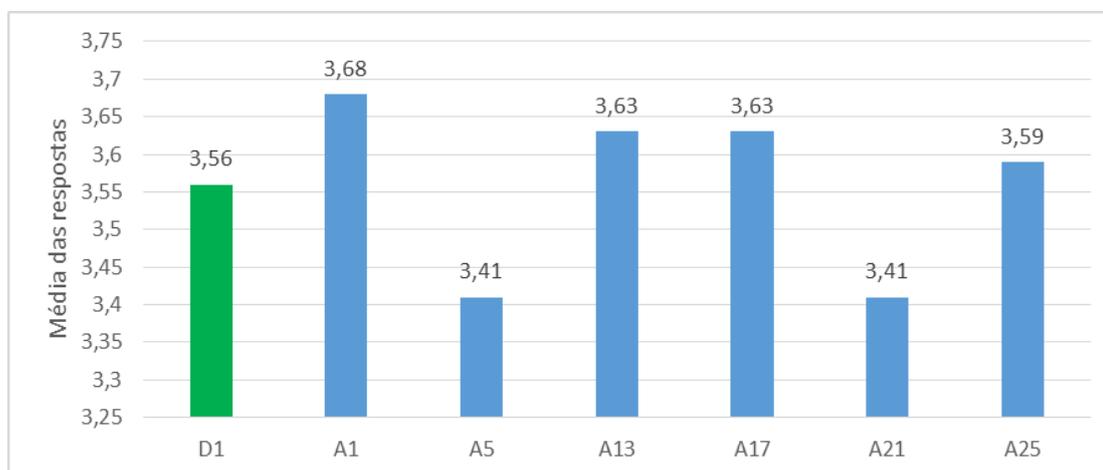


Gráfico 5- Percepção atitudinal por asserção da dimensão 1 pelos profissionais e gestores ESF referente à compreensão sobre o conceito do processo de trabalho em saúde. Goiânia, 2015.

Os Gráficos 6 e 7 apresentam os eixos da segunda dimensão segundo os eixos de análise, também com uma percepção por parte dos participantes na zona de conforto, sendo esta dimensão a segunda melhor percebida pela população estudada.

As mulheres têm uma percepção mais positiva para a D2, sendo também mais positiva para os respondentes na faixa etária acima dos 50 anos e com valor mais baixo entre os mais jovens. Nas categorias profissionais as percepções dos auxiliares e técnicos de enfermagem foram as mais positivas, seguidos pelos enfermeiros e gestores, dentro desse mesmo eixo a percepção mais crítica foi dos respondentes cirurgiões dentistas (Gráfico 6).

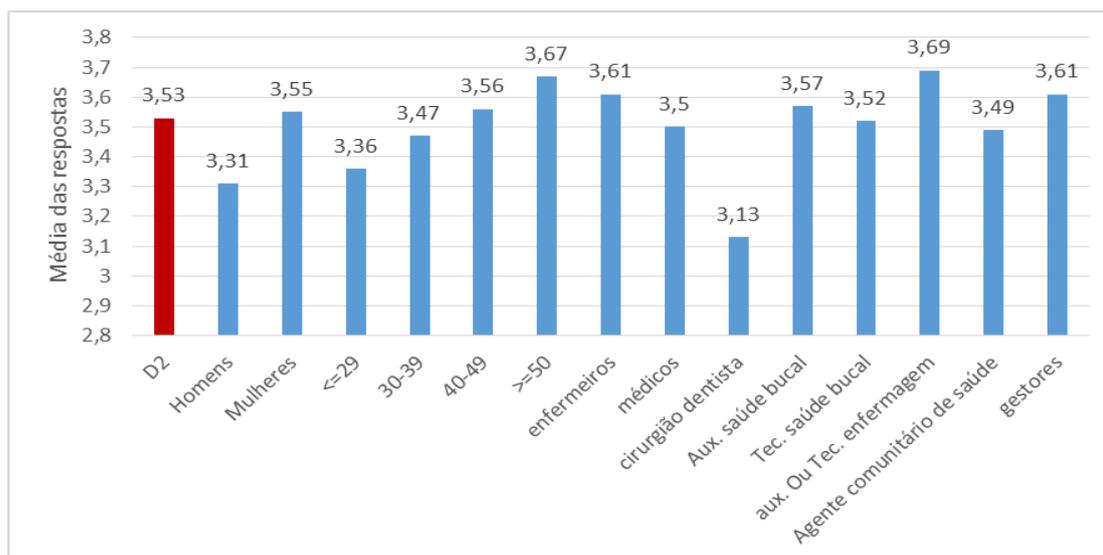


Gráfico 6- Percepção atitudinal geral da dimensão 2 pelos profissionais e gestores da ESF sobre as ações desenvolvidas relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde pelos eixos de análise: gênero, faixa etária e categoria profissional. Goiânia, 2015.

No Gráfico 7, é possível observar que o fato de possuir pós-graduação mantém a percepção dos respondentes próxima à média geral da dimensão 3,51 e 3,53, respectivamente, porém, a percepção dos profissionais de nível superior não pós-graduados é mais crítica 3,38. Ser preceptor Pet-Saúde e ter o maior tempo de atuação na preceptoria favoreceu uma percepção mais positiva da dimensão. Os preceptores com menos tempo de atuação apresentaram a percepção mais crítica dentre os eixos analisados para essa dimensão.

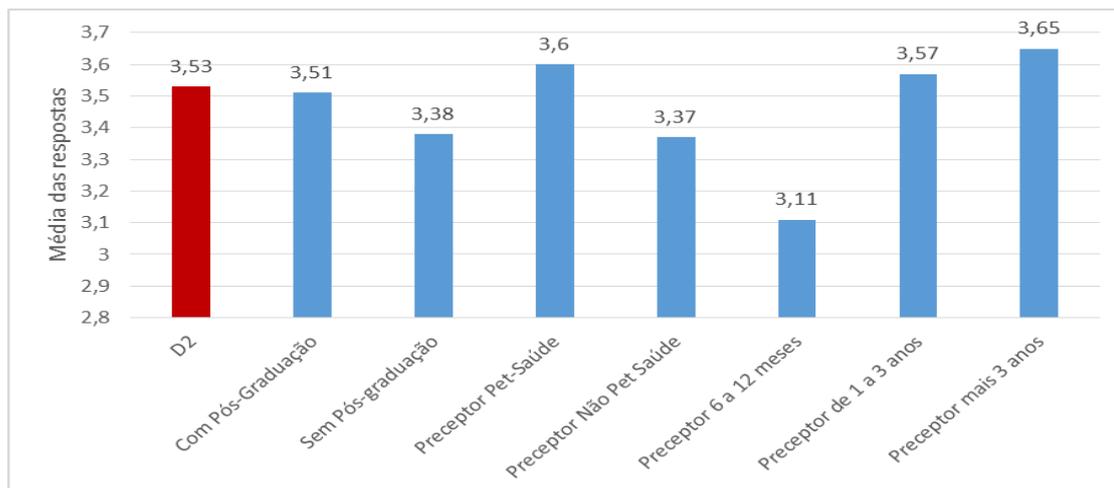


Gráfico 7- Percepção atitudinal geral dimensão 2- dos profissionais e gestores da ESF sobre as ações desenvolvidas relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde pelos eixos de análise: pós-graduação, atuação preceptoria, tempo de preceptoria na ESF. Goiânia, 2015.

O Quadro 4 apresenta as oito asserções que compuseram a segunda dimensão e suas respectivas médias.

Quadro 4 - Asserções que compõem a segunda dimensão pesquisada referente à percepção dos trabalhadores e gestores da ESF sobre as ações desenvolvidas relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde e suas respectivas médias. Goiânia, 2015.

Dimensão-2 (D-2) As ações relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde, desenvolvidas pelos profissionais de saúde, que atuam no CSF D2 = 3,53	A2- A assistência na ESF está baseada no atendimento da população de um território definido (população adstrita).	3,77
	A6- Na ESF o atendimento às necessidades da população é realizado em equipe e prioriza as intervenções clínicas e sanitárias.	3,48
	A10- O trabalho da equipe da ESF é realizado com o objetivo de prover atenção integral, contínua e organizada à população adstrita.	3,71
	A14- A equipe da ESF desenvolve ações intersetoriais e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral ao usuário.	3,52
	A18- A ESF participa da criação e/ou funcionamento dos conselhos locais de saúde.	2,99
	A22- Na atenção básica, o acolhimento, a classificação de risco e análise de vulnerabilidades favorecem uma assistência mais resolutiva para a demanda espontânea.	3,64
	A26- Na atenção básica, o acolhimento, a classificação de risco e análise de vulnerabilidades favorecem uma assistência mais resolutiva para o primeiro atendimento nas urgências.	3,63
	A30- A equipe de saúde da família participa do planejamento local de saúde acompanhando e avaliando as ações da própria equipe e da unidade de saúde.	3,45

Na A2 “A assistência na ESF está baseada no atendimento da população de um território definido (população adstrita)”, com pontuação de 3,77 os respondentes demonstram uma percepção positiva acerca da territorialização para o atendimento à clientela. Na A6 “Na ESF o atendimento às necessidades da população é realizado em equipe e

prioriza as intervenções clínicas e sanitárias” e na A14 “A equipe da ESF desenvolve ações intersetoriais e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral ao usuário”, mostram percepção positiva relacionada ao trabalho em equipe, valorização das ações de prevenção e promoção em saúde, a intersectorialidade e a integralidade da assistência. A boa percepção da integralidade e territorialização, também são confirmadas na asserção A10 “O trabalho da equipe da ESF é realizado com o objetivo de prover atenção integral, contínua e organizada à população adstrita”. Nas asserções A22 “Na atenção básica, o acolhimento, a classificação de risco e análise de vulnerabilidades favorecem uma assistência mais resolutiva para a demanda espontânea” e A26 “Na atenção básica, o acolhimento, a classificação de risco e análise de vulnerabilidades favorecem uma assistência mais resolutiva para o primeiro atendimento nas urgências”, os respondentes postaram-se de maneira positiva também para a organização do trabalho de acordo com as necessidades do usuário tanto para o atendimento na demanda espontânea quanto para as urgências.

A A18 “A ESF participa da criação e/ou funcionamento dos conselhos locais de saúde”, obteve a percepção mais crítica pelos respondentes 2,99. Esta foi a única asserção, dessa dimensão, julgada na zona intermediária que recomenda intervenções à médio prazo (Gráfico 8).

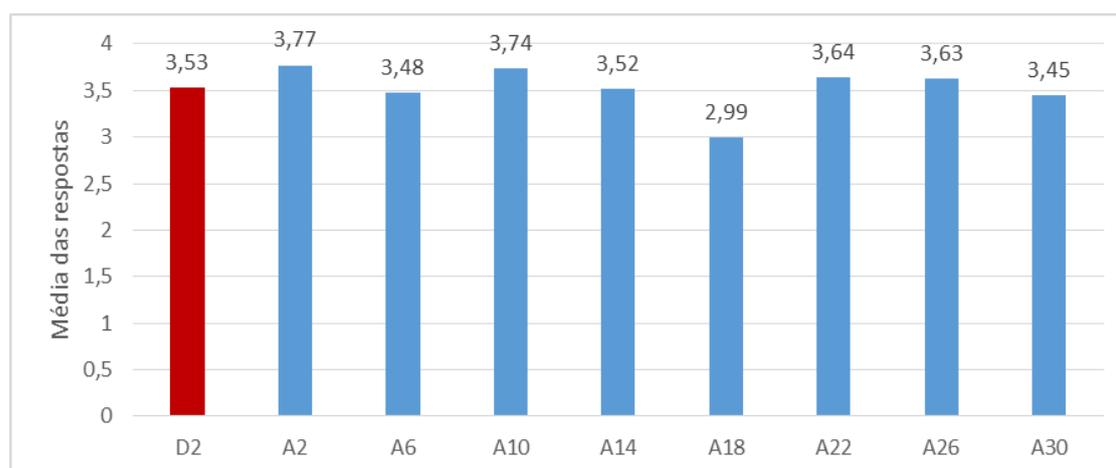


Gráfico 8- Percepção atitudinal geral das asserções que compõem a segunda dimensão pesquisada, junto aos dos trabalhadores e gestores da ESF sobre as ações desenvolvidas relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde. Goiânia, 2015.

No Gráfico 9 observa-se os resultados encontrados para a dimensão 3, sendo esta a que obteve a menor média (2,87), o que significa estar na zona de intervenção de médio prazo e evidencia a necessidade de revisão e acompanhamento mais intenso.

As mulheres mostraram uma melhor percepção que os homens, mas ainda assim na zona intermediária de intervenção. Destaca-se a faixa etária de 40 a 49 anos que apresentou uma média de 3,02 (zona de conforto). Na análise das categorias profissionais observa-se uma heterogeneidade das médias, variando de 2,95 a 2,54 pontos, mantendo suas percepções na zona intermediária de intervenção.

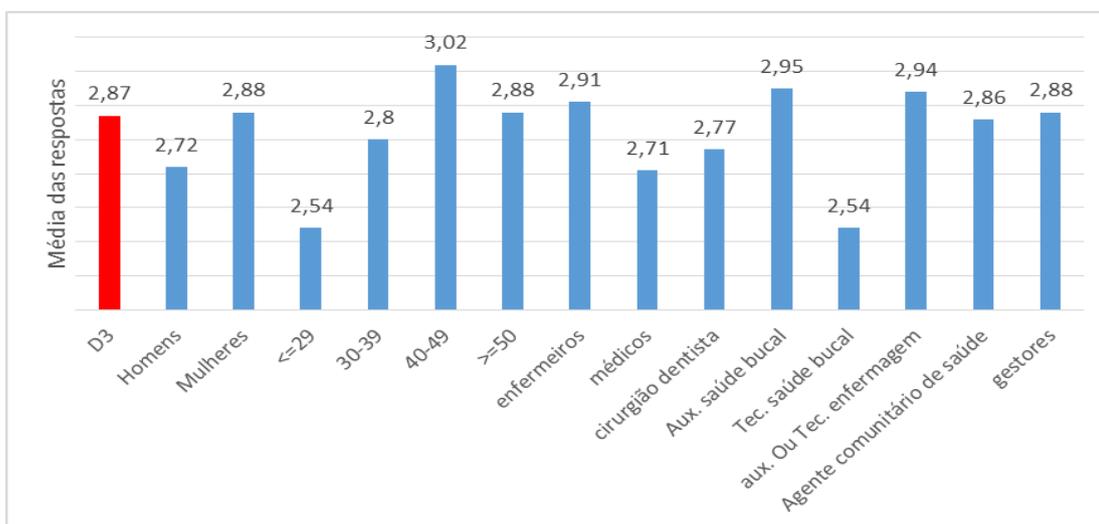


Gráfico 9- Percepção atitudinal geral dimensão 3 dos profissionais e gestores sobre o processo de trabalho desenvolvido no âmbito do Pró-Saúde e Pet-Saúde e a parceria ensino-serviço na ESF pelos eixos de análise: gênero, faixa etária e categoria profissional. Goiânia, 2015.

O Gráfico 10 mostra que, para a maioria dos eixos de análise, as médias foram abaixo de 3,0 pontos, com exceção para o preceptor Pet-saúde (3,03) e para aqueles com mais de três anos de preceptoría (3,08). Nessa dimensão, observa-se uma percepção, mais positiva dos profissionais pós-graduados quando comparadas suas médias aos que não possuem pós-graduação e também que a percepção dos preceptores se torna mais positiva à medida que aumenta o tempo de atuação.

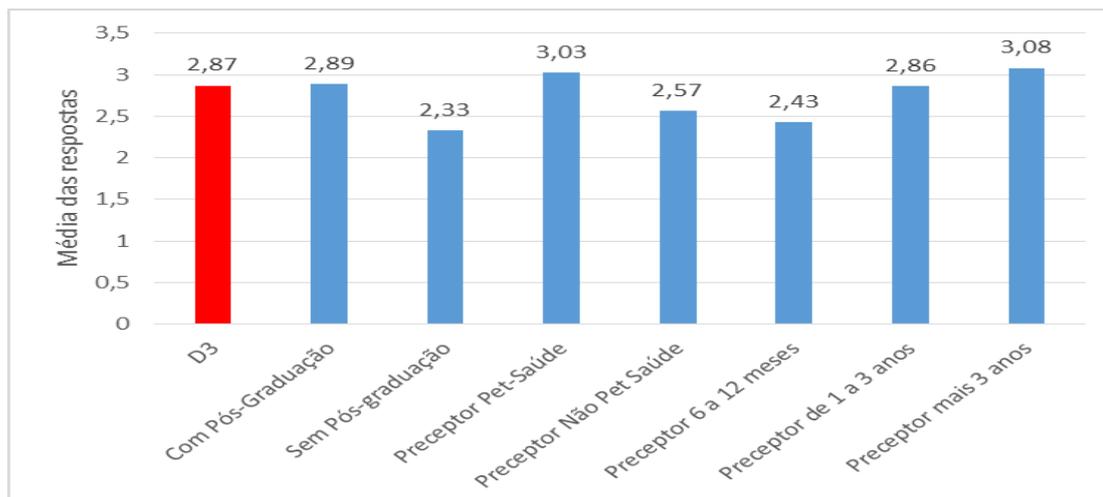


Gráfico 10- Percepção atitudinal geral dimensão 3- profissionais e gestores sobre o processo de trabalho desenvolvido no âmbito do Pró-Saúde e Pet-Saúde e a parceria ensino-serviço na ESF pelos eixos de análise: pós-graduação, atuação e tempo de preceptororia na ESF. Goiânia, 2015.

O Quadro 5 mostra as asserções que compõem a terceira dimensão e suas respectivas médias.

Quadro 5- Asserções que compõem a terceira dimensão pesquisada referente à percepção dos trabalhadores e gestores da ESF sobre o processo de trabalho desenvolvido no âmbito do Pró-Saúde e Pet-Saúde e a parceria ensino-serviço na ESF e suas respectivas médias. Goiânia, 2015.

<p>Dimensão-3 (D-3) O processo de trabalho desenvolvido no âmbito do Pro-Saúde e Pet-Saúde e a parceria ensino-serviço na ESF</p> <p>D3 = 2,87</p>	A3- O certificado de preceptororia no Pet-Saúde /Propet-Saúde é valorizado no processo seletivo para vagas em cursos de pós-graduação.	2,94
	A15- As atividades de pesquisa, ensino e extensão realizadas no âmbito do Pet-Saúde/Propet-Saúde favoreceram a aproximação da universidade com o serviço.	3,31
	A19- Após a implantação do Pet-Saúde/Propet-Saúde, houve um aumento da participação de profissionais da ESF em programas de pós-graduação.	2,61
	A23- Os alunos bolsistas do Pet-Saúde/Propet-Saúde eram mais envolvidos com as atividades desenvolvidas na unidade de saúde que os acadêmicos dos estágios regulares.	2,64
	A27- A presença do Pet-Saúde/Propet-Saúde contribuiu para o aprimoramento de fluxos e cronogramas de estágios e práticas na ESF.	2,83
	A31- O Pet-Saúde/Propet-Saúde contribuiu para uma reflexão mais crítica do profissional da ESF sobre suas práticas no serviço.	2,88

Entre as asserções que compõem a terceira dimensão observa-se que a única asserção com percepção na zona de conforto foi **A15 “As**

atividades de pesquisa, ensino e extensão realizadas no âmbito do Pet-Saúde/Propet-Saúde favoreceram a aproximação da universidade com o serviço”, sendo positiva a análise dos respondentes quanto à aproximação da Universidade e o serviço. Para as demais asserções a percepção manteve-se na zona intermediária, sugerindo intervenções à médio prazo, como foi o caso da **A3 “O certificado de preceptoria no Pet-Saúde /Propet-Saúde é valorizado no processo seletivo para vagas em cursos de pós-graduação”** e da **A19 “Após a implantação do Pet-Saúde/Propet-Saúde, houve um aumento da participação de profissionais da ESF em programas de pós-graduação”**. Nessas asserções os respondentes se postaram criticamente sobre a pós-graduação no que diz respeito à valorização da preceptoria e o aumento da participação de profissionais do serviço nos programas oferecidos pela universidade. Para a **A23 “Os alunos bolsistas do Pet-Saúde/Propet-Saúde eram mais envolvidos com as atividades desenvolvidas na unidade de saúde que os acadêmicos dos estágios regulares”** e a **A27 “A presença do Pet-Saúde/Propet-Saúde contribuiu para o aprimoramento de fluxos e cronogramas de estágios e práticas na ESF”**, a percepção dos respondentes foi crítica quanto ao maior envolvimento dos estudantes bolsistas do Pet-Saúde com o serviço, e em relação à contribuição do Programa para organização das atividades de ensino na unidade de saúde. Da mesma forma, os respondentes perceberam criticamente a **A31 “O Pet-Saúde/Propet-Saúde contribuiu para uma reflexão mais crítica do profissional da ESF sobre suas práticas no serviço”**, considerando a asserção na zona intermediária de intervenção a médio prazo.

O Gráfico 11 mostra a percepção dos respondentes, para a terceira dimensão da pesquisa, por asserções.

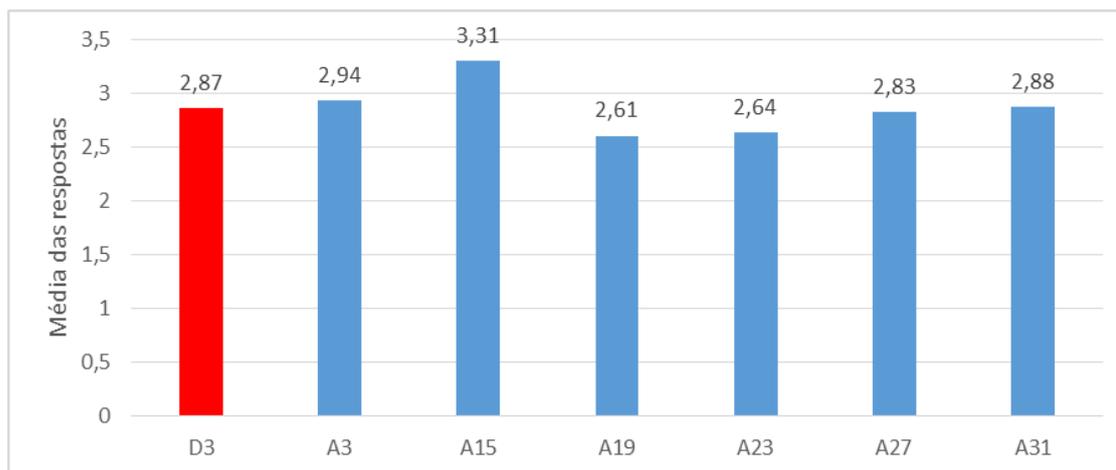


Gráfico 11 - Percepção atitudinal geral das asserções que compõem a terceira dimensão pesquisada, junto aos trabalhadores e gestores sobre o processo de trabalho desenvolvido no âmbito do Pró-Saúde e Pet-Saúde e a parceria ensino-serviço na ESF. Goiânia, 2015.

O Gráfico 12 mostra que na dimensão 4, as médias mantiveram-se em valores críticos, apesar da percepção mais positiva entre as participantes do sexo feminino. Os respondentes com faixa etária entre 40 e 49 anos se postaram na zona de conforto. Para as categorias profissionais, os auxiliares de saúde bucal e gestores tiveram percepção positiva, em detrimento das demais categorias da ESF que avaliaram a dimensão na zona intermediária de intervenção. Os gestores apresentaram a percepção mais positiva dentre todos os eixos avaliados nessa dimensão (3,16).

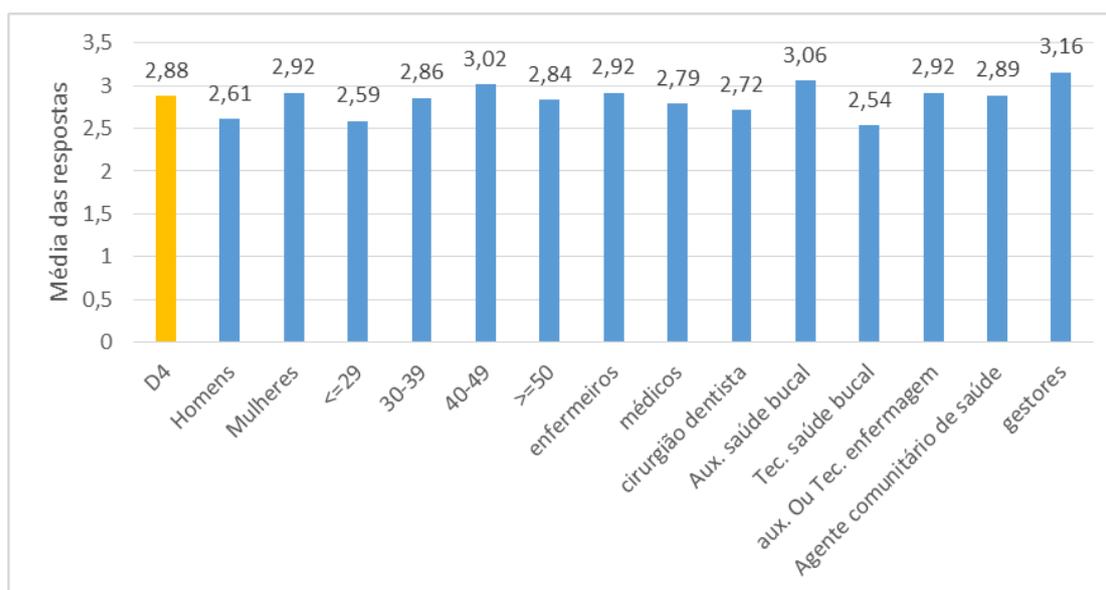


Gráfico 12- Percepção geral dimensão 4- dos profissionais e gestores da ESF sobre as ações desenvolvidas relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde pelos eixos de análise: gênero, faixa etária e categoria profissional. Goiânia, 2015.

Os respondentes preceptores do Pet-saúde, assim como aqueles com mais de três anos de preceptoría avaliaram a dimensão 4 na zona de conforto (Gráfico 13). Ainda, o tempo de atuação na preceptoría interfere positivamente na percepção dos respondentes. Os profissionais pós-graduados com uma média de (2,9) pontos, apesar da percepção mais positiva que a média geral dos respondentes (2,88), se postaram criticamente para essa dimensão, sendo ainda mais crítica a percepção dos profissionais não pós-graduados com a média de (2,25).

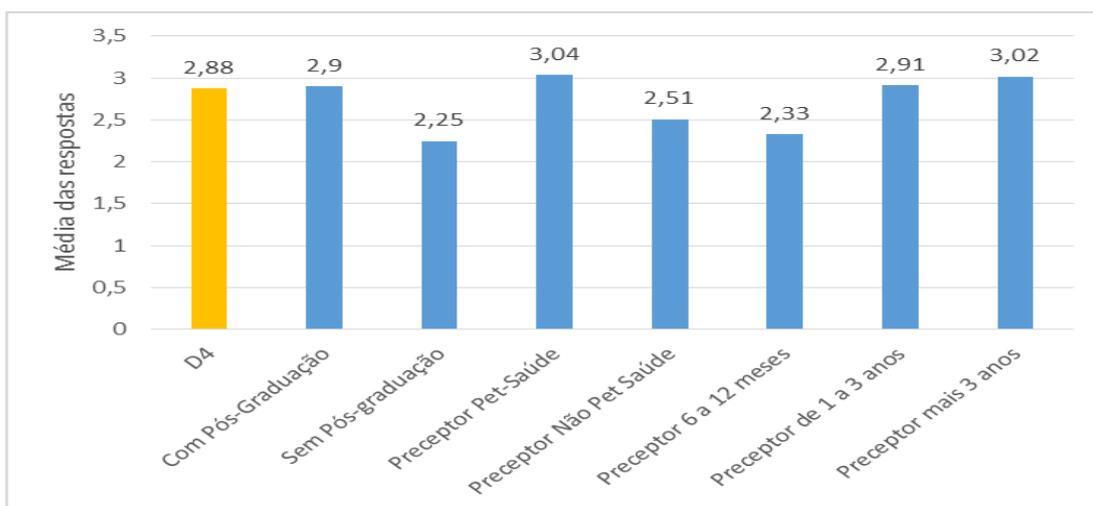


Gráfico 13- Percepção atitudinal geral dimensão 4- profissionais e gestores ESF sobre as ações desenvolvidas relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde pelos eixos de análise: pós-graduação, atuação e tempo de preceptoría na ESF.

O Quadro 6 apresenta a quarta dimensão da pesquisa com suas asserções e respectivas médias.

Quadro 6- Asserções que compõem a quarta dimensão pesquisada referente à percepção dos trabalhadores e gestores da ESF sobre as atividades relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde do CSF que sofreram influência do Pró-Saúde e Pet-Saúde e suas respectivas médias. Goiânia, 2015.

Dimensão-4 (D-4) As atividades relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde no CSF que sofreram influência do Pro-Saúde e Pet-Saúde. D4 = 2,88	A4- A presença do Pet-Saúde/Propet-Saúde propiciou parceria entre os profissionais de saúde, professores e estudantes na realização de atividades de educação permanente.	3,3
	A8- A presença do Pet-Saúde/Propet-Saúde propiciou parceria entre os profissionais de saúde, professores e estudantes na realização de atividades de educação em saúde.	3,4
	A12- O Pet-Saúde/Propet-Saúde estimulou ações administrativas e de gestão na ESF.	2,57
	A16- A presença do Pet-Saúde/Propet-Saúde fortaleceu momentos de discussão entre universidade, serviço e comunidade.	3,01
	A20- Na implantação do Pet-Saúde/Propet-Saúde foram disponibilizados instrumentos de trabalho suficientes para a prestação adequada da assistência ao usuário na ESF.	2,18
	A24- A participação do Pet-Saúde/Propet-Saúde nas atividades da ESF proporcionou um melhor atendimento às necessidades de saúde da população.	2,89
	A28-As atividades desenvolvidas pelo Pet-Saúde/Propet-Saúde estimularam a participação do usuário/família enquanto sujeito ativo no processo saúde-doença.	2,83
	A32- A característica interdisciplinar do Pet-Saúde/Propet-Saúde ampliou a percepção dos profissionais sobre as necessidades de intervenções de saúde na área de abrangência das equipes.	2,87

Observa-se que, para a quarta dimensão, três asserções foram percebidas na zona de conforto (acima dos três pontos) pelos respondentes. As A4 e A8 estão relacionadas à potencialização das ações na parceria ensino e serviço proporcionada pela presença do Pró e Pet-Saúde para a educação permanente e educação em saúde **A4 “A presença do Pet-Saúde/Propet-Saúde propiciou parceria entre os profissionais de saúde, professores e estudantes na realização de atividades de educação permanente”** e **A8 “A presença do Pet-Saúde/Propet-Saúde propiciou parceria entre os profissionais de saúde, professores e estudantes na realização de atividades de educação em saúde”**. Na A16 **“A presença do Pet-Saúde/Propet-Saúde fortaleceu momentos de discussão entre universidade, serviço e comunidade”**, mostra a percepção positiva dos respondentes à disposição de diálogo entre os atores do ensino-serviço com envolvimento da comunidade. Os respondentes tiveram uma percepção dentro da zona intermediária de intervenção, para a contribuição do Pró e Pet-Saúde de acordo com A12, A24, A28 e A32, relacionadas às ações administrativas e de gestão, assistência à população, empoderamento do usuário/família, ampliação da percepção dos profissionais para intervenção na saúde da população atendida. A asserção

20 “Na implantação do Pet-Saúde/Propet-Saúde foram disponibilizados instrumentos de trabalho suficientes para a prestação adequada da assistência ao usuário na ESF”, obteve a percepção mais crítica (menor média) dos respondentes, dentre todas as demais pesquisadas na dimensão.

O Gráfico 14 mostra a percepção dos respondentes para as asserções da quarta dimensão pesquisada.

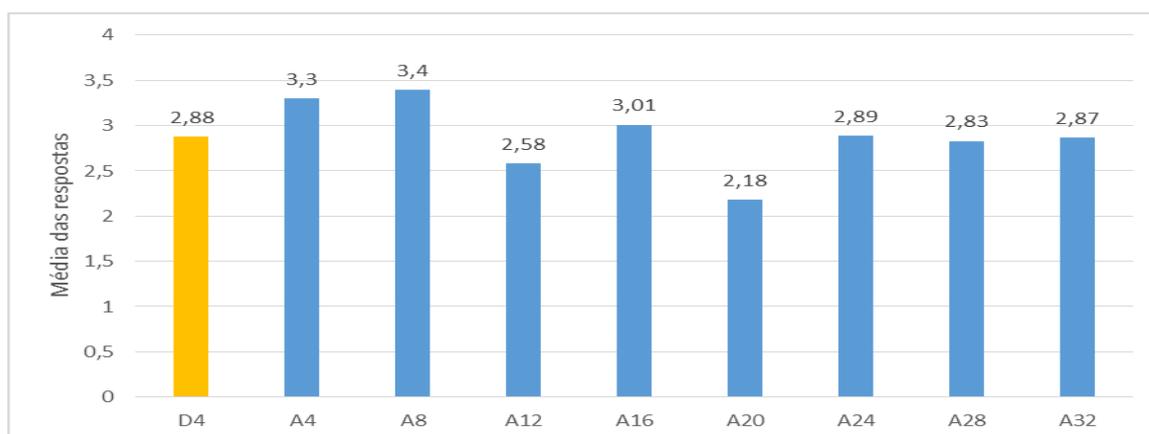


Gráfico 14 – Percepção atitudinal geral das asserções que compõem a quarta dimensão pesquisada, junto aos trabalhadores e gestores da ESF sobre as atividades relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde do CSF que sofreram influência do Pró-Saúde e Pet-Saúde e suas respectivas médias. Goiânia, 2015.

6 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que nos locais onde foram desenvolvidos o Pró-Saúde e Pet-Saúde os atores têm uma percepção muito boa do conceito do processo de trabalho e das atividades realizadas na atenção básica (zona de conforto), e uma boa percepção, porém, na zona intermediária de intervenção, da parceria ensino-serviço e da influência dos programas de reorientação da formação do profissional da saúde sobre o processo de trabalho desenvolvido na ESF.

A identificação do perfil dos profissionais evidenciou a presença marcante do gênero feminino nos serviços de saúde, e de profissionais com idade superior a 30 anos, dados semelhantes a estudos realizados na ESF em Goiânia (PEREIRA, 2014), no Rio grande do Sul (ZANETTI et al., 2010; MARQUI et al., 2010).

A feminização predominante na área da saúde é uma questão confirmada na maioria dos estudos, em especial, entre os enfermeiros. Podendo ser observada, inclusive, nas profissões historicamente ocupadas pelos homens, como é o caso da medicina que vem aumentando a participação de mulheres na faixa etária mais jovem (MACHADO et al., 2011).

O aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho se deve, principalmente, à diminuição da fecundidade e ao maior nível de instrução (PROBST, 2013). Também, segundo esse autor, o mundo vem apostando nos valores femininos como a capacidade do trabalho em equipe, a persuasão e a cooperação. Porém, ainda perpetua a desigualdade salarial, principalmente nas funções menos qualificadas e à medida que aumenta a remuneração, diminui a participação feminina na ocupação dos cargos.

Nessa perspectiva, a feminização do mercado de trabalho apresenta um sentido contraditório: ao mesmo tempo em que promove, ainda que parcialmente a emancipação feminina, acentua a precarização e exploração do trabalho (NOGUEIRA, 2008). O desafio, é a busca de superação das desigualdades entre homens e mulheres.

A maioria dos profissionais de nível superior da ESF que participaram deste estudo, refere ter realizado pós-graduação. Esse perfil é semelhante com estudo realizado por Costa et al. (2013) na ESF de uma cidade do interior de Minas Gerais (79,5%), e em Goiânia onde Pereira (2014) refere uma taxa de 87,8%. Entretanto, divergem do estudo realizado por Santini et al. (2010) onde a pós-graduação na ESF se limitava à poucos profissionais (14,76%). Este último estudo foi realizado em municípios de pequeno porte e a baixa porcentagem de pós-graduados encontrada pode ser explicada, pelo menos em parte, pela dificuldade de acesso aos centros formadores.

A alta porcentagem de participantes com pós-graduação reflete a disposição dos profissionais de buscarem atualização e adquirir novos conhecimentos, adequando sua formação às exigências da nova política de saúde para realização do trabalho de acordo com os princípios do SUS no cotidiano dos serviços. Essa busca é estimulada e preconizada tanto pela PNEPS quanto pela política de reorientação da formação em saúde (BRASIL, 2005d; 2007b; 2009a). A pós-graduação identificada no estudo entre os profissionais que atuam no nível fundamental e médio também foi referida por Santini et al. (2010).

A grande maioria das categorias dos profissionais de nível superior referiu ser preceptor, recebedor da bolsa Pet-Saúde e com um tempo de atuação maior que um ano, sendo que os enfermeiros, representam a categoria com maior participação na preceptoria 58,14%, seguidos pelos cirurgiões dentistas 30,23% e os médicos 11,63% (dados não demonstrados). Esses dados são corroborados com estudo realizado por Trajman et al. (2009), que consideram que a preceptoria deve contribuir para a qualificação profissional e do atendimento, independentemente do tempo de atuação no serviço.

A preceptoria é fundamental para o acompanhamento do estudante nos diferentes cenários de prática, entre eles a atenção básica, conforme recomendado pelas DCN (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002) o que favorece uma formação mais próxima às necessidades de saúde da população, bem como uma aproximação do ensino-serviço (GONÇALVES et al., 2014).

A discussão dos resultados da escala Likert será realizada de acordo com as quatro dimensões pesquisadas.

D-1 A compreensão dos trabalhadores de saúde e gestores da atenção básica sobre o conceito de processo de trabalho em saúde.

A elaboração das asserções para primeira dimensão, buscou extrair a percepção dos respondentes acerca do conceito do processo de trabalho em saúde de acordo com os autores Mendes-Gonçalves (1992); Merhy (1998); Peduzzi e Schraiber (2008); Peduzzi (2007); Faria et al. (2009). E obteve avaliação positiva, dentro da zona de conforto, para todos os eixos pesquisados o que mostra uma aproximação conceitual dos respondentes com os referidos autores.

Segundo Mendes-Gonçalves (1992), o processo de trabalho em saúde se configura na relação entre pessoas que não materializa em um produto acabado, estabelecendo um duplo papel do objeto que é ao mesmo tempo agente e sujeito do processo.

A percepção positiva dos participantes do estudo sobre o conceito do processo de trabalho em saúde na atenção básica sugere uma compreensão de um modelo assistencial de saúde mais próximo do atendimento das necessidades de saúde da população e uma nova forma de organização do trabalho em saúde. O equilíbrio entre esses aspectos contribui para o alcance da melhor qualidade do serviço (NUNES et al., 2006).

A permanência e o envolvimento do preceptor do serviço com a formação do estudante necessita ser estimulada, pois o conhecimento se constrói com a articulação entre a teoria e a prática, sendo nos serviços de saúde e com seus profissionais o cenário onde elas se encontram, configurando dessa forma um campo de excelência para construção do perfil do novo profissional de saúde (SUCUPIRA, 2004).

Apesar da existência de dificuldades para o exercício da preceptoria, muitos profissionais reconhecem pontos positivos como o favorecimento do desenvolvimento profissional e a qualificação do atendimento ao usuário (TRAJMAN et al., 2009).

A visão positiva da realização do trabalho em equipe com objetivos comuns e cooperação entre os profissionais (A29 – asserção não validada) percebida pelos respondentes é sugerida por Peduzzi (1998) como diretriz operacional para reorganização do processo de trabalho em saúde na ESF. A autora ainda afirma que o trabalho em equipe é uma construção coletiva que acontece por meio de uma relação recíproca entre intervenções técnicas, diferentes saberes e o estabelecimento de comunicação que possibilita a integração das ações.

No entanto, a concordância plena para a necessidade de utilização de exames de alta complexidade no atendimento na atenção básica se contrapõe a orientação da PNAB que estabelece as ações básicas para o primeiro atendimento na ESF e, posteriormente, referência aos serviços de média e alta complexidade de acordo com as necessidades de cada usuário. A PNAB considera que os profissionais de saúde, ainda que desprovidos de recursos, possam resolver até 85% dos problemas de saúde demandados na ESF (BRASIL, 2007b). Não preconizando esses recursos para a atenção básica, ainda que não desmerecendo a importância deles para os demais níveis de assistência.

A concordância dos profissionais para essa asserção demonstra que, apesar dos esforços para superação do modelo hospitalocêntrico, a concepção de assistência à saúde dependente de alta tecnologia e de alto custo, ainda está presente na percepção dos trabalhadores da saúde.

Essa percepção, ainda hospitalocêntrica nos serviços de saúde, foi observada por Cardoso et al. (2012) em estudo qualitativo sobre o processo de trabalho em saúde, baseados nos conceitos de Mendes-Gonçalves (1992), com auxiliares e técnicos de enfermagem da atenção básica de Ribeirão Preto, onde constataram que o processo de trabalho em saúde para esses profissionais é realizado, predominantemente, com o objetivo de atender às pessoas doentes/problemas de saúde.

Os autores concluem que, apesar de algumas sinalizações positivas, o processo de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem encontra-se distante do projeto de saúde idealizado pelo SUS. Demonstrando a real necessidade de se investir na reorientação da formação para todas as categorias profissionais que realizam o trabalho em saúde.

D-2 As ações relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde, desenvolvidas pelos profissionais de saúde, que atuam no CSF.

A análise da segunda dimensão acerca da percepção dos participantes sobre as atividades realizadas no processo de trabalho em saúde na atenção básica mostrou que a mesma se manteve na zona de conforto para todos os eixos pesquisados. O reconhecimento acerca do processo de trabalho na ESF favorece o (re) pensar e a reflexão sobre a forma de organizar e produzir o cuidado em saúde (MARQUI et al., 2010).

A PNAB é a diretriz para o desenvolvimento e consolidação do SUS, fruto de discussão ampliada que envolveu diversos atores, entre eles, os movimentos sociais, trabalhadores e gestores. Orienta que a atenção básica seja realizada de forma descentralizada, próxima da vida das pessoas e que tenha como princípios a universalidade, integralidade, equidade e participação social (BRASIL, 2012a).

A atenção básica em saúde é considerada pela PNAB como reorientadora do modelo de atenção que requer um saber e um fazer sob uma nova perspectiva do cuidado em saúde. Para tanto preconiza que o processo de trabalho em saúde seja realizado por um conjunto de ações que aproxima trabalhador e usuário, propicia planejamento de atividades de acordo com as necessidades de saúde da população, favorece a escuta qualificada, estimula a intersetorialidade, a autonomia e o empoderamento do usuário (ALBUQUERQUE, 2011).

A percepção positiva da D2 acerca do processo de trabalho na ABS sugere que os trabalhadores da ESF reconhecem as ações que caracterizam o processo de trabalho em saúde, conforme recomendação da PNAB. Essa boa percepção configura um aspecto importante que pode contribuir para reorientação de um novo modelo de atenção à saúde. Porém, segundo Silva, Casotti e Chaves (2013) em uma revisão sobre a ESF e a mudança do modelo de atenção, em artigos da base de dados Scielo, publicados entre 2002 e 2010, mostram que, apesar de melhorias no processo de trabalho na ESF, existem fatores como a desarticulação da rede de atenção e a ausência da intersetorialidade das políticas públicas que comprometem a sua implementação, além das mudanças ocorrerem de forma

isolada, não sendo capazes de promover o caráter substitutivo do modelo de atenção.

A ESF foi implantada há mais de 20 anos no Brasil como principal estratégia de reorientação da assistência na Atenção Básica pelo SUS e desde então vem sofrendo descontinuidade de suas ações e restringidas as possibilidades de atuação por falta de recursos humanos. No presente estudo, 100% das equipes se encontravam incompletas, realidade semelhante à referida por Cyrino et al. (2012); Leite et al. (2012); Pinto e Cyrino (2015); Lima e Rozendo (2015), que acrescentam as estruturas físicas inadequadas, entre outras dificuldades para realização do trabalho.

A preceptoria favoreceu positivamente a percepção dos respondentes também para essa dimensão, demonstrando a apropriação dos profissionais envolvidos com o ensino tanto no que se refere à teoria, conforme percepção da dimensão-1, quanto das práticas. A preceptoria Pet-Saúde se posta ainda mais positiva na avaliação, refletindo que a parceria dos profissionais do serviço com as políticas de reorientação da formação em saúde potencializa as ações desenvolvidas no processo de trabalho em saúde.

O maior tempo de preceptoria também foi um aspecto favorável às percepções mais positivas. Segundo Mendes-Gonçalves (1992), um aspecto conceitual importante do processo de trabalho consiste que ao final de um ciclo do processo de trabalho, o trabalhador incorpora destrezas resultantes de sua prática, aumentando seus conhecimentos e potencialidades, assim há de se estabelecer políticas que estimulem os profissionais a manterem-se na parceria com o ensino para a formação do estudante.

A exceção de concordância plena dos respondentes para essa dimensão foi em relação à asserção **A18 “A ESF participa da criação e/ou funcionamento dos conselhos locais de saúde”**. Os conselhos locais de saúde são a primeira instância de participação da comunidade para expressão de suas necessidades e aproximação com os Conselhos Municipais, Estaduais e Conferências de Saúde, contribuindo e ou influenciando nas decisões acerca das políticas de saúde (SOUZA; KRÜGER, 2010). Estudo realizado por Oliveira et al. (2013) com conselheiros municipais de saúde de Jequié/BA, evidencia a falta de

conhecimento desses atores acerca do controle, fiscalização e deliberação da saúde, decorrendo à necessidade de educação permanente à fim de instrumentalizá-los ao debate das políticas de saúde, acompanhar os indicadores e avaliar a gestão. Aqui ficam algumas interrogações: será que se as equipes da ESF estabelecessem um envolvimento mais efetivo com os conselhos locais de saúde e contribuíssem para que a comunidade se empoderasse de seu papel decisório no SUS, a assistência na atenção básica poderia ser mais eficiente? Seria a pouca participação da comunidade um dos fatores limitadores para alcançar maior resolutividade nos serviços de saúde?

A participação efetiva da ESF em parceria com a Universidade e os programas de reorientação da formação em saúde, junto aos conselhos de saúde, é fundamental para estimular a participação popular na construção do SUS de acordo com as necessidades de saúde de seus usuários. Para Silva; Casotti e Chaves (2013), se a comunidade não conhece o funcionamento do sistema, não consegue contribuir para sua consolidação.

Para Souza e Krüger (2010), a participação social no SUS por meio dos conselhos locais de saúde ainda é incipiente e necessita ser apoiada pelos Conselhos Municipais, pela gestão das unidades de saúde, pelas entidades representativas dos usuários e pela Universidade visando promover a participação ativa da comunidade no processo de construção do SUS.

D-3 O processo de trabalho desenvolvido no âmbito do Propet-Saúde e a parceria ensino-serviço na ESF.

Os respondentes do estudo avaliaram a dimensão 3, que aborda o processo de trabalho desenvolvido no âmbito do Propet-Saúde e a parceria ensino-serviço-comunidade, na zona intermediária de intervenção a médio prazo, ou seja, uma percepção boa acerca do fenômeno pesquisado.

A proposta de aproximação do ensino-serviço-comunidade é uma construção de longa data. Na década de 1980 o projeto IDA propõe a integração ensino-serviço e no início dos anos 1990 o Projeto UNI acrescenta uma formação na perspectiva da multiprofissionalidade e a

integração com a comunidade (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; FEUERWEKER; SENA, 2002).

Em 2003, a parceria entre o MS e MEC e a criação do SGTES, favoreceu a elaboração de políticas para reorientar a formação profissional para o SUS, por meio da aproximação entre as instituições de ensino e o sistema público de saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

A parceria ensino-serviço-comunidade é um processo de articulação que deve ser potencializado pelos programas de reorientação da formação em saúde de acordo com as propostas dos eixos orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica (BRASIL, 2007a).

Apesar dos esforços para efetivação da parceria ensino-serviço visando a reorientação da formação do profissional da saúde, na literatura os achados não são unânimes. Estudo realizado por Gonçalves et al. (2014) com profissionais de nível superior da ESF de Florianópolis acerca da percepção da integração ensino-serviço, mostra que essa integração representa desafio, crescimento e também sobrecarga de trabalho. Ao acadêmico permite aproximação com a realidade, ampliação da visão de saúde e desenvolver postura crítica e reflexiva, e com relação aos docentes percebem o distanciamento e desconhecimento da academia com o serviço e ao mesmo tempo desperta interesse pela atenção básica.

Outros estudos, nos relatos de estudantes, professores e preceptores apontam a importância do Pró e Pet-Saúde em proporcionar experiências na atuação interprofissional, proximidade com os profissionais do serviço o que permite uma nova visão do mundo do trabalho, o repensar das práticas cotidianas e o desenvolvimento de atividades com os estudantes provocam um novo sentido na percepção dos cenários de prática (CRUZ et al., 2015; SANTOS et al., 2015).

A concordância plena dos preceptores Pet-Saúde para essa dimensão, diferente dos preceptores não bolsistas, reflete a aproximação dos primeiros com os programas. Essa melhor percepção revela a necessidade de uma maior interação entre a SMS e a Universidade no sentido de promover ações que envolvam todos os preceptores do serviço à fim de que possam colaborar para maior integração entre o ensino-serviço-comunidade.

Entre as assertivas da dimensão três os respondentes manifestaram percepção crítica acerca da valorização da atuação enquanto preceptor para concorrência às vagas na pós-graduação. Esse resultado deve ser analisado com cuidado haja vista que na UFG os certificados obtidos por meio da preceptoria com os estudantes, obtêm pontuação na análise de currículo, parte do processo seletivo da pós-graduação.

A reorientação do modelo de assistência à saúde requer um novo perfil dos profissionais (ALBUQUERQUE et al., 2008). Para tanto, o MS com o objetivo de articular o ensino e o serviço, tem estimulado a reformulação dos cursos de graduação e a implantação de programas de pós-graduação (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

A atuação dos estudantes inseridos no Pet-Saúde/Propet-Saúde, na perspectiva dos respondentes da pesquisa, não evidenciou maior envolvimento nas atividades desenvolvidas na ESF quando comparados aos estudantes dos estágios regulares. Apesar das DCNs dos cursos da área da saúde preconizar, para todos os estudantes, uma formação generalista, crítica, humanista e reflexiva, apto a trabalhar em equipe e desenvolver o cuidado na perspectiva da integralidade (ALMEIDA et al., 2007), esperava-se do bolsista Pet-Saúde uma atuação diferenciada em relação aos demais estudantes. A percepção de não haver maior envolvimento do bolsista Pet-Saúde pode estar relacionada à especificidade das atividades desse estudante caracterizada pela assistência usuário-centrada, pelo trabalho em equipe, produção de pesquisas e não, necessariamente, na realização das atividades inerentes às práticas profissionais, característica dos estágios e/ou práticas curriculares que, por muitas vezes, desenvolve ações pontuais de acordo com os objetivos propostos das disciplinas. Dessa forma cabe aos preceptores e tutores dos programas esclarecerem as especificidades dos estudantes bolsistas Pet-Saúde, para que sua presença na ESF possa ser melhor percebida pelos profissionais da ESF e mais potencializada no serviço e na sua formação.

Uma das evidências da integração ensino-serviço é o ajuste do cronograma dos cursos à lógica dos serviços (BRASIL, 2007b). A percepção crítica (zona intermediária de intervenção) sobre a contribuição do Propet-Saúde na implementação de fluxos e cronogramas, sugere um

distanciamento entre o ensino e o serviço. Em estudo realizado por Gonçalves et al. (2014) os profissionais de saúde consideram que os serviços estão distanciados das IES e que os docentes desconhecem a organização do trabalho nas Unidades de saúde, além de que as IES se isolaram da prática assistencial, julgam necessário o acompanhamento sistemático dos estudantes nos campos de estágio pelos docentes e não apenas pontualmente como o observado. Esses autores consideram que para superar o distanciamento deve-se promover o diálogo e encontros propositivos entre as IES e os serviços.

A inserção do estudante nos serviços de saúde para estimular a aproximação da teoria com a prática e o desenvolvimento de suas competências de acordo com as DCN, deve fazer parte da política da Universidade e da Secretaria Municipal de Saúde no sentido de realizarem em conjunto o planejamento das atividades a serem desenvolvidas. Gonçalves et al. (2014) consideram que a integração ensino-serviço tem por objetivo a qualificação da atenção à saúde, a formação profissional e a satisfação dos trabalhadores do serviço.

Estudo realizado por Reibnitz et al. (2012) mostrando os reflexos da implantação dos projetos Pró-Saúde considera que o processo de construção coletiva com vista à solução dos problemas fortaleceu a parceria entre a Universidade e os serviços como: estabelecimento de compromisso intersetorial, desenvolvimento de gestão compartilhada, construção coletiva das propostas, criação de espaços para discussão, contextualização do processo de ensino com a prática e desenvolvimento de pesquisas integradas.

O estímulo à crítica e reflexão das práticas profissionais tem como objetivo promover transformação, porém esse movimento foi pouco percebido pelos participantes do estudo. Um dos papéis da Universidade é a aproximação com serviço na perspectiva de estimular e promover a criação de estratégias que possibilite a reflexão das práticas, que sejam capazes de envolver todos os segmentos: universidade, serviço, comunidade e gestão na busca de soluções articuladas para as dificuldades encontradas no cotidiano dos serviços tanto relacionados à organização quanto ao processo

de trabalho na produção do cuidado aos usuários (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Estudo realizado por Ferreira; Fiorini; Crivelaro (2010), acerca da percepção dos docentes do curso de medicina sobre a influência da ABS na formação dos estudantes, aponta que após muitas críticas realizadas ao longo das últimas décadas à formação do profissional médico, percebe-se, atualmente, a notável contribuição da ABS na formação crítico e reflexiva dos estudantes da área da saúde.

Somente uma assertiva da dimensão três ficou na zona de conforto com concordância plena dos respondentes para **A15 “As atividades de pesquisa, ensino e extensão realizadas no âmbito do Pet-Saúde/Propet-Saúde favoreceram a aproximação da universidade com o serviço”**, demonstra que, apesar da análise de que os estudantes do Pró e Pet-Saúde não terem maior envolvimento que os estudantes dos estágios nas atividades da ESF, houve percepção positiva de uma das principais atribuições do estudante bolsista que consiste em participar durante a sua permanência no Pet-Saúde em atividades de ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 2007a).

Em estudo realizado por Leite et al. (2012) na Unimontes-MG com participantes do Pet-saúde ESF, mostra que as pesquisas de iniciação científica foram realizadas de acordo com as necessidades locais. Os autores consideram o Pet-Saúde como uma oportunidade singular para aproximação do estudante na produção científica a partir da vivência da realidade prática de sua futura profissão.

D-4 As atividades relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde no CSF que sofreram influência do Propet-Saúde.

Na quarta e última dimensão, a proposta do estudo foi identificar a percepção dos gestores e profissionais da ESF relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde influenciadas pelo Pró e Pet-Saúde e foi avaliada, na maioria dos eixos, dentro da zona intermediária de intervenção.

Destaca-se a percepção mais positiva dos preceptores, bem como daqueles com maior tempo de envolvimento com a preceptoria, o que

sugere que a aproximação com a Universidade propicia uma visão mais ampla dos programas de reorientação da formação em saúde.

Lima e Rozendo (2015) apontam que algumas das possibilidades da preceptorial Pró e Pet-Saúde consistem na contribuição para a integração ensino-serviço e na interprofissionalidade, além de favorecer aos preceptores o conhecimento de suas limitações e importância para o processo de formação dos futuros profissionais de saúde. Nesse mesmo estudo, os preceptores referem o desejo de buscarem aprimoramento acadêmico na realização de mestrados. Assim, a Universidade pode contribuir com esses profissionais oferecendo e estimulando vagas na pós-graduação fortalecendo seus vínculos e potencializando sua atuação na implementação dos programas de reorientação da formação.

Algumas importantes atividades estimuladas pelo Pró e Pet-Saúde, foram avaliadas positivamente (zona de conforto) como a educação permanente e a educação em saúde, além da aproximação da Universidade com o serviço e a comunidade.

A educação permanente dos profissionais do serviço é um dos objetivos específicos do Pró-Saúde (BRASIL, 2007a), assim a concordância plena dos respondentes para essa asserção é de grande relevância para avaliação da contribuição do programa para o processo de trabalho na ESF.

Ceccim (2005), considera que para se pensar/providenciar a educação permanente em saúde, deve-se ter em mente o quadrilátero da formação, ou seja, análise crítica da formação dos profissionais de saúde; das práticas da atenção; da gestão setorial e da organização social.

A percepção positiva para as atividades de educação em saúde demonstra o envolvimento dos estudantes com a comunidade. Sobre esse aspecto, estudo de Cyrino et al. (2012), realizado em Botucatu/SP com o objetivo de analisar o primeiro ano de implantação do Pet-Saúde na Faculdade de Medicina desse município, mostra que a aproximação da Universidade com a população na promoção da saúde, por meio da participação dos estudantes, foi considerada como apoio para ampliação do conhecimento e possibilidade de trazer novas ideias para o trabalho com a população.

Muitos estudos têm evidenciado a contribuição do Pet-Saúde em atividades desenvolvidas junto à comunidade em seus diferentes ciclos de vida (CYRINO et al., 2012).

O Pró e o Pet-Saúde, de acordo com os respondentes, contribuíram para o fortalecimento de momentos de discussão entre a Universidade, o serviço e a comunidade. Aspecto evidenciado no eixo orientação pedagógica que considera ser por meio desse movimento que se alcança a transformação da prática e gestão de todos os envolvidos no processo (BRASIL, 2007b).

Lima e Rozendo (2015), consideram a preceptoria como um espaço de discussão, construção de conhecimento, reflexão e do fazer. Para essas autoras, os preceptores ao se colocarem em contato com as diferentes dimensões de suas práticas, mediados pelos estudantes e professores, as questiona, revisa e refazem. O exercício da preceptoria com o trabalho interprofissional geram tensões que podem propulsionar reflexão e reorientar as práticas.

Apesar da percepção dos respondentes, na zona intermediária de intervenção, sobre a contribuição do Pró e Pet-Saúde ao estímulo de ações administrativas e de gestão, na perspectiva dos gestores essa asserção obteve concordância positiva.

Estudo realizado na ESF em Sobral no Ceará com o objetivo de analisar o processo de trabalho do gerente no território da ESF relata que os gestores atuam na resolução das demandas e problemas pontuais surgidos no dia-a-dia (XIMENES NETO; SAMPAIO, 2009). A administração e a gestão são competências gerais preconizadas pelas DCNs na formação do profissional da saúde, porém nem sempre o desenvolvimento dessas competências na academia alcança a aproximação da formação com a realidade do mundo do trabalho (MONTEZELI; PERES, 2012). O resultado encontrado na presente pesquisa sugere que, mesmo que haja limitação no desenvolvimento de tais competências, para os gestores da ESF, o Pró e Pet-Saúde contribuíram para estimular essas atividades no serviço.

A escassez de recursos materiais e inadequação da estrutura física das unidades de saúde é um problema crônico, relatado por outros autores como Pinto e Cyrino (2015). No presente estudo os respondentes se

postaram criticamente (zona intermediária de intervenção) quando investigada a contribuição do Pró e Pet-Saúde para instrumentalização das unidades que participam dos programas. Apesar de preconizado destinação de recursos adicionais aos municípios para estruturação dos serviços que desenvolvem atividades curriculares envolvendo os cursos de enfermagem, medicina e odontologia (BRASIL, 2007a), a realidade de precariedade dessas unidades se perpetua, limitando e às vezes até impossibilitando a realização de atividades de ensino-serviço.

A percepção crítica dos respondentes quanto a participação do Pró e Pet-Saúde em proporcionar melhor atendimento às necessidades de saúde da população, bem como para o estímulo ao empoderamento do usuário/família em seu processo de saúde e doença, possa ser devido às atividades desses programas estarem mais voltadas para o ensino e pesquisa, com repercussão na qualidade da assistência mais a médio e longo prazo, dificultando a percepção imediata de suas contribuições para a população.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004b), a formação não pode se limitar somente a busca do diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico entre outros. Deve buscar ir além das condições do atendimento às necessidades de saúde, e também acontecer na perspectiva da gestão setorial e do controle social em saúde.

O significado do termo 'empoderamento', no Brasil, tanto pode se referir ao processo de mobilização e práticas que promovem e impulsionam a comunidade, quanto a ações que simplesmente buscam integrar os excluídos em sistemas que não contribuem para sua organização (GOHN, 2004). Estudo realizado por Patrício et al. (2011) com profissionais e usuários da ESF de Botucatu/SP acerca de suas percepções sobre a degradação ambiental, aponta que, apesar da população ter consciência dos problemas, poucas ações são realizadas. Suscitando a necessidade de se capacitar equipes transdisciplinares que promovam o empoderamento da população para lutar e se responsabilizar pela melhoria de sua qualidade de vida.

Também a interdisciplinaridade foi percebida timidamente pelos respondentes. A PNAB estabelece a realização do trabalho interdisciplinar e

em equipe, como uma das atribuições comum de todos os profissionais das equipes da atenção básica (BRASIL, 2012a). A interdisciplinaridade consiste em uma proposta permanente para o trabalho na saúde contemplada nos projetos UNI, nas DCNs e nos programas de reorientação da formação em saúde

Para Japiassu (1976), a principal característica da interdisciplinaridade é que esta incorpora os resultados de várias outras disciplinas integrando seus conceitos, após compará-los e julgá-los. O autor aponta razões para promover a interdisciplinaridade: proporcionar trocas de informações e críticas; ampliar a formação geral de todos os envolvidos no processo; questionar a acomodação e pressupostos pré-definidos; preparar melhor para formação profissional; preparar e engajar os especialistas na pesquisa em equipe, bem como, assegurar e desenvolver a educação permanente.

A percepção na zona intermediária de intervenção dos respondentes, para essa assertiva, sugere que os profissionais de saúde da ESF, ainda desenvolvem suas atividades de maneira compartimentada. Como referido por Pires (2000) o trabalho em saúde, é realizado em cooperação, porém, com autonomia dos saberes entre os diversos profissionais do serviço. A superação desse desafio perpassa pela maior aproximação de todos os atores envolvidos com o processo de trabalho na saúde, na busca da construção de um novo perfil profissional que seja capaz de incorporar diferentes saberes, somando suas competências e habilidades com o objetivo de proporcionar atendimento às necessidades dos usuários da maneira responsável e digna que merece.

7 CONCLUSÃO

Nesse estudo, pode-se observar que a percepção dos participantes em relação a influência do Propet-Saúde sobre o processo de trabalho em saúde na ESF identificou aspectos positivos que devem ser potencializados e outros que merecem ser revistos a médio prazo.

A implementação dos programas de reorientação da formação dos profissionais da área da saúde tem provocado mudanças nos processos de trabalho dos cenários de prática. A boa percepção dos trabalhadores e gestores da ESF acerca do conceito do processo de trabalho e trabalho na saúde e também, do reconhecimento das atividades à serem desenvolvidas na atenção básica de acordo com a recomendação da PNAB, podem favorecer a efetivação desses programas, principalmente, por meio da aproximação da universidade com os profissionais do serviço.

Verificou-se que os profissionais da ESF, enquanto preceptores dos estudantes, têm uma percepção mais positiva dos programas de reorientação da formação, quando comparada com a percepção dos demais profissionais. Portanto, os preceptores, constituem atores importantes para consolidação das propostas do MS e MEC que visam a mudança do perfil de formação dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, a melhoria do atendimento às necessidades de saúde dos usuários do SUS.

Vale ressaltar que alguns desafios percebidos pelos respondentes, e também já retratados em outros estudos, precisam ser superados como a precariedade da infraestrutura; o frágil envolvimento dos profissionais da ESF com a formação e participação nos conselhos locais de saúde; a ampliação da percepção dos profissionais, ainda muito dependente de tecnologias duras, para a utilização das práticas relacionais das tecnologias leves; o fortalecimento da parceria ensino-serviço; a disponibilização de incentivo financeiro apenas aos preceptores.

Os cenários de prática da ESF constituem um terreno fértil para a reorientação da formação dos profissionais da área da saúde. Cabe às políticas de governo, com a contribuição de todos os atores envolvidos no processo, considerarem os aspectos limitadores para sua implementação e

buscar alternativas para seu enfrentamento com vistas a realização do ideal SUS: oferecer ao usuário um atendimento integral, universal e equânime.

REFERÊNCIAS

ABREU NETO, I. P.; LIMA FILHO, O. S.; SILVA, L. E. C.; COSTA, N. M. S. C. Percepção dos professores sobre o Novo Currículo de Graduação da Faculdade de Medicina da UFG implantado em 2003. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 154-160, 2006.

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**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

ALBUQUERQUE, M. I. N. **Estratégia de saúde da família**: um estudo sobre o processo e as condições de trabalho dos trabalhadores de saúde. 2011. 244 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

ALEIXO, J. L. M. A atenção primária à saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde**, Belo Horizonte, n.1, p.19-25, 2000.

ALMEIDA, M. J.; CAMPOS, J. J. B.; TURINI, B.; NICOLETTO, S. C. S.; PEREIRA, L. A.; REZENDE, L. R.; MELLO, P. L. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em medicina no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Paraná, v. 31, n. 2, p. 156-165, 2007.

ALMEIDA, M. J.; PEREIRA, L. A.; TURINI, B.; NICOLETTO, S. C. S.; CAMPOS, J. J. B.; REZENDE, L. R.; MELLO, P. L. **Formação dos profissionais de saúde do Paraná e a implantação das diretrizes curriculares nacionais**. 2005. Disponível em: <www.observatoriopr.com/biblioteca>. Acesso em: 09 Set. 2014.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. 192 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei Federal 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe Sobre as Condições para promoção, proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços correspondentes e dá outras providências. Diário oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **ABS do SUS**. Diretrizes e Princípios.

Organização do Processo de Trabalho nos Centros de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

____ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. **Relaciona as profissões categorias profissionais de saúde de nível superior**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

____ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Parecer CNE/CES n. 1133 de 07 de agosto de 2001. **Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição**. Brasília: Ministério da Educação, 2001.

____ MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS. COORDENAÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Institui o Programa Nacional de incentivo às mudanças curriculares para as Escolas Médicas**. Portaria Interministerial nº 610 de 26 de março de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

____ Decreto nº 4726, 9 de junho de 2003. **Institui a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES**. Brasília: Presidência da República, 2003.

____ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Aprender-SUS. **O SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

____ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de reorientação da formação profissional em saúde**. Pró-Saúde. 1. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

____ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Osvaldo Cruz. **Saúde da Família. Avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos de Brasília**. Síntese dos principais resultados. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

____ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB) RH/SUS**. 3. ed. rev. atual. Série Cadernos Técnicos CNS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

____ MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Portaria Interministerial nº. 2.101 de 3 de novembro de 2005. **Institui o programa nacional de reorientação na formação para profissional em saúde Pró-Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

____ MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Cadernos RH saúde**. v. 3, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

____ MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde – Pró-**

Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial – Pró-Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 86 p. il. – Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Portaria interministerial nº. 3.019 de 26 de novembro de 2007.** Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde para os cursos de graduação em saúde. Brasília: Ministério da Educação, 2007b.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial Nº. 1802, 26 de agosto de 2008.** Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – Pet-Saúde. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Educação, 2008a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. **Mais saúde, direito para todos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

Edital nº. 12 de 3 de setembro de 2008. Seleção para o Programa de educação pelo trabalho para a saúde Pet-Saúde. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Educação, Seção 3, n. 171, 2008c, p. 81-82.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Série pactos pela saúde 2006. v. 9, Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Edital nº. 18 de 16 de setembro de 2009.** Seleção para o Programa de educação pelo trabalho para a saúde Pet-Saúde. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Educação, Seção 3, n. 178, 2009b. p. 90.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **A educação e o trabalho na saúde: a política e suas ações.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Memórias da saúde da família no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

[Lei Darcy Ribeiro (1996)]. **LDB. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.** Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. 5. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação Edições Câmara, 2010b.

Portaria nº. 3 de Março de 2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), o Pet-

Saúde/Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde – SGTES, 2010c.

_____. Portaria nº. 6 de 17 de Setembro de 2010. **Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), o Pet-Saúde/Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde- SGTES, 2010d.

_____. Portaria nº. 4279 de 30 de Dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010e.

_____. **Edital nº. 24 de 15 de dezembro de 2011.** Seleção de projetos de Instituições de Ensino Superior. Diário Oficial da União. Seção 3, n. 241. Brasília: DOU, 2011a, p. 268-269.

_____. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **A organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. RESOLUÇÃO 466 de 12 de dezembro de 2012. **Trata dos projetos de pesquisa com seres humanos.** Publicada no DOU em 13 junho 2013. Brasília: CNS, 2012b.

CARCERERI, D. L.; PADILHA, A. C. L.; BASTOS, R. C. Fatores relevantes para a mudança na formação em Odontologia motivados pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). **Revista da ABENO**, Londrina, v. 14, n. 1, p. 94-106, 2014.

CARDOSO, T. Z.; PEREIRA, M. J. B.; CAMPOS, L. V. O.; MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; FORTUNA, C. M.; CARDOSO, O. O. Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na Atenção Básica à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, nov-dez, p. 1087-93, 2012.

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

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

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004b.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M. Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde, Atenção primária à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. cap. 3, p. 69-106.

COSTA, S. M.; PRADO, M. C. M.; ANDRADE, T. N.; ARAÚJO, E. P. P.; SILVA JUNIOR, W. S.; GOMES FILHO, Z. C.; RODRIGUES, C. A. Q. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira Medicina de Família Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, abr-jun, p. 90-6, 2013.

CRUZ, K. T.; MERHY, E. E.; SANTOS, M. F. L.; GOMES, M. P. C. PET-Saúde: micropolítica, formação e o trabalho em saúde. **Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 19, supl. 1, p. 721-730, 2015.

CUNHA, L. M. A. Modelos Rash e escalas de likert e Thustone na medição de atitudes. 2007. 78 f. Dissertação (Mestrado em Probabilidades e Estatística) - Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2007.

CYRINO, E. G.; CYRINO, A. P. P.; PREARO, A. Y.; POPIM, R. C.; SIMONETTI, J. P.; BOAS, P. J. F. V.; HASHIMOTO, M.; PATRÍCIO, K. P.; ROMANHOLI, R. M. Z.; MANOEL, C. M.; HOKAMA, P. O. M. Ensino e pesquisa na Estratégia de Saúde da Família: o Pet-Saúde da FMB/Unesp. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, sup. 1, p. 92-101, 2012.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.

FARIA, H. P.; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, P. F. Módulo 1: **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG-Nescon, UFMG, 2009.

FERREIRA, B. J.; BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. O processo de Ensino/Aprendizagem no Mestrado Profissional – MP-Norte: análise de uma experiência. **Enseñanza de las Ciencias**, Barcelona, v. extra, p. 1246, 2013.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 207-215, 2010.

FEUERWERKER, L.C.M. Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 2, n. 3, p. 51-72, 1998.

FEUERWERKER, L. C. M. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. **Caderno de Currículo e Ensino**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 11-23, 2001.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 6, n. 1, p. 37-50, 2002.

FONTENELLE, L.F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira Medicina Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 22, p. 5-9, jan-mar, 2012.

GIL, C. R. R.; TURINI, B.; CABRERA, M. A. S.; KOHATSU, M.; ORQUIZA, S. M. C. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. **Revista Brasileira Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 230-9, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, 2004, maio-ago, p. 20-31.

GOIÂNIA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE. DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Informativo do Processo Seletivo Interno Projeto Pet-Saúde Redes de Atenção à Saúde 2013/2015**. Goiânia, GO, 2013.

GONÇALVES, C.N.S.; CORRÊA, A. B.; SIMON, G.; PRADO, M. L.; RODRIGUES, J.; REIBNITZ, K. S. Integração ensino-serviço na voz de profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 8, n. 6, p. 1678-1686, 2014.

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

GONZALES, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudanças na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.

HADDAD, A. E.; MORITA, M. C.; PIERANTONI, C. R.; BRENELLI, S. L.; PASSARELLA, T.; CAMPOS, F. E. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 1-9, 2010.

HADDAD, A. E.; BRENELLI, S. L.; CURY, G. C.; PUCCINI, R. F.; MARTINS, M. A.; FERREIRA, J. R.; CAMPOS, F. E. Pró-Saúde e Pet-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl.1, p. 3-4, 2012.

HARTZ, Z. D. A.; SILVA, L. M. V. (organizadoras). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Fiocruz, 3. ed., 2010, 275 p.

HOLANDA, I. C. L. C.; ALMEIDA, M. M.; HERMETO, E. M. C. Indutores de mudança na formação dos profissionais de saúde: pró-saúde e pet-saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 4, p. 389-391, 2012.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo brasileiro demográfico. 2010.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo brasileiro demográfico. 2014.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

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**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 111-118, 2012.

LIMA, P. A. B; ROZENDO, C. A. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Propet-Saúde. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 779-91, 2015.

MACHADO, M. A., OLIVEIRA, E. S., MOYSES, N. M. N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: Celia Pierantoni, Mario Roberto Dal Poz, Tania França. (Org.). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, 2011, v. 001, p. 103-116.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A avaliação do projeto vida e do acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 259-267, abr-jun, 2004.

MARQUI, A. B. T.; JAHN, A. C.; RESTA, D. G.; COLOMÉ, I. C. S.; ROSA, N.; ZANON, T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-61, 2010.

MARX, K. **Sociologia**. In: Lanni, O. (org.). São Paulo: Ática, 1987.

MARX, K. **Processo de trabalho e processo de valorização**. In: Barbosa, R; KOTHE, F. R. (trad.) Os economistas. São Paulo: Nova Cultural, p. 297-316, 1996.

MARX, K. **O capital**. In: Deville, G. (trad. e cond.). Edição condensada. São Paulo: Edipro, 1998.

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

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, **Cadernos Cefor - 1 Série textos**. 1992.

MENEGHIM, M. C.; PEREIRA, A. C.; MIALHE, F. L.; SOUSA, M. L. R. Pró-saúde e os 40 anos de integração docente-assistencial na Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 97-104, 2012.

MONTEZELI, J. H., PERES, A. M. Gerenciamento: contrapontos percebidos por enfermeiros entre a formação e o mundo do trabalho. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, supl., p. 138-14, 2012.

MORETTI-PIRES, R. O.; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 439-44, 2009.

NOGUEIRA, C. M. O duplo trabalho feminino: o exemplo das teleoperadoras. **Confluências - Revista interdisciplinar de sociologia e direito**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 71-93, 2008.

NUNES, I.M.; MOURA, M. A. V.; AMÂNCIO FILHO, A.; TELLES, J. L. O trabalho em saúde no contexto hospitalar: processos e necessidades como subsídios para a formação profissional. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 509-513, 2006.

OLIVEIRA, J. S.; NERY, A. A.; VILELA, A. B. A.; SANTOS, C. S.; BISPO, K. C. A.; BISPO, L. D. Os instrumentos de gestão e a epidemiologia: ferramentas do controle social. **Revista Enfermagem Universidade Federal de Pernambuco**, Recife, v. 7, n. 1, p. 192-8, 2013.

OLIVEIRA, N. A.; MEIRELLES, R. M. S.; CURY, G. C.; ALVES, L. A. Mudanças curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 333–346, 2008.

PAIM, J. S.; FILHO, N. A. Saúde Coletiva: uma “Nova Saúde Pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, artigo especial, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PATRICIO, K. P.; OLIVEIRA, T. S.; RIBEIRO, J. T. R.; MEDEIROS, T. M.; CRUVINEL, M. C. F. P.; MIGUEL, M. M.; POGETTOL, M. R. B. D.; SOARES, T. B.; BLASQUE, W. P. Meio ambiente e saúde no programa Pet-Saúde: interfaces na Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 341-349, 2011.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 270 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1998.

PEDUZZI, M; SCHRAIBER, L. B. **Processo de trabalho em saúde. Dicionário de Educação em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2008.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro, Roseni; Barros, Maria Elizabeth Barros de; Mattos, Ruben Araújo de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. P. 161-177.

PEREIRA, A. B. S. **Atenção à mulher no climatério realizada por profissionais da Estratégia da Saúde da Família**. 2014. 78 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

PINTO, T. R.; CYRINO, E. G. Com a palavra, o trabalhador da Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios nas práticas educacionais. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 765-77, 2015.

PIRES, D. E. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, p. 251-63, 2000.

PNUD. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Relatório de desenvolvimento humano 2010. Edição do 20º Aniversário. **A verdadeira riqueza das Nações**: vias para o

desenvolvimento humano. Virginia, Estados Unidos: Colorcraft, 2010. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/hdr/arquivos/RDHglobais/PNUD_HDR_2010.pdf>. Acesso em: 3 out. 2015.

PROBST, E. R. A evolução do trabalho da mulher no mercado de trabalho. **Revista FACEQ**, São Paulo, ano 2, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://www.icpg.com.br/artigos/rev02-05.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2015.

REIBNITZ, K. S.; DAUSSY, M. F. S.; SILVA, C. A. J.; ROIBNITZ, M. T.; KLOH, D. Rede Docente Assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: reflexos da implantação dos projetos Pró-Saúde I e II. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n.1, supl.1, p. 68-75, 2012.

REIS, M. A. S.; FORTUNA, C. M.; OLIVEIRA, C. T.; DURANTE, M. C. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para mudança das práticas. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 655-66, 2007.

RITZ, M. R. C. **Qualidade de vida no trabalho**: construindo, medindo e validando uma pesquisa. 2000. 112 f. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade de Campinas, São Paulo, 2000.

SANTINI, S. M. L.; JEDLICZKA, J. R. S.; NUNES, E. F. P. A.; BORTOLETTO, M. S. S. Perfil dos profissionais das equipes de saúde da família em municípios de pequeno porte de uma regional de saúde do paraná e suas condi es de trabalho. In: III Congresso CONSAD – Conselho Nacional de Secretários de Estado e Administra o. Brasília, 2010.

SANTOS, M. M.; N TTO, O. B. S.; PEDROSA, J. I. S.; VILARINHO, L. S. PET-Saúde: uma experiência potencialmente transformadora no ensino de gradua o. **Revista Interface Comunica o, Saúde e Educa o**, Botucatu, v. 19, supl 1, p. 893-901, 2015.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, G. M.; BECK, C. L. C.; FIGUEIREDO, A. C. C.; PRESTES, F. C. O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Aten o Psicossocial (CAPS). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 309-322, jun., 2012.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. Produ o científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de aten o. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

SOUSA, L. M.; SHUVARTZ, M. **Formação de profissionais de saúde na Universidade Federal de Goiás: contribuições dos programas de reorientação da formação.** Goiânia: UFG, 2015. 206 p.

SOUZA, A. V.; KRÜGER, T. R. Participação social no sus: proposições das conferências sobre o conselho local de saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 3, n. 1, jan-jun, 2010.

SUCUPIRA, A. C. S., PEREIRA, A. A preceptoría na residência em saúde da família. **Revista Sanare**, Sobral, ano v, n. 1, jan-mar, 2004.

TRAJMAN, A.; ASSUNÇÃO, N.; VENTURI, M.; TOBIAS, D. TOSCHI, W.; BRANT, V. A preceptoría na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 24-32, 2009.

UFG. Universidade Federal de Goiás. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde II** Goiânia: UFG, 2008. 15 p.

UFG. Universidade Federal de Goiás. **Projeto Pró-Saúde e Pet- Saúde.** Goiânia: UFG, 2012. 39 p.

VECCHIA, M. D. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde. Fundamentos histórico-políticos.** São Paulo: UNESP - Cultura acadêmica, 2012.

XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C. Participação sociopolítica na estratégia saúde da família: análise das práticas de gerentes no território, Sobral – Ceará. **Saúde Coletiva**, Sobral, v. 6, abril, 2009.

ZANETTI, T. G.; SAND, I. C. P. V.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; KOPF, A. W.; ABREU, P. B. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 448-55, 2010.

PRODUTO TÉCNICO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE**

**INFLUÊNCIA DOS PROGRAMAS DE REORIENTAÇÃO DA
FORMAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE TRABALHO NA
ATENÇÃO BÁSICA**

Goiânia

2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE

DORACI ANTONIA DA SILVA

**INFLUÊNCIA DOS PROGRAMAS DE REORIENTAÇÃO DA
FORMAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE TRABALHO NA
ATENÇÃO BÁSICA**

Relatório técnico entregue a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia como produto técnico da pesquisa Influência dos programas de reorientação da formação em saúde no processo de trabalho da atenção básica do Mestrado Profissional Ensino na Saúde/FM/UFG

Goiânia
2015

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVO.....	4
3 MÉTODO.....	5
3.1 Tipo de Estudo.....	5
3.2 Cenário da Pesquisa.....	5
3.3 População do estudo	5
3.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	5
3.5 Amostra.....	5
3.6 Instrumentos de coleta de dados.....	6
3.6.1 Perfil profissional e de formação.....	6
3.6.2 Escala Likert.....	7
3.6.3 Validação do instrumento de pesquisa.....	8
3.6.4 Aplicação dos instrumentos de coleta de dados.....	8
3.7 Aspectos éticos.....	9
4 PRINCIPAIS RESULTADOS.....	10
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	15
REFERÊNCIAS.....	17

FIGURA, TABELA E GRÁFICO

FIGURA	PÁGINA
Figura 1 - Fluxograma de obtenção do quantitativo final de participantes do estudo da influência dos Programas de reorientação da formação em saúde no processo de trabalho na atenção básica.	12
TABELA	
Tabela 1 - Perfil dos profissionais da Estratégia Saúde da Família do Município de Goiânia.	17
GRÁFICO	
Gráfico 1 - Perfil geral atitudinal das dimensões da escala Likert aplicada aos profissionais e gestores sobre a influência dos programas de reorientação da formação do profissional da saúde no processo de trabalho da ESF.	18

ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
CSF	Centro de Saúde da Família
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
FANUT	Faculdade de Nutrição
IES	Instituições de Ensino Superior
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PET SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROPET-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFG	Universidade Federal de Goiás

RESUMO

O presente relatório técnico foi elaborado considerando os resultados encontrados no estudo “INFLUÊNCIA DOS PROGRAMAS DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA” que teve como objetivo geral analisar a influência do Pró e Pet-Saúde no processo de trabalho em saúde sob a ótica dos gestores e dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Goiânia-Goiás e como um dos objetivos específicos descrever o perfil profissional e de formação dos profissionais de saúde dos Centros de Saúde da Família (CSF) participantes do Pró e Pet-Saúde. O estudo foi do tipo quantitativo descritivo realizado com 174 profissionais e gestores da ESF. Os dados foram coletados por meio de questionário e de escala Likert, que abordou: D1. Conceitos de processo de trabalho e trabalho em saúde; D2. A percepção do processo de trabalho na atenção básica; D3. O processo de trabalho e a parceria ensino-serviço; D4. As atividades do processo de trabalho influenciadas pelo Pet-Saúde. **Resultados:** Os profissionais da ESF são, na grande maioria, do sexo feminino (89,08%), acima dos 30 anos de idade (92,52%), participantes da preceptorial com estudantes da graduação (78,18%) e pós-graduados - enfermeiros, médicos e cirurgiões dentistas - (84,58%). A média geral para cada dimensão foi: D1= 3,56; D2= 3,53; D3= 2,87 e D4= 2,88. **Conclusão:** Os profissionais e gestores da ESF possuem boa percepção dos conceitos do processo de trabalho e do trabalho em saúde, bem como das atividades a serem realizadas no processo de trabalho na atenção básica que atendam as recomendações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). No entanto, a percepção crítica quanto a parceria do Pró e Pet-Saúde e da contribuição desses programas nas atividades realizadas na ESF, requerem uma reavaliação de suas propostas bem como das estratégias de aproximação da Universidade e o serviço.

1 INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) é um programa direcionado a mudança na graduação dos cursos da área da saúde na perspectiva da integração ensino serviço, com ênfase na atenção básica, na integralidade como eixo reorientador das práticas no processo de formação e qualificação profissional.

O Pró-Saúde pretende sincronizar o processo formativo das Instituições de Ensino Superior (IES) com as necessidades sociais, levando em conta seus aspectos históricos, culturais e econômicos. Tem como pressuposto fundante que o objeto de estudo passe a ser o cuidado à pessoa e não mais a doença o que, em si, já se caracteriza como uma significativa mudança no processo de trabalho na saúde. O programa tem por finalidade formar profissionais com a capacidade de aprender a trabalhar em equipe, comunicar-se entre seus pares, com os demais profissionais de saúde e os usuários, ser ágil diante de situações imprevistas, ter capacidade propositiva e habilidade crítica. Tem como base três eixos: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica e esses se subdividem em vetores (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009).

O eixo orientação teórica prioriza na formação os determinantes de saúde e a determinação biológico-social da doença, realização de estudos clínicos e epidemiológicos que possibilitem repensar o processo de trabalho em saúde, o estabelecimento de novos protocolos, bem como, estabelecer práticas de gestão de acordo com a normatização do Sistema Único de Saúde (SUS), capazes de estimular a tomada de decisão e formação de redes de cooperação técnica (BRASIL, 2007).

O eixo cenários de prática orienta que o aprendizado prático na formação deva ser realizado em cenários diversificados agregando os equipamentos de saúde, educacionais e comunitários capazes de superar a tendência verificada na formação nas últimas décadas das práticas sendo realizadas em ambientes caros e sofisticados (BRASIL, 2007).

O eixo orientação pedagógica propõem a utilização de metodologias que auxiliem o estudante a superar os desafios da formação para que eles

possam ser sujeitos na aprendizagem e o professor o facilitador desse processo. O estudante deve aprender fazendo, no movimento da ação-reflexão-ação, integrando os ciclos básicos e clínicos, baseados em uma metodologia problematizadora (BRASIL, 2007).

Como uma das estratégias para avançar na consolidação das mudanças implementadas pelo Pró-Saúde, foi instituído pelos Ministério da Saúde/ Ministério da Educação (MS/MEC), o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (Pet-Saúde) relacionado como o eixo 'cenários de práticas' (BRASIL, 2008; HADDAD et al., 2010).

O Pet-Saúde é um programa de reorientação da formação em saúde sendo considerado uma das principais estratégias instituídas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) com o envolvimento de docentes, estudantes, equipe de saúde do serviço e usuários, reforçando a integração ensino-serviço-comunidade na elaboração de projetos de intervenção baseados nas necessidades reais do território (BRASIL, 2008)

O Pet-Saúde tem como objetivos: possibilitar que o MS cumpra seu papel de ordenador da formação de profissionais de saúde; estimular a formação de profissionais e docentes qualificados, bem como a atuação profissional, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão; desenvolver atividades acadêmicas em padrões de excelência; contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da saúde; contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País; sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população; induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde em todo o território nacional e fomentar a articulação entre ensino e serviço na área da saúde (BRASIL, 2008).

A Universidade Federal de Goiás (UFG), buscando a reorientação da formação dos acadêmicos nos cursos da área de saúde, encaminhou e obteve a aprovação de seus projetos em todos os editais (Pró-Saúde e Pet-Saúde) lançados pelo MS desde sua primeira edição em 2005.

Em 2013, foi aprovado no edital da chamada MCTI/CNPq/MS – STIE – Decit N° 08/2013 – Pesquisa em educação permanente para SUS e dimensionamento da força de trabalho em saúde, o estudo matriz intitulado “Avaliação do impacto dos Programas Pró-Saúde e Pet-Saúde nos cursos de graduação da área da saúde da Universidade Federal de Goiás” sob a coordenação da Faculdade de Nutrição (FANUT) e com a participação das faculdades de Enfermagem e Odontologia. O objetivo do estudo foi avaliar o impacto do Pró e Pet-Saúde nos cursos de Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Enfermagem, Educação Física, Biomedicina da UFG, desde sua implantação em 2005 e nos serviços de saúde participantes.

Esse relatório é um produto técnico do estudo sobre “Influência dos programas de reorientação da formação em saúde no processo de trabalho na atenção básica”, parte do referido projeto matriz, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina/UFG.

2 OBJETIVO

O estudo teve como objetivo analisar a influência do Pró e Pet-Saúde no processo de trabalho em saúde sob a ótica dos gestores e dos profissionais da ESF do Município de Goiânia-Goiás.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Pesquisa de campo, transversal, com abordagem quantitativa descritiva.

3.2 Cenário da pesquisa

Realizado nos 10 CSF que participaram dos editais do Pró-Saúde e ou Pet-Saúde.

3.3 População do estudo

Composta pelos profissionais de saúde, enfermeiros, médicos, odontólogos, auxiliar de saúde bucal, técnico de saúde bucal, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e gestores que atuavam em todos os CSF dos Distritos Sanitários Norte, Leste e Campinas-Centro de Goiânia participantes do Pró-Saúde e Pet-Saúde no período e 2009 a 2015.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos os profissionais da ESF e/ou gestor que atua em uma das unidades participantes do Propet-Saúde e que estivessem trabalhando nessa unidade, por pelo menos, nos últimos seis meses de vigência dos programas.

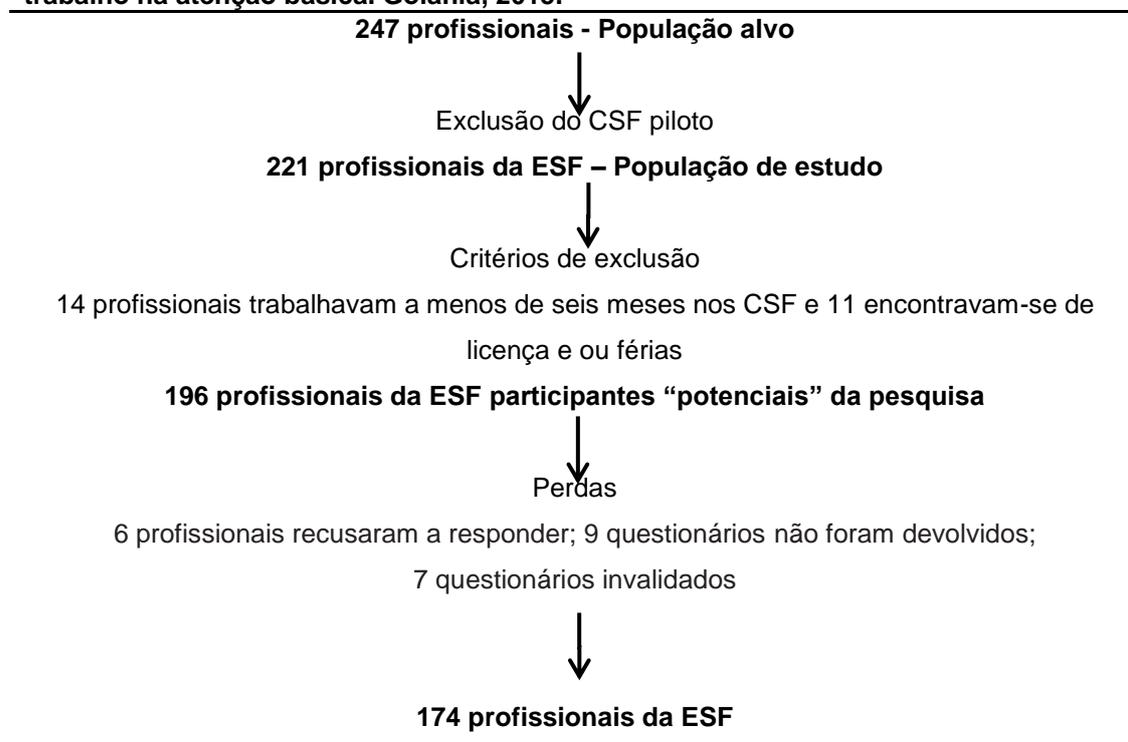
Foram excluídos os profissionais que se encontravam de férias e/ou licença médica durante o período de coleta de dados.

3.5 Amostra

A amostra foi caracterizada por acessibilidade ou conveniência.

Foram validados 174 questionários de acordo com a representação (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de obtenção do quantitativo final de participantes do estudo da influência dos Programas de reorientação da formação em saúde no processo de trabalho na atenção básica. Goiânia, 2015.



Fonte: Elaborada pelas pesquisadoras. Goiânia, 2015.

3.6 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta dos dados foi construído e aplicado um único instrumento de pesquisa constituído de dois blocos:

- 3) Perfil profissional e de formação, composto por um questionário de 15 questões fechadas.
- 4) Questionário do tipo escala Likert, composta por quatro dimensões e 32 asserções, sendo atribuídas oito asserções para cada dimensão.

3.6.1 Perfil profissional e de formação

O perfil profissional e de formação foi obtido por meio de 15 questões e como eixos de análise foram considerados:

- ✓ Gênero;

- ✓ Faixa etária;
- ✓ Local de trabalho;
- ✓ Função na ESF;
- ✓ Se possuía ou não pós-graduação;
- ✓ Nível de pós-graduação;
- ✓ Se atuou como preceptor na UFG. Para os que atuaram como preceptores foi perguntado o tempo de preceptoría.
- ✓ Tipo de vínculo com a Secretaria de Saúde na;
- ✓ Tempo de atuação na ESF;
- ✓ Número de equipes da ESF que trabalhavam na sua unidade;
- ✓ Possuir outro vínculo empregatício;
- ✓ Se falta algum profissional na equipe;
- ✓ Possuir gestor no CSF.

3.6.2 Escala Likert

Com o objetivo de avaliar a influência do Propet-Saúde na organização do processo de trabalho na Atenção Básica de Saúde (ABS) foi construída uma escala atitudinal Likert. Com uma variação de quatro níveis de graduação na percepção de resposta na escala Likert.

As respostas foram analisadas sob as seguintes percepções: concordo plenamente (CP), quando o participante concordava totalmente com a asserção; inclinado a concordar (IC), quando tendia a concordar com a asserção; inclinado a discordar (ID), quando a tendência era de discordar da asserção e discordo plenamente (DP) no caso de total discordância relativa à asserção.

A análise da escala Likert foi baseada em três intervalos de pontuação: de 1 a 1,99 pontos (ruim) a percepção é negativa e mudanças de curto prazo devem ser tomadas; de 2,00 a 2,99 pontos (zona intermediária de intervenção), a percepção revela aspectos a serem melhorados exigindo medidas a médio prazo e de 3,00 a 4,00 pontos a percepção é positiva (zona de conforto) que pode ser potencializada (FERREIRA; BATISTA; BATISTA, 2013).

A escala Likert foi construída na perspectiva de quatro dimensões:

A primeira dimensão (D1) foi elaborada a partir dos conceitos sobre o processo de trabalho e o processo de trabalho em saúde.

A construção da segunda dimensão (D2) teve o objetivo de verificar a percepção dos participantes no que se refere ao processo de trabalho na atenção básica, conforme descrito na PNAB, 2012.

A terceira dimensão (D3) buscou conhecer a percepção dos profissionais de saúde da ESF, sobre o processo de trabalho desenvolvido no âmbito do Pró-Saúde e Pet-Saúde e a parceria ensino-serviço-comunidade, tendo como base documentos do Pró-Saúde e Pet-Saúde (BRASIL, 2007; BRASIL, 2008).

A quarta e última dimensão (D4) procurou extrair a percepção dos profissionais da ESF sobre quais foram as atividades relacionadas à organização do processo de trabalho em saúde no CSF que sofreram influência do Pró-Saúde e Pet-Saúde.

3.6.3 Validação do instrumento de pesquisa

O instrumento piloto foi aplicado no mês de fevereiro e serviu para validação e eleição das assertivas pertinentes, utilizando o método split-half.

3.6.4 Aplicação dos instrumentos de coleta de dados

O CSF Guanabara I foi eleito como cenário de aplicação do instrumento de pesquisa piloto. Após análise do piloto foram realizadas pequenas correções no instrumento.

A coleta de dados da pesquisa ocorreu no período de março a abril de 2015, quando foram distribuídos os questionários e esclarecidos os objetivos da pesquisa, entregue e lido o Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e solicitado assinatura espontânea de aceitação àqueles que se dispuseram a participar da pesquisa.

Os questionários respondidos foram enumerados e inseridos em planilha, do programa Excel, para tabulação e análise dos dados colhidos.

3.7 Aspectos éticos

Este estudo faz parte de um projeto matriz que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás, sob o protocolo de nº 571173. Sendo realizado conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013).

4 PRINCIPAIS RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com todas as categorias profissionais da ESF (médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar/técnicos de enfermagem, auxiliares/técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde) e os gestores dos CSF no ano de 2015 dos Distritos Sanitários leste, norte e campinas centro, participantes dos programas de reorientação da formação dos profissionais de saúde (Pró-Saúde e Pet-Saúde).

O perfil dos profissionais participantes encontra-se descrito na Tabela 1. Observou-se que a amostra foi composta por 174 profissionais, que corresponde a 88,77% da população pesquisada.

Os dados mostram que a grande maioria dos profissionais respondentes da pesquisa é do sexo feminino (89,08%). A maior parte desses profissionais estão na faixa etária acima dos 30 anos (92,52%). Os profissionais das categorias médica, enfermagem e cirurgiões-dentistas, em um total de 49 (89,09%), referiram possuir pós-graduação 4 (8,16%) mestrados e 45 (92,4%) especialistas. Dentre os 119 profissionais das demais categorias que compõem a ESF (aux/tec. Enfermagem, aux/tec. Saúde bucal, agentes comunitários de saúde), 09 deles (7,56%) também possuem pós-graduação. A enfermagem é a categoria profissional da ESF com maior porcentagem de pós-graduados 26 (53,06%). Do total de 55 dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, a preceptoria é exercida por 43 (87,75%), dos quais 26 (60,46%) recebem incentivo financeiro, por meio de bolsa, do programa Pet-Saúde. O exercício da preceptoria foi referido pelos profissionais por um tempo superior a 12 meses (79,06%). Os profissionais da ESF em Goiânia, na sua maioria, possuem vínculo empregatício efetivo 166 (95,40), apenas um emprego 132 (75,86%) e atuam por mais de três anos 134 (77,01%). Os CSF trabalham com grupos de três ou quatro equipes da ESF. A totalidade das equipes da ESF encontra-se incompleta.

Tabela 1– Perfil dos profissionais da Estratégia Saúde da Família do Município de Goiânia-Goiás, 2015.

Variáveis	N	(%)
Sexo		
Masculino	19	10,92
Feminino	155	89,08
Faixa etária		
<= a 29	13	7,48
30 a 39	73	41,95
40 a 49	55	31,61
>= 50	33	18,96
Função na ESF		
Enfermeiro	27	15,52
Médico	12	6,90
Cirurgião dentista	16	9,20
Auxiliar de Saúde bucal	11	6,32
Técnico de Saúde bucal	06	3,45
Auxiliar/técnico de enfermagem	21	12,06
Agente comunitário de saúde	73	41,95
Gestor	08	4,60
Pós-graduação		
Sim	58	33,33
Não	116	66,67
Pós-graduação e função na ESF		

Enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas	49	89,09*
Outros (Auxiliar/técnico saúde bucal, auxiliar/técnico enfermagem, agente comunitário de saúde)	09	7,56**
Nível de pós-graduação		
Especialização	54	93,10
Mestrado	04	6,89
Profissional com função de nível superior pós-graduado		
Enfermeiro	26	53,06
Médico	08	16,33
Cirurgião-dentista	15	30,61
Atuação na Preceptoría		
Com bolsa	26	60,46
Sem bolsa	17	39,54
Tempo de atuação na preceptoría		
6 a 12 meses	09	20,94
13 meses a 3 anos	17	39,53
Mais de 3 anos	17	39,53
Vínculo empregatício com a Secretaria de Saúde		
Efetivo	166	95,40
Outros	08	4,60
Possui outro emprego		
Sim	42	24,14
Não	132	75,86

Quanto tempo trabalha na ESF		
6 a 12 meses	7	4,02
13 meses a 3 anos	33	18,97
Mais de 3 anos	134	77,01
Quantas equipes instaladas no CSF		
3 equipes	4	44,44
4 equipes	5	55,56
Falta profissional na equipe		
Sim	174	100,00
Há gestor no CSF		
Sim	8	100,00

A percepção dos profissionais da ESF para as dimensões pesquisadas são apresentadas no Gráfico 1.

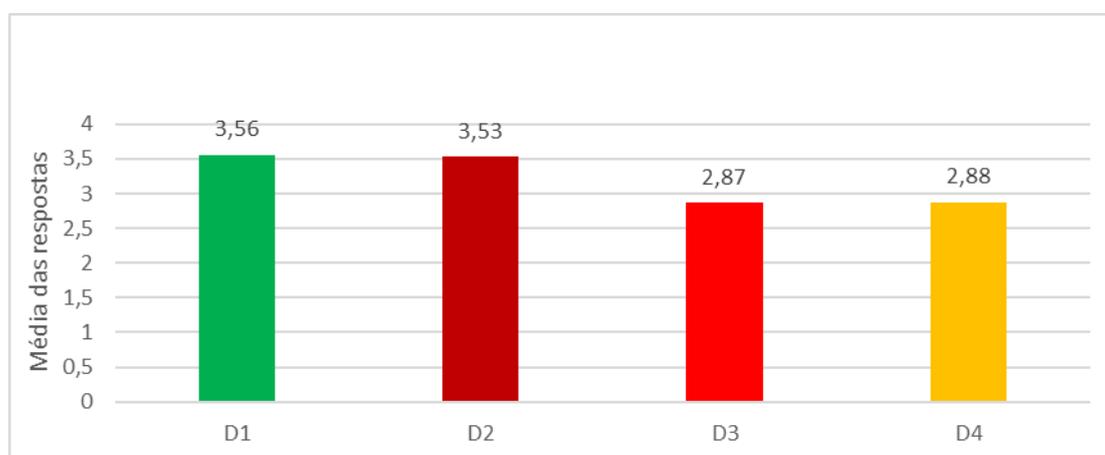


Gráfico 1– Perfil geral atitudinal das dimensões da escala Likert aplicada aos profissionais e gestores sobre a influência dos programas de reorientação da formação do profissional da saúde no processo de trabalho da ESF. Goiânia, 2015.

Para as Dimensões 1 e 2 (D1 e D2) os respondentes manifestaram percepções dentro da zona de conforto, avaliação positiva para ambas as dimensões (intervalo de três a quatro pontos). Já para as Dimensões 3 e 4 (D3 e D4) as percepções se mantiveram no intervalo de 2 a 2,99 pontos traduzindo uma percepção, nessas dimensões, de aspectos a serem melhorados a curto e médio prazo. Destaca-se a percepção dos preceptores que em vários aspectos ficaram na zona de conforto em contraste com os demais participantes.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Nesse estudo pode-se observar que a percepção dos participantes em relação a influência do Pró-Saúde e Pet-Saúde sobre o processo de trabalho em saúde na ESF identificou aspectos positivos que devem ser potencializados e outros que merecem ser revistos a médio prazo.

A implementação dos programas de reorientação da formação dos profissionais da área da saúde tem provocado mudanças nos processos de trabalho dos cenários de prática. A boa percepção dos trabalhadores e gestores da ESF acerca do conceito do processo de trabalho e trabalho na saúde e também, do reconhecimento das atividades à serem desenvolvidas na atenção básica de acordo com a recomendação da PNAB, podem favorecer a efetivação desses programas, principalmente, por meio da aproximação da universidade com os profissionais do serviço.

Nesse estudo, pode-se verificar que os profissionais da ESF, enquanto preceptores dos estudantes, têm uma percepção mais positiva dos programas de reorientação da formação, quando comparada com a percepção dos demais profissionais. Portanto, os preceptores, constituem atores importantes para consolidação das propostas do MS e MEC que visam a mudança do perfil de formação dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, a melhoria do atendimento às necessidades de saúde dos usuários do SUS.

Vale ressaltar que alguns desafios percebidos pelos respondentes, e também já retratados em outros estudos, precisam ser superados como a precariedade da infraestrutura; o frágil envolvimento dos profissionais da ESF com a formação e participação nos conselhos locais de saúde; a ampliação da percepção dos profissionais, ainda muito dependente de tecnologias duras, para a utilização das práticas relacionais das tecnologias leves; o fortalecimento da parceria ensino-serviço; a disponibilização de incentivo financeiro apenas aos preceptores.

Os cenários de prática da ESF constituem um terreno fértil para a reorientação da formação dos profissionais da área da saúde. Cabe às políticas de governo, com a contribuição de todos os atores envolvidos no

processo, considerarem os aspectos limitadores para sua implementação e buscar alternativas para seu enfrentamento com vistas a realização do ideal SUS: oferecer ao usuário um atendimento integral, universal e equânime.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial – Pró-Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 86 p. il. – Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial Nº. 1802, 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – Pet-Saúde. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Educação, 2008.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **A educação e o trabalho na saúde: a política e suas ações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. RESOLUÇÃO 466 de 12 de dezembro de 2012. **Trata dos projetos de pesquisa com seres humanos**. Publicada no DOU em 13 junho 2013. Brasília: CNS, 2012.

FERREIRA, B. J.; BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. O processo de Ensino/Aprendizagem no Mestrado Profissional – MP-Norte: análise de uma experiência. **Enseñanza de las Ciencias**, Barcelona, v. extra, p. 1246, 2013.

HADDAD, A. E.; MORITA, M. C.; PIERANTONI, C. R.; BRENELLI, S. L.; PASSARELLA, T.; CAMPOS, F. E. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 1-9, 2010.

ANEXO E APÊNDICES

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do impacto dos Programas Pró-SAÚDE e PET-SAÚDE nos cursos de graduação da área da saúde da Universidade Federal de Goiás

Pesquisador: Nilce Maria da Silva Campos Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23076213.6.0000.5083

Instituição Proponente: Universidade Federal de Goiás - UFG

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 571.173

Data da Relatoria: 07/04/2014

Apresentação do Projeto:

Título: Avaliação do impacto dos Programas Pró-SAÚDE e PET-SAÚDE nos cursos de graduação da área da saúde da Universidade Federal de Goiás. Pesquisador responsável: Nilce Maria da Silva Campos Costa; Versão: 2; Instituição Proponente: Universidade Federal de Goiás - UFG. Equipe: Ida Helena Carvalho Franciscantonio Menezes; Lucilene Maria de Sousa; Maria Goretti Queiroz; Marília Mendonça Guimarães; custo do projeto, entre capital e custeio: R\$112.000,00; será custeado pelo MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO - MCTI - CNPq. Coleta de dados, com pessoas, prevista para o período de 01/08/2014 a 30/06/2015.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o impacto do Pró e PET-Saúde nos cursos de Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Enfermagem, Educação Física, Biomedicina, da Universidade Federal de Goiás, desde sua implantação em 2005 e nos serviços de saúde participantes. Em específico: - Conhecer o processo de reestruturação curricular dos cursos estudados para adequação às propostas do Pró-Saúde em relação aos eixos Orientação Teórica, Cenário de Prática e Orientação Pedagógica.- Verificar a convergência entre os Projetos Pedagógicos dos Cursos estudados e os princípios e fundamentos dos programas Pró e PETSaúde.-Conhecer as experiências desenvolvidas visando à integração ensino-serviço- comunidade.- Analisar as experiências formativas desenvolvidas nos estágios e

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prppg.ufg@gmail.com

Apêndice 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Convido você a participar, voluntariamente, da pesquisa “Programa Nacional de Reorientação da Formação (Pró-saúde) e Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (Pet-Saúde): influência sobre os processos de trabalho na atenção básica”. O objetivo do estudo visa avaliar a influência desses programas na organização do cotidiano de trabalho nos centros de saúde da família.

Meu nome é Doraci Antônia da Silva, sou enfermeira da secretaria Municipal de Saúde, atuante na Estratégia Saúde da Família (ESF) há 15 anos e pesquisadora responsável por este estudo. Após leitura minuciosa desse documento e ser esclarecido sobre possíveis dúvidas relacionadas à pesquisa, caso aceite fazer parte da mesma, solicito que assine ao final do documento, composto por duas vias de igual teor, que também será assinado por mim. Uma das vias é sua e a outra ficará sob minha responsabilidade. Porém, em caso de recusa, asseguro que não haverá qualquer penalização.

Havendo quaisquer dúvidas, você poderá contactar comigo pelo celular: 92457689 ou e-mail: doraci.silva@hotmail.com. Havendo necessidade de esclarecimento quanto aos seus direitos como participante na pesquisa, você poderá acessar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 32211215 ou no endereço: Pró-Reitoria de e Pós-Graduação, Prédio da Reitoria, Piso 1, Campus Samambaia (Campus II) – CEP: 74001-970, Goiânia-Goiás.

Neste momento, você responderá a um formulário com informações sobre seus dados de formação e profissionais, à seguir o documento lhe solicita fazer julgamento acerca de informações referentes à sua prática cotidiana do trabalho na ESF. Garanto o sigilo e a privacidade das informações prestadas, pois não haverá divulgação de dados individuais, e sim o conjunto das informações obtidas.

Este estudo tem risco mínimo, porém não se pode afastar a possibilidade de constrangimento aos participantes, bem como eventual ocorrência de dano material ou moral resultante de divulgação indevida ou acidental de dados sigilosos. Destaco que me comprometo a manter total sigilo sobre sua identidade, informações e opiniões fornecidas, no entanto, todas as informações fornecidas são de exclusiva responsabilidade de seus interlocutores.

Eventuais danos, decorrentes da utilização ou divulgação indevida dos dados, referentes à pesquisa são passíveis de indenização nos termos da legislação vigente, mediante efetiva comprovação do dano, ainda que exclusivamente moral, da conduta lesiva e culpa ou dolo da pesquisadora e o nexo de causalidade (arts.186 e 927 do Código Civil).

Os participantes não arcarão com nenhuma despesa e não receberão nenhum benefício direto com a participação no estudo. Porém esclarecemos que os resultados poderão subsidiar a elaboração de propostas para melhoras nos projetos de parceria da Universidade com o serviço.

Desde já, agradeço enormemente sua disponibilidade em participar desta investigação ressaltando que ela é eminentemente voluntária não havendo qualquer tipo de pagamento para a mesma.

Goiânia, 2015.

Doraci Antonia da Silva (Pesquisadora responsável)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu _____, RG ou CPF: _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“INFLUÊNCIA DOS PROGRAMAS DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA”**, como sujeito voluntário. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora Doraci Antonia da Silva sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso implique em qualquer penalidade.

Goiânia, _____, de _____, de 2015.

Assinatura do sujeito da pesquisa _____

Testemunha 1

Testemunha 2

Apêndice 2 – Instrumento de coleta de dados

Caro participante, estamos realizando uma pesquisa com o objetivo de analisar a influência do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional para a Saúde (Pró-Saúde) na organização do processo de trabalho em saúde sob a ótica dos profissionais da ESF da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

Sua opinião é fundamental para a compreensão acerca da contribuição desses programas para a formação em saúde e no aprimoramento da assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este instrumento de coleta de dados possui duas partes. A primeira contendo questões relativas ao seu local de trabalho e sua formação profissional. A segunda parte contém algumas afirmações com quatro opções de respostas: **concordo plenamente, inclinado a concordar, inclinado a discordar, discordo plenamente. NÃO EXISTE RESPOSTA CERTA OU ERRADA E SIM, AQUELA QUE MAIS SE APROXIMA DA SUA OPINIÃO!**

Para ser analisado, o instrumento necessita que todos os itens sejam respondidos. Assim, solicitamos a gentileza de preenchê-lo por completo. Esse instrumento é absolutamente anônimo.

O espaço em branco que se encontra no final foi disponibilizado para que você, caso tenha interesse, contribua com outras opiniões que porventura não tenham sido contempladas na pesquisa e que considere relevante. Muito Obrigada!!!!

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS

1.	Número do questionário:	1.	NQ _ _ _ _ _ _ _
2.	Data:	2.	Data _/ _/ _
3.	Local/unidade: 01 <input type="checkbox"/> DSL- CSF VILA PEDROSO 02 <input type="checkbox"/> DSL- CSF RECANTO DAS MINAS GERAIS 03 <input type="checkbox"/> DSL- CSF SANTO HILÁRIO 04 <input type="checkbox"/> DSL- CSF DOM FERNANDO 05 <input type="checkbox"/> DSL- CSF AROEIRA 06 <input type="checkbox"/> DSN- CSFSÃO JUDAS TADEU 07 <input type="checkbox"/> DSN- CSF GUANABARA III 08 <input type="checkbox"/> DSL- CSF PARQUE ATENEU 09 <input type="checkbox"/> DSCC- CSF LESTE UNIVERSITÁRIO	3.	Local: _
4.	Idade: _____	4.	ID _
5.	Sexo: 1 <input type="checkbox"/> masculino 2 <input type="checkbox"/> feminino	5.	Sexo _
6.	Qual é a sua função na ESF? 1 <input type="checkbox"/> enfermeiro 2 <input type="checkbox"/> médico 3 <input type="checkbox"/> odontólogo 4 <input type="checkbox"/> Aux. De Saúde bucal 5 <input type="checkbox"/> Téc. Higiene dental 6 <input type="checkbox"/> Aux. Ou Téc. enfermagem 7 <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde 8 <input type="checkbox"/> Gestor (a) 9 <input type="checkbox"/> Outros (citar): _____	6.	Função _
7.	Você possui pós-graduação? 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> não se aplica	7.	PG: _
8.	Se sim, qual o nível da pós-graduação? 1 <input type="checkbox"/> especialização 2 <input type="checkbox"/> mestrado 3 <input type="checkbox"/> doutorado 4 <input type="checkbox"/> não se aplica	8.	NPG: _
9.	Você atuou como preceptor de estudantes da UFG?	9.	PRECEPTOR:

	1 <input type="checkbox"/> sim, com bolsa 2 <input type="checkbox"/> sim, sem bolsa 3 <input type="checkbox"/> não	__
10.	Se a resposta à questão anterior for sim, por quanto tempo? 1 <input type="checkbox"/> de 6 meses a 12 meses 2 <input type="checkbox"/> de 13 meses a 3 anos 3 <input type="checkbox"/> mais de 3 anos	10. TPRECEPTOR: __
11.	Qual o seu vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde na ESF? 1 <input type="checkbox"/> efetivo 2 <input type="checkbox"/> contrato 3 <input type="checkbox"/> Outros	11. VINCSMS: __
12.	Você possui outro vínculo de emprego? 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não	12. OUTREMPR: __
13.	Há quanto tempo você atua na ESF? 1 <input type="checkbox"/> de 6 meses a 12 meses 2 <input type="checkbox"/> de 13 meses a 3 anos 3 <input type="checkbox"/> mais de 3 anos	13. TEMPOESF: __
14.	Há quanto tempo você trabalha nesta Unidade de Saúde? 1 <input type="checkbox"/> de 6 meses a 12 meses 2 <input type="checkbox"/> de 13 meses a 5 anos 3 <input type="checkbox"/> mais de 5 anos	14. TEMPUN: __
15.	Quantas equipes da ESF trabalham nesta Unidade de Saúde? 1 <input type="checkbox"/> uma equipe 2 <input type="checkbox"/> duas equipes 3 <input type="checkbox"/> três equipes 4 <input type="checkbox"/> Quatro ou mais	15. QEQUIP: __
16.	Está faltando algum desses profissionais na sua equipe? 1 <input type="checkbox"/> enfermeiro 2 <input type="checkbox"/> médico 3 <input type="checkbox"/> odontólogo 4 <input type="checkbox"/> Aux. de Saúde bucal 5 <input type="checkbox"/> Téc. Saúde bucal 6 <input type="checkbox"/> Aux. ou Téc. De enfermagem 7 <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde 8 <input type="checkbox"/> Não falta. Minha equipe está completa	16. FPRFEQ: __
17.	Há gestor (a) na sua Unidade de Saúde? 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não	17. HAGESTOR: __

O Pet/Propet-Saúde e a organização do processo de trabalho na esf

1- As atividades que você realiza no trabalho da ESF têm como finalidade a satisfação das necessidades dos usuários. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
2- A assistência na ESF está baseada no atendimento da população de um território definido (população adstrita). () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
3- O certificado de preceptoria no Pet-Saúde /Propet-Saúde é valorizado no processo seletivo para vagas em cursos de pós-graduação. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
4- A presença do Pet-Saúde/Propet-Saúde propiciou parceria entre os profissionais de saúde, professores e estudantes na realização de atividades de educação permanente. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
5- O conhecimento e saberes, os equipamentos, a estrutura física da unidade são os instrumentos que o trabalhador de saúde utiliza para atender as necessidades dos usuários. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
6- Na ESF o atendimento às necessidades da população é realizado em equipe e prioriza as intervenções clínicas e sanitárias. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
7- O incentivo financeiro foi fator motivador para participação dos profissionais de saúde na preceptoria do Pet-Saúde/Propet-Saúde. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
8- A presença do Pet-Saúde/Propet-Saúde propiciou parceria entre os profissionais de saúde, professores e estudantes na realização de atividades de educação em saúde. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
9- O acesso à realização de exames de alta complexidade (por exemplo: tomografia, ressonância) é fundamental para auxiliar no diagnóstico e conduta da ESF. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
10- O trabalho da equipe da ESF é realizado com o objetivo de prover atenção integral, contínua e organizada à população adstrita. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
11- A inexistência de bolsa para todos os preceptores propiciou descontentamento entre os profissionais da ESF. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
12- O Pet-Saúde/Propet-Saúde estimulou ações administrativas e de gestão na ESF. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
13- A satisfação de uma necessidade de saúde do usuário contribui no aprendizado da equipe para o alcance de maior resolutividade no atendimento. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
14- A equipe da ESF desenvolve ações intersetoriais e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral ao usuário. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
15- As atividades de pesquisa, ensino e extensão realizadas no âmbito do Pet-Saúde/Propet-Saúde favoreceram a aproximação da universidade com o serviço. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
16- A presença do Pet-Saúde/Propet-Saúde fortaleceu momentos de discussão entre universidade, serviço e comunidade. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
17- O atendimento às necessidades dos usuários é o objetivo principal do processo de trabalho em saúde. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
18- A ESF participa da criação e/ou funcionamento dos conselhos locais de saúde. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
19- Após a implantação do Pet-Saúde/Propet-Saúde, houve um aumento da participação de profissionais da ESF em programas de pós-graduação. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
20- Na implantação do Pet-Saúde/Propet-Saúde foram disponibilizados instrumentos de trabalho suficientes para a prestação adequada da assistência ao usuário na ESF. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
21- O processo de trabalho em saúde pode ser compreendido como a prática dos profissionais inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
22- Na atenção básica o acolhimento, a classificação de risco e análise de vulnerabilidades favorecem uma assistência mais resolutiva para a demanda espontânea. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente

23- Os alunos bolsistas do Pet-Saúde/Propet-Saúde eram mais envolvidos com as atividades desenvolvidas na unidade de saúde que os acadêmicos dos estágios regulares. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
24- A participação do Pet-Saúde/Propet-Saúde nas atividades da ESF proporcionou um melhor atendimento às necessidades de saúde da população. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
25- O processo de trabalho em saúde é a forma pela qual organizamos e executamos nossas atividades profissionais. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
26- Na atenção básica o acolhimento, a classificação de risco e análise de vulnerabilidades favorecem uma assistência mais resolutiva para o primeiro atendimento nas urgências. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
27- A presença do Pet-Saúde/Propet-Saúde contribuiu para o aprimoramento de fluxos e cronogramas de estágios e práticas na ESF. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
28- As atividades desenvolvidas pelo Pet-Saúde/Propet-Saúde estimularam a participação do usuário/família enquanto sujeito ativo no processo saúde-doença. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
29- Para o trabalho em equipe é necessário que se tenha objetivos comuns e cooperação entre os profissionais. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
30- A equipe de saúde da família participa do planejamento local de saúde acompanhando e avaliando as ações da própria equipe e da unidade de saúde. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
31- O Pet-Saúde/Propet-Saúde contribuiu para uma reflexão mais crítica do profissional da ESF sobre suas práticas no serviço. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente
32- A característica interdisciplinar do Pet-Saúde/Propet-Saúde ampliou a percepção dos profissionais sobre as necessidades de intervenções de saúde na área de abrangência das equipes. () concordo plenamente () inclinado a concordar () inclinado a discordar () discordo plenamente

UTILIZE O ESPAÇO ABAIXO PARA SUAS CONTRIBUIÇÕES SOBRE O TEMA (opcional)
