

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

MARIA DA GRAÇA MUNARETO RODRIGUES

**EFETIVIDADE DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE DO PET
UFRGS: NA PERSPECTIVA DE ALUNOS, PRECEPTORES E TUTORES**

PORTO ALEGRE
2016

MARIA DA GRAÇA MUNARETO RODRIGUES

**EFETIVIDADE DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE DO PET
UFRGS: NA PERSPECTIVA DE ALUNOS, PRECEPTORES E TUTORES**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestrado em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Lourdes Drachler.

PORTO ALEGRE

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Munareto, Maria da Graça
EFETIVIDADE DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO
PARA A SAÚDE DO PET UFRGS: NA PERSPECTIVA DE ALUNOS,
PRECEPTORES E TUTORES / Maria da Graça Munareto. --
2016.
61 f.

Orientador: Maria de Lourde Drachler.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2016.

1. Educação pelo Trabalho na Saúde. 2. PET-Saúde.
3. Integração ensino-serviço. 4. Educação na saúde. 5.
Impacto. I. Drachler, Maria de Lourde, orient. II.
Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

MARIA DA GRAÇA MUNARETO RODRIGUES

**EFETIVIDADE DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE DO PET
UFRGS: NA PERSPECTIVA DE ALUNOS, PRECEPTORES E TUTORES**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestrado em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Lourdes Dracheler.

Data da aprovação: 17 de junho de 2016.

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Claides Abbeg

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Prof^a. Dr^a. Luciana Barcellos Teixeira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Prof. Carlos Carvalho Leite

Centro Universitário La Salle-Canoas
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano

À família e amigos

À Nádia Barbosa, Alice Schiffer, “amigas para sempre”, as minhas flores que perfumam o jardim da minha alma, Daniele, Bárbara, Yasmim e não poderia deixar de homenagear o sorriso mais lindo e sapeca que eu conheço minha Isis, luz da minha vida. Agradeço muito a vocês pelo incentivo, apoio e “torcida” nesse percurso. Obrigada pela tolerância à falta de companhia em tantos e preciosos momentos.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Profa. Dra. Maria de Lourdes Drachler por ter me instigado a tantas perguntas e por ter me amparado nos momentos de desassossego. Você deixou que eu me lançasse ao mar com uma rosa dos ventos e, depois, tirou-me todas as bússolas. Soube esperar com delicadeza aquilo que eu tentava expressar. Cumpriste com o teu papel de educador. Fizeste o que tanto te esforças por ensinar. Esta produção é resultado, em grande parte, do encontro contigo.

A minha inspiração, Dra. Jussara Munaretto Silva que soube apontar os caminhos, mas esperou que eu os percorresse, ofereceu sua palavra no campo das idéias, mas deixou que eu própria navegasse em busca das respostas e possibilidades, como um saber único de quem vive a sua própria criação. Consegui chegar ao final da estrada, mas foi porque não estava sozinha, pois lá estava a tua companhia.

“O conhecimento apenas da verdade não é suficiente; pelo contrário, este conhecimento deve ser continuamente renovado à custa de um esforço contínuo, sob pena de se perder. Lembra uma estátua de mármore no deserto que está continuamente em perigo de ser enterrada pela areia em movimento. As mãos de serviço têm de estar continuamente a trabalhar para que o mármore continue indefinidamente a brilhar ao sol. A este grupo de mãos também pertencem as minhas”.

(Albert Einstein, in 'Discurso, 1936)

RESUMO

Introdução: O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), iniciado em 2008, dos Ministérios da Saúde e da Educação, visa qualificar a formação profissional e a educação permanente para o Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo avalia a efetividade, ainda pouco conhecida, do Programa na perspectiva de alunos, preceptores e tutores. **Metodologia:** Estudo transversal de base populacional. Enviado questionário eletrônico aos participantes ativos e egressos do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul de 2008 a 2014 (Participação 80,5%; n=445/553). A efetividade do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde é avaliada através da clareza do propósito, adequação do processo e impacto, medidos pelo Questionário de Avaliação de Supervisão Clínica (escala de zero a 4,00). **Resultados:** A média das escalas de propósito, processo e impacto foi aproximadamente 3,00, indicando efetividade com restrições. Houve maiores restrições ao processo: atividades pouco interessantes, desconfiança mútua e problemas de relacionamento no grupo, despreparo de preceptores e tutores para o processo. Inadequação do processo e baixo impacto foram motivos de abandono do programa frequentemente citados. Houve associação positiva do propósito, processo e impacto percebidos com a intenção de recomendar o programa (ANOVA, $p < 0,001$); e entre efetividade percebida e sexo, função no programa e ano do edital. Em média, a clareza do propósito foi menor e o impacto, maior nos alunos, comparados aos demais (ANOVA, $p = 0,026$ e $p < 0,001$). A adequação do processo aumentou com a hierarquia da função; o impacto percebido foi maior no sexo feminino (ANOVA, $p = 0,024$); os três aspectos da efetividade aumentaram dos primeiros editais aos mais recentes (ANOVA $p < 0,001$). **Discussão e conclusão:** Os participantes consideram o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde efetivo, com restrições. O impacto foi maior na formação profissional do que na educação permanente. Capacitar preceptores e tutores para o processo da educação pelo trabalho no Sistema Único de Saúde poderá avançar a efetividade do programa.

Palavras-chave: Educação pelo Trabalho na Saúde. PET-Saúde. Integração ensino-serviço. Educação na saúde. Impacto.

ABSTRACT

Introduction: The Program Education Through Work in Health (PET-Saúde), of the Ministries of Health and of Education, aims the vocational training and the continuing education for SUS. Started in 2008, its effectiveness is still unknown. This paper evaluates its effectiveness from the perspective of the student, preceptors and tutors of the Program. **Methods:** A Cross-sectional, population-based study sent Questionnaire Electronic to active participants and graduates of PET-Saúde of Federal University of Rio Grande do Sul from 2008 to 2014 (Participation of 80.5%, n = 445/553). The effectiveness of PET was pointed out by the clarity of purpose, the adequacy of process and the impact, measured by the Clinical Supervision Evaluation Questionnaire (scale from zero to 4,00). **Results:** The mean of the scales of purpose, process and impact was approximately 3.00, indicating effectiveness with restrictions. There were greater restrictions in the process: activities of little interesting, mutual distrust and relationship problems in the group, and unpreparedness of preceptors and tutors in the process. The inadequacy of the process and its low impact was often cited as the reasons for leaving the program. There was positive association between the purpose, process and impact perceived and the intention to recommend the program (ANOVA, $p = <0.001$); and between the effectiveness perceived and gender, role in the program and the year of the PET's public notice. On average, the clarity of purpose was smaller and the impact was bigger in students, compared to others (ANOVA, $p = 0.026$ and $p <0.001$). The adequacy of the process increased with the functional hierarchy; the impact perceived was bigger in woman (ANOVA, $p = 0.024$); the three aspects of the effectiveness increased from the first PET's public notice to the last (ANOVA $p <0.001$). **Discussion and conclusion:** The participants consider PET-Saúde effective, with restrictions. The impact was bigger in vocational training than in continuing education. Enabling preceptors and tutors to the process of Education through Work in SUS will be able to advance the effectiveness of the program.

Keywords: Education Through Work in Health. PET-Health. Integration Teaching-Work. Education in Health. Impact.

LISTA DE FIGURAS, MAPAS, GRÁFICOS E TABELAS

Figura 1 – Linha do tempo com fatos que antecederam a política nacional de reorientação da formação profissional em saúde e as principais ações instituídas a partir dessa política.....	29
Mapa 1 – Localização do território do PET-Saúde UFRGS - Distrito centro - Porto Alegre.....	28
Mapa 2 – Localização do território do PET-Saúde UFRGS- Distrito Glória/Cruzeiro do Sul- Porto Alegre.....	30
Gráfico 1 – Editais de 2008 a 2013- PRÓ e PET UFRGS e participantes.....	40
Tabela 1 – Distribuição dos participantes do PET-UFRGS conforme características dos indivíduos, programas e projetos PET.....	43
Tabela 2 – Percentagens de participantes que concordam parcial ou totalmente com o afirmado nos itens do Questionário de Avaliação de Supervisão Clínica.....	44
Tabela 3 – Médias das três medidas de percepção de efetividade do PET-UFRGS, conforme variáveis dos indivíduos e ano do edital PET.....	45
Tabela 4 – Distribuição das médias das três medidas de percepção de efetividade do PET-UFRGS, conforme a intenção de recomendar fortemente o PET a outros colegas.....	46
Tabela 5 – Distribuição dos motivos que contribuíram muito para o encerramento da participação no PET-UFRGS (Somente para os egressos no programa)	47

LISTA DE SIGLAS

OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação
SUS	Sistema Único de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
PRÓ-Saúde	Programa de Reorientação e de Educação pelo Trabalho para a Saúde
IES	Institutos de Ensino Superior
IDA	Programa de Integração Docente Assistencial
UNIDA	Associação Brasileira Rede Unida
CINAEM	Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médio
PROMED	Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos cursos de Medicina
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Ministério da Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIES	Comissões de Integração Ensino-Serviço
VERSUS	Vivências e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde
CIB	Comissões de Integração Ensino-Serviço e pactuadas na Comissão Inter gestores Bipartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
SIG	Sistema de Informações Gerenciais do programa
COORSAÚDE	Coordenadoria de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	16
1.1 OBJETIVO GERAL.....	16
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3 REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1 FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O SUS	17
3.2 APRENDIZAGEM PELA PRÁTICA E A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO	18
3.3 PROJETOS DE ENSINO PELO TRABALHO: INTERAÇÃO DAS UNIVERSIDADES E O SUS	19
3.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE: UMA ESTRATÉGIA DO SUS.....	22
3.5 APROXIMAÇÃO DAS UNVERSIDADES COM O SUS: PRÓ-SAÚDE E PET SAÚDE	23
3.6 PRÓ E PET SAÚDE UFRGS	27
3.7 OS ATORES: ALUNOS, TUTORES E PRECEPTORES.....	31
4.METODOLOGIA	33
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	33
4.2 POPULAÇÃO ALVO E PARTICIPANTES.....	33
4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS.....	34
4.4 CARACTERÍSTICAS DOS INDIVÍDUOS E DOS PROGRAMAS PET	34
4.5 MEDIDAS DE PERSPECTIVA DOS PARTICIPANTES SOBRE O PET-SAÚDE.....	35
4.6 PERCEPÇÕES DA EFETIVIDADE PET-UFRGS.....	35
4.7 ANÁLISE DE DADOS.....	37
4.8 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS.....	38
5 RESULTADOS	38
5.1 PARTICIPANTES.....	38
5.2 VALIDADE DAS MEDIDAS DE EFETIVIDADE PERCEBIDA	39
5.3 EFETIVIDADE DO PET-UFRGS E FATORES ASSOCIADOS.....	40
5.4 MOTIVOS DA SAÍDA DO PROGRAMA	42
6 DISCUSSÃO	48
7 CONCLUSÃO	51
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	53

ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SUPERVISÃO CLÍNICA ADAPTADO AO PET-SAÚDE/UFRGS.....	59
---	-----------

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) é uma iniciativa de integração ensino, serviço e comunidade realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação desde 2008. Visa qualificar a formação profissional acadêmica e a educação permanente dos profissionais do SUS e das universidades para a atenção integral à saúde. O PET-Saúde é implementado por meio de projetos de ensino pelo trabalho em áreas de interesse das políticas de saúde pública, especificadas em editais como, por exemplo: Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Redes de Atenção à Saúde. Os projetos PET-Saúde são elaborados e executados em uma parceria das Universidades com os serviços públicos de saúde durante dois anos, com financiamento do Ministério da Saúde, através de bolsas aos participantes e recursos para atividades pedagógicas. Os participantes são alunos de graduação da universidade que realizam atividades de iniciação ao trabalho no PET-Saúde (20h/semanais), sob a preceptoría de profissionais de saúde do SUS (8h/semanais), ambos sob a tutoria de um professor da universidade (10h/semanais).

De acordo com os estudos revisados, há grande interesse em conhecer a efetividade do PET-Saúde como estratégia de educação para o SUS para que os gestores, áreas envolvidas no processo e as instâncias governamentais possam promover melhorias, ampliação e incentivos à continuidade do programa. Os estudos investigam diversos temas, incluindo a definição de impacto do PET na perspectiva de alunos, preceptores e tutores (GUSMÃO, 2015), a descrição dos aspectos estruturais, operacionais, pedagógicos e de relacionamento interpessoal que dificultam ou facilitam a educação pelo trabalho (CALDAS, 2012; LIMA, 2014) e o impacto do PET na formação profissional e na educação permanente (RODRIGUES, 2012; CHAVES, 2012; OLIVEIRA, 2016).

Poucos estudos analisam simultaneamente a perspectiva de alunos, preceptores e tutores (GONÇALVES, 2011; ASSEGA, 2011; GUSMÃO, 2015; BATISTA, 2016). Nenhum estudo encontrado contempla participantes de diversos editais do PET-Saúde. Esta fragmentação da população em estudo dificulta a compreensão global do PET-Saúde, havendo necessidade de estudos mais abrangente. Predominam os estudos de metodologia qualitativa, que oportunizam aos respondentes descreverem detalhadamente sua experiência, mas não permitem quantificar a distribuição das experiências no PET entre grupos definidos por

características dos indivíduos e dos programas PET. Os poucos estudos quantitativos têm tamanho amostral relativamente pequeno ($n < 130$) e enfocaram somente em alunos (caldas, 2012; PINTO, 2006). Portanto, a efetividade do PET-Saúde ainda é pouco conhecida.

Este estudo é original ao investigar três aspectos fundamentais da efetividade do PET-Saúde (clareza do propósito, adequação do processo e impacto) e fatores associados, em uma pesquisa de base populacional da percepção de alunos, preceptores e tutores ativos e egressos do PET-Saúde, em uma universidade com seis anos de experiência no programa.

A proposta é avaliar o PET-Saúde como estratégia de educação permanente para o SUS, na perspectiva de alunos, preceptores e tutores desse programa na Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS e fatores associados. Descrever o perfil dos participantes e egressos e a percepção destes sobre o propósito do PET- SAÚDE UFRGS, o processo de ensino-aprendizagem nesse programa e seu impacto sobre a atividade profissional.

Espera-se que o conhecimento produzido possa subsidiar avanços na efetividade do PET-saúde e de outras iniciativas de integração ensino-serviço comprometidos com a formação profissional e a educação permanente para o SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a efetividade do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na perspectiva de alunos, preceptores e tutores da UFRGS no período de 2008 a julho de 2015.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever a percepção dos alunos, preceptores e tutores sobre o propósito do PET- Saúde UFRGS, o processo de ensino-aprendizagem nesse programa e seu impacto sobre a atividade profissional dos participantes.
- b) Identificar fatores associados a efetividade do PET - Saúde UFRGS percebida pelos participantes desse programa.

3 REVISÃO DA LITERATURA

O referencial teórico que orientou este trabalho está fundamentado nos seguintes conceitos básicos: formação dos profissionais da área de saúde, integração da rede de ensino aprendizagem no exercício do trabalho e educação permanente para o SUS.

3.1 FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O SUS

A qualificação dos cursos de graduação na área da saúde e a educação permanente para o SUS por meio da interação ensino-serviço têm sido enfatizadas desde a Reforma Sanitária na década de 70, a 8ª Conferência Nacional de Saúde e I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde em 1986 e a Constituição Federal de 1988, que legitimou a saúde como um direito de cidadania e dever do Estado (BRASIL, 1996; BRASIL, 1988; BRASIL).

O grande desafio tem sido a formação de trabalhadores de Saúde para o SUS que atenda integralmente à saúde de toda a população, atuando na determinação social do processo saúde-doença, predominantemente pela atenção básica à saúde, em oposição ao ensino centrado no modelo médico assistencial predominantemente privado, curativo, individual, fortemente especialista e hospitalocêntrico (FEUERWERKER; MARSIGLIA, 1996; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005). As deficiências nos aspectos técnicos, éticos e de consciência social no processo formador, considerando as diferentes realidades brasileiras, são fragilidades na formação de recursos humanos e um dos responsáveis pela ineficiência do setor da saúde (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b).

A necessidade de qualificação dos cursos de graduação na área da saúde e a integração ensino-serviço têm sido consideradas um desafio para a área da saúde e educação. Diversas iniciativas para colocar isso em prática têm sido realizadas em parcerias entre as Universidades e o SUS, como o PRÓ-Saúde, PET-Saúde e mais recentemente o PRÓ-PET Saúde (SILVA; MIGUEL; TEIXEIRA, 2011).

A Criação de fato do SUS se deu pela promulgação da Lei nº 8.080, em 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; baseado em princípios de universalidade, integralidade e equidade, enquanto suas diretrizes organizativas consistem

na descentralização e regionalização, hierarquização, resolutividade, participação comunitária e complementaridade do setor privado (BRASIL, 1990).

Dentre das atribuições elencadas ao SUS, pela Constituição Federal de 1988, consta a participação na formação de Recursos Humanos na área da Saúde e desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 1988). Dessa forma, para realizar a consolidação do SUS, uma atenção especial deve ser dada à questão de formação dos recursos humanos por meio do ensino ajustado aos princípios e diretrizes do SUS, formando profissionais voltados à promoção de saúde, considerando os aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença de cada local e região.

Nesse sentido é preciso conhecer como essa formação vem sendo construída, considerando as relações das Universidades brasileiras com o SUS e o Ministério da Educação.

3.2 APRENDIZAGEM PELA PRÁTICA E A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

Ao olhar para a Filosofia da Educação, é possível tecer palavras e laços compondo uma longa trajetória até chegar à educação pelo trabalho, pois, considerando as nações de maior poder na antiguidade, praticamente não se encontram registros de uma educação formal cuja finalidade básica fosse à preparação para o trabalho produtivo. O aprendizado de fato se dava a partir da prática, ou seja, antes de poder fazê-las, aprendemo-las fazendo (PESSANHA, 1991).

Os conceitos e as realidades do mundo do trabalho retratam as necessidades de cada época e está em constante evolução e maior complexidade, sob o ponto de vista de uma nova formação para o trabalho: além da aprendizagem de uma profissão, é preciso adquirir uma competência mais ampla, que prepare o indivíduo para enfrentar numerosas situações, muitas delas imprevisíveis, e que facilite o trabalho em equipe (DELORS, 2010).

É constante a discussão no campo da saúde com relação à formação profissional, uma vez que há mudanças em vários aspectos, entre eles, o delineamento epidemiológico da população, fazendo com que surja a necessidade de um novo perfil profissional. A adequação desse perfil desejado vem sendo direcionada à organização de trabalho, tendo como eixo principal a articulação entre a formação e o processo de trabalho, originando

concepções, como: aprendizagem significativa, integração ensino-serviço-comunidade e educação permanente em saúde.

No Brasil, tais questões adquirem maior visibilidade na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que direciona as intervenções para uma formação articulada com o SUS, tendo as redes de serviços de saúde como cenário de aprendizagem e as competências a serem desenvolvidas como característica do perfil profissional a ser formado (BRASIL, 2004 a). Tal política, lançada em 2004 e atualizada por meio de portarias ministeriais, afirma o papel do Ministério da Saúde como ordenador da formação profissional em saúde e apresenta, em sua implantação, estratégias que compreendem a promoção de ações voltadas para a aproximação da formação com os serviços públicos. Para operacionalizar tais estratégias, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, lança editais convocando as Instituições de Ensino Superior (IES) a apresentarem propostas para o desenvolvimento de ações de formação nos cenários das redes de serviço do SUS (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009c). Um exemplo é o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), que preconiza o processo ensino-aprendizagem na rede de serviços, envolvendo docentes, estudantes, equipes de saúde dos serviços e usuários do SUS (ARAUJO; ZILBOVICIUS, 2008; BRASIL, 2008).

3.3 PROJETOS DE ENSINO PELO TRABALHO: INTERAÇÃO UNIVERSIDADES E SERVIÇOS DO SUS

Hoje são adotadas como prática pelas Universidades, o ensino extramuros no qual estão envolvidas as áreas de educação e saúde. Pode-se traçar a evolução histórica na sucessão dos fatos que levaram a interação entre as universidades e os serviços do SUS, de forma a contextualizar a criação do PET-Saúde.

Em 1981, o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA), criado na esfera do Ministério da Educação, desenvolvia projetos de formação profissional, inserindo os alunos em unidades de atenção primária, colocando-os em contato direto com a realidade do SUS e favorecendo a articulação entre academia e serviços de saúde (FEUERWERKER; SENA, 2002). Entretanto, apesar dos avanços e das inúmeras experiências que surgiram em todo o país, este se limitou à assistência em saúde, com pequena aderência de docentes, com fragmentação das ações e com resultados pouco significativos na transformação curricular (TORRES, 2005).

No início da década de 90, com a finalidade de redimensionar o Programa IDA, surge o Projeto UNI, com enfoque na multiprofissionalidade, estágios obrigatórios na comunidade, ênfase em disciplinas ligadas a epidemiologia, apoiados por sistemas locais de saúde (MACHADO, 2005). O programa entendia que os processos de mudança deviam continuar a ocorrer na comunidade, de forma a superar a dissociação entre o que era proposto academicamente e o que era possível aplicar na prática, articulando um amplo conjunto de serviços de saúde, universidades e organizações comunitárias (ALMEIDA et al., 1999).

Ainda nos anos 90, foi sistematizado e implementado na América Latina a reunião dos dois projetos, IDA e UNI que propunham a integração docente-assistencial e a articulação ensino-serviço-comunidade, respectivamente. Dessa união foi estruturada a rede UNI-IDA, posteriormente chamada de Rede Unida, trazendo novos rumos como a adoção da multiprofissionalidade, gestão participativa, ou seja, dando voz aos usuários, ampliação e interação com o sistema de saúde – interface entre os mundos ensino e trabalho (FEUERWERKER; SENA, 2002; SCHIMIDT, 2002). A Rede Unida contribuiu para articular as instituições em torno de mudanças e novas experiências para a formação profissional em saúde (TEIXEIRA; PAIM, 1996).

Em 1991, a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) traz uma discussão promissora sobre a qualidade do ensino médico com avanços importantes que ultrapassaram as fronteiras da área da medicina, oportunizando uma reflexão importante para as demais profissões da saúde (TEIXEIRA, 1996; GONZALEZ, 2010).

No início do ano 2000, se rompeu a noção de currículo mínimo na organização dos cursos de graduação, já que as necessidades locais eram muito diversas. Surgiram, assim, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001 a 2004, estabelecendo que o eixo do desenvolvimento curricular devesse estar dentro das reais necessidades de saúde da população assistida, de maneira a promover a saúde (BRASIL, 2001).

Em 2002, nasce o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos Medicina (PROMED), através dos Ministérios da Saúde, da Educação e da OPAS, propondo ações que ajustassem a formação médica aos preceitos do SUS, dispondo cooperação técnica às reformas curriculares e incentivando a oferta de estágios nos hospitais universitários e nos serviços de atenção básica à saúde (OLIVEIRA, 2008).

Em 2003, houve a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, o que favoreceu a aproximação estratégica entre

saúde e educação. Amplia-se, assim, a qualificação da força de trabalho por meio de ações de educação permanente em saúde, articulando a formação profissional às práticas dos serviços de saúde (BRASIL, 2003; HADDADI et. al., 2009).

No período entre 2003 e 2004, é lançado o projeto VER-SUS/Brasil que tem como proposta oportunizar a prática através de estágios e vivências dentro da realidade SUS, pois reconhece o sistema de saúde como espaço de ensino e aprendizagem. Inicialmente foi feito um projeto-piloto no início de 2004, que envolveu 10 cidades da Rede de Municípios colaboradores de Educação Permanente em Saúde e 99 estudantes (TORRES, 2005). Ainda em 2004, foi lançado o AprenderSUS que desempenha um papel significativo no debate da integralidade da atenção à saúde como eixo de mudança da formação profissional (BRASIL, 2004b).

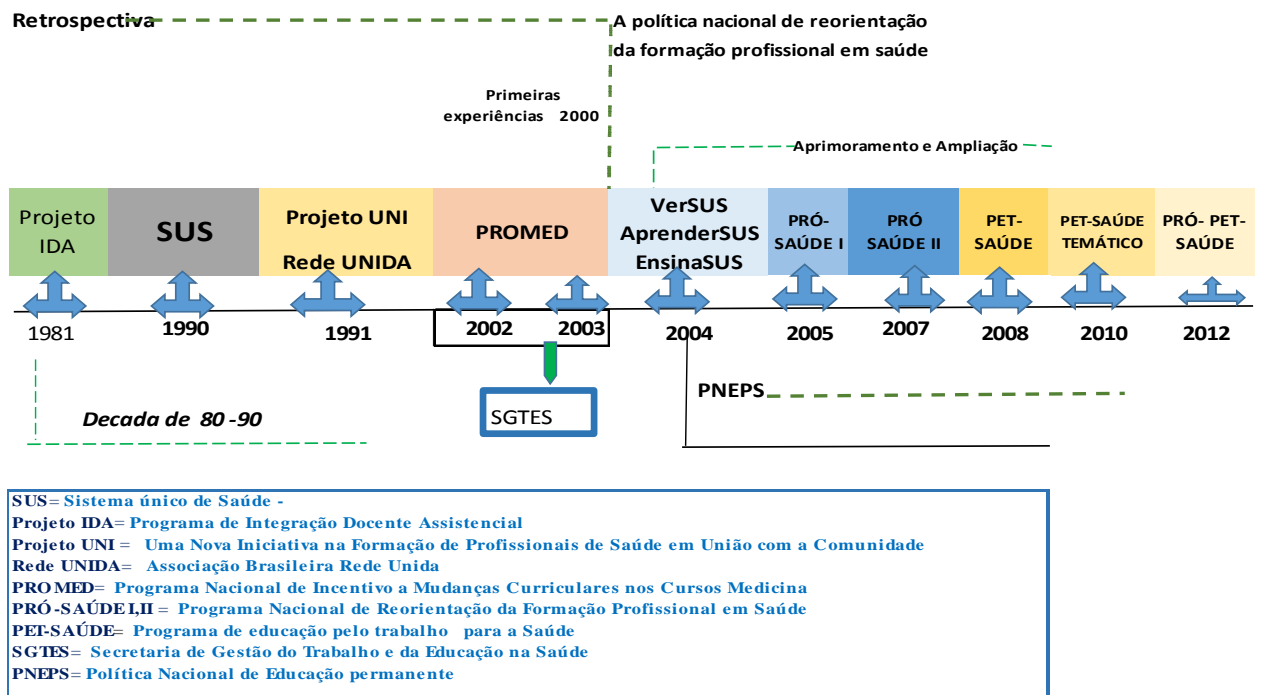
Uma iniciativa relevante no âmbito do AprenderSUS foi o projeto denominado EnsinaSUS, que contemplou uma série de pesquisas e experiências inovadoras que impulsionaram mudanças na formação e educação permanente em saúde, fornecendo referenciais teóricos para o campo (KOIFMANN, 2007).

Seguindo a cronologia das ações na evolução da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde, surge, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), fazendo parte das estratégias de mudanças nos processos educacionais em saúde. Neste mesmo ano, as diretrizes políticas propuseram a implantação do Polo de Educação Permanente para o SUS, reunindo representantes da gestão e da área da educação, com atribuição de detectar problemas e elaborar projetos voltados para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde em um território (BRASIL, 2004a). Essas diretrizes se originaram dos processos de mudança na formação universitária, encaminhadas pela instituição da Lei de Diretrizes e Bases da Educação-LDBN, 1996(BRASIL, 1996).

Em 2005 e 2007 surgem os programas PRÓ-SAÚDE I e II. Em 2008, é criado o PET-SAÚDE. Em 2012, ocorreu a aliança do PRÓ-SAÚDE com o PET-SAÚDE, resultando no PRÓ-PET-SAÚDE. Estes programas serão abordados com maiores detalhes em tópicos a seguir.

Na linha do tempo abaixo, ilustra-se a cadeia sucessiva de ações que compõe a evolução da política nacional de reorientação da formação do profissional em saúde.

Figura 1 - Fatos que antecederam a política nacional de reorientação da formação profissional em saúde e as principais ações instituídas a partir dessa política.



3.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE: UMA ESTRATÉGIA DO SUS

A Política Nacional de Educação Permanente para o SUS, iniciada em 2005, é considerada o marco inicial da cadeia de ações que evoluíram para a articulação da Saúde e Educação na formação dos profissionais da área da Saúde. Foi instituída através da Portaria 198, em 13 de fevereiro de 2004, e substituída pela Portaria 1996 de 20 de agosto de 2007, efetivando-se como uma estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores na área do SUS (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2007a).

O conceito de Quadrilátero da formação é utilizado pelo SUS de forma a dar sustentação à ideia que reúne ensino-trabalho-cidadania e marca o encontro da saúde com a educação, onde a Educação Permanente em Saúde é composta pelo ensino, que envolve a educação formal, educação em serviço, educação continuada; trabalho que compreende a gestão setorial, práticas profissionais, serviço e cidadania, incluindo o controle social, práticas participativas, os movimentos populares ligações com a sociedade civil (CECCIM; FERLA, 2005).

No período entre 2004 e 2007, a Educação Permanente ganha força e passa a ser reconhecida como uma estratégia para a gestão de recursos humanos na área de saúde, que busca reorientar e qualificar a formação profissional, dentro do novo modelo de atenção à saúde (CONTERNO; LOPES, 2013).

Dessa forma, a Educação Permanente passa a ser fundamental no processo de formação, produção de conhecimentos e prestação de serviços à população, como uma ferramenta para ampliar a qualificação dos profissionais da saúde em serviço, abordagem integral do processo de saúde e doença (CECCIM; FERLA, 2005).

A partir de 2007, são operadas significativas transformações na trajetória da política nacional, iniciando um novo momento na sua configuração. É neste ano que se cria a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde e que são redefinidas as diretrizes de implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, decorrente da criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), no interior dos quais se estruturam as Comissões de Integração Ensino-Serviço-CIES (BRASIL, 2009a).

3.5 APROXIMAÇÃO DAS UNIVERSIDADES COM O SUS: PRÓ SAÚDE E PET-SAÚDE

Em 2005, é instituída a Portaria conjunta nº 2.118, que dá sustentação à parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação de forma a possibilitar a cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 2005 a).

No mesmo ano é instituído o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), inspirando no PROMED, marcado por um contexto desafiador na implementação de estratégias para reformulação da formação para o SUS. O Programa pode ser denominado como PRÓ-SAÚDE I, e contemplava inicialmente os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, sendo que, posteriormente, é ampliado para outros cursos da saúde e passa a ser considerado com PRÓ-SAÚDE II (BRASIL, 2005b).

A finalidade é a aproximação das Instituições de ensino superior com os serviços públicos de saúde, tendo como suporte a reorientação da formação profissional e a abordagem integral do processo saúde-doença a partir da atenção básica. Os objetivos principais são o estabelecimento de mecanismos de cooperação técnica entre gestores do SUS e as instituições acadêmicas e a ampliação da duração da prática educacional nos serviços do SUS (BRASIL, 2005a; STANGA; REZER, 2015).

Com a implementação do Pró-Saúde, esperava-se a substituição do modelo de formação individual - de caráter fortemente especialista e hospitalocêntrico – para um processo formativo que levasse em conta os aspectos socioeconômicos e culturais da população. Preconizava-se a articulação com o sistema público de saúde por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos; da difusão da educação profissional como um processo permanente; da busca pelo equilíbrio entre a excelência técnica e os fatores de ordem social; e das mudanças no desenvolvimento das pesquisas em saúde em prol do SUS (BRASIL, 2005b; SILVA et al.,2009).Tais argumentos, dentre outros, se constituem nas bases para o desenvolvimento dos projetos institucionais que o programa propõe.

A adesão ao PRÓ-Saúde I era feita por submissão de um projeto por curso, acompanhado de uma carta-compromisso da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e apreciado pelos colegiados dos cursos de graduação. A seleção de propostas ficava a cargo da comissão assessora nacional que avaliava a sua conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Como mecanismos de condução nacional, acompanhamento e avaliação, têm-se a constituição de um conselho consultivo, composto de órgãos e instituições governamentais, do movimento estudantil, conselhos e associações profissionais, e as comissões assessoras e executivas, responsáveis pela administração do programa, apoio técnico e avaliação da execução da política, bem como ações de seleção, acompanhamento e avaliação dos projetos. O financiamento ficava a cargo da programação orçamentária do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b).

Os anos 2005 e 2006 configuraram os passos iniciais da política e observava-se uma restrição quanto às faixas profissionais contempladas pela iniciativa (HADDADI et al., 2009). Em 2007, o PRÓ-Saúde é ampliada para os demais cursos da área de saúde (Pró-Saúde II), os quais, em parceria com as secretarias municipal e estadual de saúde, estruturariam um projeto institucional para adesão ao programa. Prevê-se a constituição das Comissões Estadual e Local de Gestão e Acompanhamento do programa, reunindo representantes da gestão estadual, municipal e dos Conselhos de Saúde, além dos coordenadores dos projetos e dos docentes e discentes envolvidos (BRASIL, 2007b).

O PRÓ- Saúde I contemplou 90 cursos das 181 propostas candidatas, sendo 38 de medicina, 27 de enfermagem e 25 de odontologia. Os projetos receberam recursos financeiros num total de nove milhões de reais, repassados para os fundos de saúde de 49 municípios participantes em todo o Brasil (BRASIL, 2005b). No PRÓ-Saúde II, 68 projetos

foram aprovados, contemplando 354 cursos da área de saúde. Os recursos financeiros compreenderam cerca de cinquenta e três milhões de reais, envolvendo 77 secretarias de saúde (BRASIL, 2007b). É possível evidenciar a ampliação ocorrida no programa, registrada, pelo maior número de cursos contemplados (quase quatro vezes mais cursos em 2007 em relação a 2005) e pelo aumento no volume de recursos financeiros disponibilizados, bem como a maior participação de secretarias de saúde na construção e implantação dos projetos e ações.

Em 2008, surge o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), no bojo dos avanços obtidos com o PRÓ-Saúde, fortalecendo ainda mais a parceria interministerial saúde e educação. O programa tem o foco nos estudantes de graduação e de pós-graduação, na rede de serviços, por meio de vivências, estágios, iniciação ao trabalho e programas de aperfeiçoamento e especialização. Evidencia ainda a necessidade de incentivos aos profissionais e docentes e destaca a importância das necessidades dos serviços se tornarem objeto de pesquisa e fonte de produção do conhecimento nas instituições acadêmicas (BRASIL, 2008).

A proposta do PET-Saúde é favorecer a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, a constituição de grupos de aprendizagem tutorial, a interdisciplinaridade e a integração ensino-serviço, incluindo um plano de pesquisa em atenção básica. O grupo PET é formado por um tutor acadêmico, que coordena atividades de 30 alunos, sendo 12 deles bolsistas de iniciação ao trabalho, orientados por preceptores nos serviços de saúde (BRASIL, 2007b; BRASIL, 2009b). Os projetos para adesão ao programa são assinados conjuntamente pelo gestor municipal e pela instituição de ensino superior (IES), responsáveis também pela definição dos critérios de seleção dos preceptores. As propostas são apreciadas nas Comissões de Integração Ensino-Serviço e pactuadas na Comissão Inter gestores Bipartite (CIB) e no Conselho Municipal de Saúde (CMS). Em 2010, o programa passa por mudanças possibilitando o desenvolvimento de grupos PET, temáticos em Saúde da Família, Vigilância em Saúde e Saúde Mental (BRASIL, 2010).

A condução nacional do PET-Saúde fica a cargo do DEGEG/SGTES, que tem a atribuição de apreciar as propostas, sugerir mecanismos de funcionamento, aprimoramento e avaliação dos grupos PET. As instituições de ensino superior têm a atribuição de selecionar os estudantes e os tutores acadêmicos, e as secretarias de saúde indicam os nomes dos preceptores.

A Comissão de Avaliação do PET-Saúde se manifesta em relação ao desempenho dos grupos tutoriais e da necessidade de expansão ou extinção dos mesmos (BRASIL, 2009 a). Os incentivos à implementação envolvem a oferta de bolsas aos alunos participantes, aos docentes das IES e aos preceptores nos serviços de saúde. A concessão das bolsas está condicionada à constituição e manutenção, sob atribuição da IES, dos Núcleos de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica. A entrada/desligamento de bolsistas, suspensão e concessão de bolsas, bem como o acompanhamento mensal dos pagamentos é realizada pelo Sistema de Informações Gerenciais do programa – SIG- PET-Saúde (BRASIL, 2010).

No PET-Saúde, foram aprovados 84 projetos de 68 instituições de ensino superior em parceria com 71 secretarias de saúde, tendo sido constituídos 306 grupos PET, em 2009, quando onze mil estudantes participaram do programa, com cerca de cinco mil bolsas concedidas. Em 2010, aprovou-se 111 projetos, envolvendo 84 IES e 96 secretarias de saúde, e 461 grupos tutoriais (neste ano, já sob a denominação de ‘Saúde da Família’). Em maio do mesmo ano foram mais 70 projetos e 122 grupos PET temáticos de Vigilância em Saúde (VS), envolvendo 60 IES e 59 secretarias de saúde. Quanto às bolsas concedidas, o PET-Saúde/Saúde da Família contou com 8.700 bolsas/mês e cerca de dezessete mil estudantes, preceptores e tutores. O PET-Saúde/VS concedeu cerca de 1.300 bolsas/mês no ano de 2010 (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2009c).

Observa-se, entre 2009 e 2010, significativa ampliação do programa, com aumento no número de projetos aprovados, na quantidade de atores e instituições mobilizados e nos incentivos concedidos por meio das bolsas. Destaca-se a mobilização dos atores das gestões estadual e municipal na implementação local da política, com ativa participação na construção conjunta das propostas, no estabelecimento de parcerias e na composição de comissões estadual e local de gestão dos projetos. São também relevantes os incrementos nos recursos financeiros para a readequação dos serviços de saúde e o aprimoramento dos instrumentos e aspectos conceituais da política, na busca pelo fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2010). O PET-Saúde, especificamente, passou por uma sucessiva incorporação de novas diretrizes e ajustes dos instrumentos de implementação.

A partir de 2010, a criação dos PET^S temáticos sinaliza para novos rumos da política, indicando o início de um terceiro momento de sua institucionalização, avançando na diversificação de atores e instâncias nas variadas frentes de atuação do SUS, para além da

atenção básica à saúde. Os PRÓ-Saúde e PET-Saúde demonstraram um aprimoramento na cadeia evolutiva do processo e para maior potencialização dos mesmos, adotou-se, então, um programa único, unindo os dois processos através do PRÓ-PET Saúde (BRASIL, 2013).

3.6 PRÓ E PET- SAÚDE UFRGS

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), enquanto instituição de ensino superior, atua na formação de profissionais de diversas áreas da saúde e na permanente qualificação e produção de conhecimentos, visando contribuir com o desenvolvimento econômico e social na região sul do Brasil e também na comunidade internacional. A Universidade se mostra comprometida com a reforma curricular instituída pelas Diretrizes do MEC (2001), e vem realizando vários programas e ações com o Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de forma a desenvolver um Projeto Político Institucional para a formação na área da saúde, integrar os cursos existentes para as DCN, estreitar as relações com o SUS e articular os seus projetos em saúde.

No ano de 2009 a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, iniciaram a implantação do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET-Saúde (Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802 e do Edital nº 12/2008-MS/MEC), e contou inicialmente com a participação de oito grupos de PET-Saúde e seis cursos de graduação da UFRGS: Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia.

Desde a sua implantação, a UFRGS (coordenado pela COORSAÚDE) participou dos editais relacionados diretamente à Saúde da Família e, desde 2013, desenvolve o programa com ações voltadas à formação das Redes de Atenção à Saúde. Atualmente, o PET-Saúde conta com 15 grupos de trabalho, nos quais, podem participar todos os cursos categorizados como área da Saúde da UFRGS: Saúde Coletiva, Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia e Serviço Social (RIFFELI et al., 2013; UFRGS; COORSAÚDE, 2016).

O PET Saúde UFRGS é constituído por sete subprojetos, são eles:

1. PET Saúde:

1.1 Redes cegonha;

- 1.2 Promoções da saúde, prevenção e cuidado de doenças crônico degenerativas: atividades físico-práticas corporais & alimentação saudável/cultura alimentar manejo do diabete e hipertensão na atenção primária;
- 1.3 DST/HIV/AIDS na rede de atenção primária em saúde;
- 1.4 Redes de atenção psicossocial a usuários de drogas;
- 1.5 Observatórios de saúde: vigilância de indicadores de monitoramento e avaliação de programas e participação da comunidade;
- 1.6 Gestões das ações de integração ensino-serviço e educação permanente em saúde no distrito glória/cruzeiro/cristal;
- 1.7 Articulações dos serviços de urgência/emergência e saúde mental na atenção primária à saúde para o cuidado integral e continuado em Porto Alegre/RS.

2. PET REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE é constituído de 5 subprojetos, são eles:

- 2.1 Cegonhas amamentam;
- 2.2 Implantações de linha guia;
- 2.3 Redes de atenção psicossocial;
- 2.4 Redes atenção psicossocial;
- 2.5 Gestão e educação.

3. PET VIGILÂNCIA é constituído de 3 subprojetos, são eles:

- 3.1 PETS vigilância e gestão clínica;
- 3.2 PETS violência;
- 3.3 PETS avaliação.

O PET Saúde UFRGS tem sua área de atuação em dois territórios assistenciais do sistema municipal de saúde de Porto Alegre, são eles o Distrito Centro e Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal. Constituem-se nos territórios onde há a integração saúde-escola, para iniciativas de ensino e extensão, além de atividades de pesquisa da UFRGS. As áreas de atuação são ilustrados pelos mapas logo a seguir.

3.7 OS ATORES: ALUNOS, TUTORES E PRECEPTORES

Nos programas PRÓ-PET Saúde, a integração ensino-serviço-comunidade ocorre por grupos tutoriais compostos por alunos, preceptores e um tutor. Nesses grupos, os alunos bolsistas PET desenvolvem atividades de serviço e pesquisas orientadas pelo tutor e preceptor (BRASIL, 2013). Devem acompanhar todas as atividades desenvolvidas pelo programa, cumprindo a carga horária mínima semanal de 8h, para a bolsa PET-Saúde, e 12h semanais, para a bolsa de monitoria de Extensão (sendo 8h presenciais e 4h à distância). O Manual de Orientações Básicas/2006 estabelece que as atividades complementem a formação acadêmica, contemplando sua melhor qualificação como pessoa humana, como membro da sociedade e atuação coletiva (BRASIL, 2006).

Os preceptores são profissionais da saúde não acadêmicos que trabalham no SUS e tem como função supervisionar e orientar cotidianamente as ações dos alunos na prática em serviço. Espera-se que o preceptor integre o aluno ao ambiente de trabalho, o auxilie na construção de soluções para os problemas vivenciados, articulando conhecimentos e valores, fortalecendo a ética profissional, servindo como modelos para os acadêmicos (BOTTI; REGO, 2008; RODRIGUES, 2012). Esta função exige uma formação pedagógica para além das funções técnicas que lhes são atribuídas no serviço (LIMA et al., 2009). Observam-se, muitas vezes, dificuldades didático-pedagógicas e deficiência no planejamento do ensino-aprendizagem pela falta de capacitação específica para o preceptor, demonstrada em alguns estudos (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013). Importante destacar que a modalidade de ensino com a participação de preceptoria vem se destacando na formação acadêmica em saúde nos Programas de educação pelo trabalho no Brasil.

Por outro lado, outros aspectos devem ser considerados, como por exemplo, a natureza e extensão das relações desenvolvidas entre os preceptores e os novos profissionais, o preceptor pode ter, além da função de ensinar, as de aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento dos menos experientes e servem também de modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal do recém-graduado (BURKE, 1994; TRINDADE, 2000).

Soma-se a esta perspectiva, diversas vantagens da preceptoria quando adotada nos Programas, não só para os alunos, como para os próprios preceptores e a instituição (CYRINO, 2012).

O preceptor deve acolher o aluno na fase inicial da experiência no exercício profissional, redução do tempo necessário à autonomia, além de auxiliar no desenvolvimento de habilidades necessárias a um desempenho profissional qualificado, capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho; e tem também a função de ensinar, aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento dos futuros profissionais, muitas vezes servindo-lhes como exemplo e referência (BOTTI; REGO, 2008).

Tutores: cada grupo PET tem um tutor, que é um professor das Universidades, responsável pelo projeto PET, e que realiza a supervisão docente assistencial dos preceptores e alunos bolsistas daquele grupo PET.

Estudo realizado na Universidade de São Paulo, com tutores, com o objetivo de obter um consenso sobre o programa PET implantado na Universidade, estes consideraram a figura do tutor como um elo entre a academia e os serviços de saúde, e a do preceptor uma figura importante para a efetivação das atividades propostas (FÔNSECA; JUNQUEIRA, 2013).

Assim, fica evidente a importância de cada elo nessa cadeia, onde diferentes saberes e olhares se somam numa composição muito mais rica e abrangente, convergindo para o caminho do cuidado integral no atendimento de saúde a população.

Com isso, percebe-se a importância desses profissionais junto às universidades, uma vez que os mesmos influenciam, direta ou indiretamente, o processo educativo e de trabalho dos discentes, futuros profissionais, não somente do ponto de vista técnico-metodológico, mas também do ponto de vista social.

4 METODOLOGIA

Este estudo é parte de uma pesquisa mais ampla, com delineamento qualitativo e quantitativo intitulado “Impacto do PRO e PET-Saúde como estratégia de educação permanente em serviço: a experiência do PET-Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (Drachler *et al*, 2013), aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o número 562.811 e financiado pelo CNPq Chamada MCTI/CNPq/MS - SCTIE - Decit Nº 08/2013 sobre Pesquisa em educação permanente para o SUS e dimensionamento da força de trabalho em saúde.

4.1 DELINEAMENTOS DO ESTUDO

Este é um estudo transversal de base populacional com unidade de análise individual, cuja abordagem metodológica é quantitativa.

4.2 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo do estudo desta dissertação são os participantes dos projetos PET vinculados à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PET-UFRGS). Estes projetos são realizados desde 2008, por meio de uma parceria entre a Coordenadoria de Saúde dessa Universidade e a Secretaria da Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. O cenário de prática no SUS ocorre nos serviços municipais de saúde localizados nos distritos Glória, Cruzeiro, Cristal na região centro-sul e Centro de Porto Alegre.

Os participantes dos projetos PET-UFRGS são (a) alunos dos cursos de graduação da UFRGS atuando como alunos bolsistas do projeto PET, (b) profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre que trabalhem nos distritos de saúde participantes, atuando como preceptores dos alunos, e (c) professores universitários da UFRGS atuando como tutores do projeto PET. (UFRGS; PROGRAD, 2016).

4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Todos os alunos, preceptores e tutores, ativos e egressos (N= 553), de projetos PET-UFRGS desde o seu início em 2008 a 31 julho de 2014 foram identificados no registro desse programa na Coordenadoria de Saúde da UFRGS.

A pesquisa incluiu dados primários e secundários. Os dados primários foram coletados de setembro de 2014 a 16 agosto de 2015 por meio de questionários enviados pela Plataforma Eletrônica da UFRGS e em meio físico se preferido pelo participante. A correspondência enviada informava que a pesquisa visava conhecer a experiência do participante no PET-UFRGS e explicava os procedimentos de coleta de dados. Era esclarecido que o banco de dados não identificaria os nomes dos respondentes, as respostas seriam tratadas com sigilo pela equipe da pesquisa, mantendo a privacidade e a confidencialidade das informações. Devido a possibilidade de desatualização ou erros nos endereços de e-mails dos participantes, os não respondentes do questionário eletrônico foram procurados pelos pesquisadores através das redes sociais e contato telefônico. Aos que concordou em participar da pesquisa, o questionário foi novamente disponibilizado em meio eletrônico ou, em documento físico, entregue em mãos, conforme a preferência do participante. O banco de dados primários foi criado dentro da plataforma eletrônica da UFRGS por meio do programa Service Line UFRGS (CPD-UFRGS, 2014). Os questionários em meio físico foram depositados em urna lacrada e posteriormente digitados na plataforma da pesquisa na UFRGS.

Os dados secundários sobre os programas e projetos do PET-UFRGS e seus participantes foram fornecidos pela Coordenadoria de Saúde da UFRGS. A coerência e consistência desses dados foram examinadas em tabelas de contingência, os erros identificados foram corrigidos com informações dos participantes obtidas por telefone ou e-mails. Os bancos de dados primários e secundários foram unidos pelo número de identificação dos participantes por meio do pacote estatístico SPSS versão 20.00.

4.4 CARACTERÍSTICAS DOS INDIVÍDUOS E DOS PROGRAMAS PET

Essas variáveis foram elaboradas usando dados secundários fornecidos pela Coordenadoria de Saúde da UFRGS em 31 julho de 2015.

Sexo e idade do participante ao ingresso no PET-UFRGS: calculada a partir das datas de nascimento e de ingresso no programa. A idade foi agrupada em quartis calculada separadamente para (i) alunos e (ii) preceptores-tutores.

Área de graduação: Elaborada a partir do nome do curso de graduação, agrupado em três categorias (i) biomédica incluindo os cursos de Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição e Odontologia, (ii) Gestão e cuidado, incluindo Enfermagem e Saúde Coletiva e (iii) Psicossocial incluindo Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional e Educação Física e Comunicação)

Função e situação do participante no PET: A função foi coletada em três categorias alunos, preceptores e tutores; a situação em duas, ativo ou egresso.

Tempo de atividade no PET: Calculado separadamente para egressos e ativos no programa. Para os egressos foram calculados o intervalo de tempo entre a data de ingresso e a data de saída do programa; para os ativos, o intervalo de tempo entre a data de ingresso e a data de envio do questionário eletrônico.

Ano de publicação do edital e foco do programa PET: Registrada conforme os editais do Ministério da Saúde, agrupada em 2008-2010; 2011, 2012-2013, considerando o número de participantes em cada grupo.

4.5 MEDIDAS DA PERSPECTIVA DOS PARTICIPANTES SOBRE O PET-SAÚDE

Três tipos de variáveis foram elaborados com dados primários: (a) Percepção da efetividade do PET-UFRGS como estratégia de educação para a Saúde; (b) intenção de Recomendar o PET para os colegas e (c) Motivos do encerramento da participação no PET em egressos desse programa.

4.6 PERCEPÇÃO DA EFETIVIDADE DO PET-UFRGS:

Apontado por três indicadores, a percepção de (i) clareza dos propósitos do PET, (ii) adequação do processo de ensino aprendizagem e (iii) impacto na educação do participante. Para medir essas variáveis foi utilizado o Questionário de Avaliação de Supervisão Clínica (- Clinical Supervision Evaluation Questionnaire- CSEQ) (HORTON et al., 2008). Este é um questionário autoaplicável, desenvolvido na Inglaterra e validado para avaliar um programa

de educação permanente baseado na supervisão da prática, de profissionais do Sistema Único de Saúde Inglês, semelhante a avaliação a ser realizada neste estudo. Os questionários contêm 14 questões, organizadas em três sub-escalas: (a) propósito, (b) o processo e (c) o impacto do programa nos participantes. Cada questão investiga, por meio de uma escala Likert de 5 pontos, o quanto o respondente discorda ou concorda sobre a afirmativa expressa pela questão, codificados como 0='Discordo totalmente'; 1='Discordo em grande parte'; 2='Não sei- sem opinião, 3='Concordo em grande parte'; e 4='Concordo totalmente'. Para evitar a perda de indivíduos que não responderam até três itens a não repostas foi codificada como 2, semelhante à 'não sei - sem opinião'. Previamente à aplicação neste estudo, esse Questionário foi traduzido para o português por um pesquisador (Maria de Lourdes Dracheler) que participou do estudo de desenvolvimento e validação do questionário na Inglaterra. O questionário traduzido foi aplicado em estudo piloto em um projeto PET que não é da área da saúde (PET Tutorial da UFRGS; edital Ministério da Educação do PET tutorial (DRACHELER, 2013) e mínimas adaptações visando esclarecer os enunciados na língua portuguesa e o contexto do PET-saúde, conforme sugerido pelos participantes do estudo piloto. Os itens do Questionário de Avaliação de Supervisão Clínica Adaptado ao PET organizados pelas três sub-escalas são apresentados na Tabela 2, na sessão resultados:

Três indicadores da efetividade do PET-Saúde foram elaborados, especificamente: percepção do propósito do PET, percepção do processo e percepção do impacto do PET nos participantes medidas pelo escore médio em cada sub-escalas do Questionário (calculado pela soma de pontos dividida pelo número de itens da subescala). A divisão do total pelo número de itens permite a comparação dos resultados entre sub-escalas de tamanhos diferentes.

Duas outras variáveis indicadoras de efetividade do PET-Saúde foram coletadas para apoiar a validação externa do Questionário de Avaliação de Supervisão Clínica para a população do PET-Saúde-UFRGS:

- a) Intenção de recomendar o PET a outros profissionais: Investigada por uma pergunta aplicada aos ativos e egressos do programa, em que o respondente indicava se recomendaria o PET para outros colegas, medida em uma escala de três pontos (não recomendaria, recomendaria com restrições e recomendaria fortemente).

b) Motivos do encerramento da participação no PET: Investigada por 14 perguntas aplicadas aos egressos. Meu grupo PET encerrou totalmente as atividades; (2) Deixei de trabalhar no cenário de prática deste PET ou encerrei minhas atividades na UFRGS; (3) Eu me sentia um estranho no meu grupo; (4) Eu já tinha feito tudo que me interessava no PET; (5) Os horários do PET eram incompatíveis com outras coisas que eu tinha que fazer; (6) Eu me sentia despreparado para as atividades que queriam que eu fizesse no PET; (7) Eu tive que optar por outras experiências mais importantes para o meu currículo ou para a minha formação; (8) As atividades do meu grupo PET não eram as que eu esperava; (9) Não aguentava os atrasos no pagamento da bolsa PET; (10) O valor da bolsa PET era muito baixo; (11) O cenário de prática do meu PET era de difícil acesso pra mim; (12) Eu tinha problemas de relacionamento e conflitos de ideias com pessoas do meu grupo; (13) Recebi outra bolsa incompatível com a bolsa PET e (14) Eu estava assoberbado de atividades. O respondente marcava em uma escala Lickert de três pontos o quanto o descrito no item contribuiu para a sua saída do PET, codificada 0=não contribuiu; 1=contribuiu pouco e 2=contribuiu muito.

4.7. ANÁLISE DE DADOS

A distribuição dos participantes conforme características individuais e dos programas e projetos PET foi sumarizada por meio de frequências absolutas e relativas. A aceitação do Questionário de Supervisão Clínica (HORTON et al., 2008) pelos participantes da pesquisa foi medida pela taxa de itens não respondidos ou respondidas como `Não sei/sem opinião, sendo aceitáveis taxas menores do que 5% para cada item do questionário. O índice de consistência interna Chronbach- α como indicador da confiabilidade das medidas de percepção de efetividade do PET (clareza do propósito, adequação do processo e impacto) elaboradas pela aplicação desse questionário. Índices maiores do que 0,70 sugerem boa confiabilidade da escala para medira variável naquela população.

Medidas de tendência central e de dispersão (menor valor, maior valor, média e desvio padrão) foram utilizadas para descrever a distribuição das percepções de Clareza do propósito, Adequação do processo e Impacto do PET-Saúde nos participantes. A técnica de análise de variância foi utilizada para investigar a associação entre os três tipos de percepção

efetividade do PET-Saúde e as seguintes variáveis: (a) intenção de recomendar esse programa a colegas, (b) sexo, idade, área do curso de graduação, função do participante no programa e ano do edital PET-Saúde. Foi estabelecida a significância estatística de 5%. As análises foram realizadas utilizando o pacote estatístico SPSS 20.0.

4.8 CONSIDERAÇÕES BIOÉTIICAS

Este projeto de pesquisa foi incluído na Plataforma Brasil e realizado após apreciação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS. Seguiu as recomendações da Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Normas Éticas da pesquisa envolvendo seres humanos. Os sujeitos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e do caráter confidencial das informações obtidas. Quem não consentiu em participar foi excluídos do estudo e seus dados não foram incluídos nos resultados do estudo.

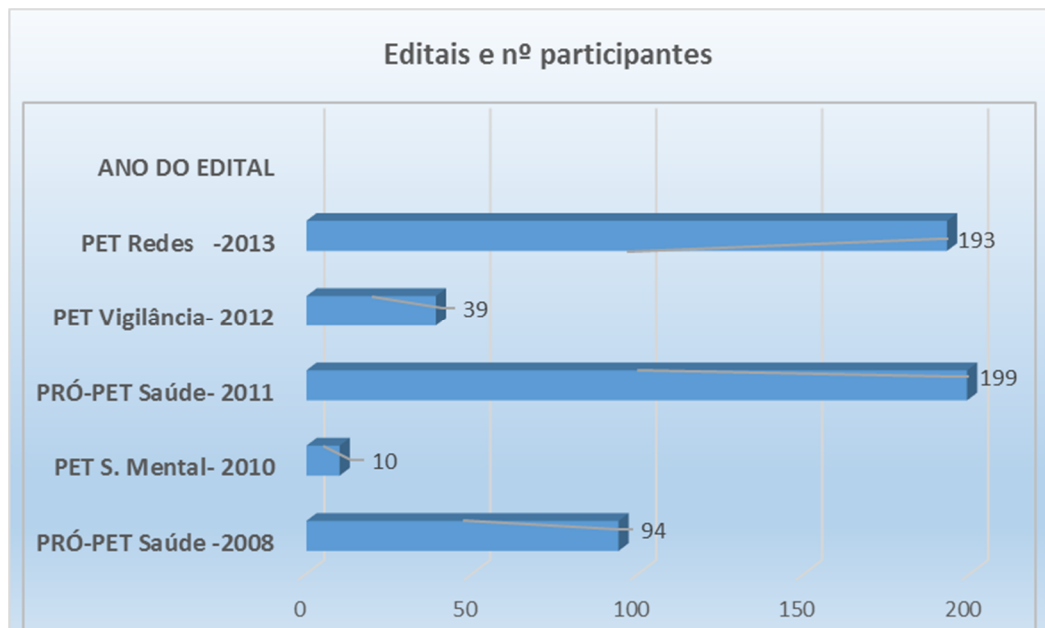
5 RESULTADOS

Esta sessão apresenta os resultados do estudo organizados em três partes: A primeira (5.1) descreve os participantes do estudo. A segunda (5.2) apresenta a percepção da efetividade do PET expressa pelos participantes e os fatores associados a essa percepção. A sessão (5.3) descreve, para os egressos do PET, o tempo de permanência no programa e os motivos de encerramento de sua participação no PET-UFRGS.

5.1 PARTICIPANTES

O PET-UFRGS incluiu 553 indivíduos desde 2009 até julho de 2015, sendo 140 preceptores, 27 tutores e 386 alunos da Universidade, com o número de participantes do PET-UFRGS crescendo dos editais mais antigos aos mais recentes (Saúde na atenção básica-edital 2008 (n= 94) e Saúde Mental- 2010 (n= 10) Pró Saúde e PET Saúde- 2011 (n= 199, Vigilância em Saúde-2012 (n= 39) e Redes de Atenção à Saúde-2013 (n= 193)

Participaram desta pesquisa 286 alunos, 159 preceptores e 25 tutores (n=134 +25), correspondendo a 95,2% do total de preceptores e tutores; e 74,1% dos alunos do PET_UFRGS. A área de graduação mais frequente foi a biomédica (49,9%; n=222/445) e a menos frequente, a psicossocial (16.2%; n=72/445). O edital com maior número de participantes foi o Pró Saúde e PET Saúde- 2011 (44,5%; n=198/445). O sexo feminino constitui (82,7% dos participantes (n=368/445). (Tabela 1) A idade dos alunos variou de 17,0 a 49,0 anos completos, primeiro quartil 20,0, mediana 22,0e quarto quartil 24,3 anos. Entre os preceptores e tutores, a idade variou de 24,0 a 59,0 anos completos, primeiro quartil 33,0, mediana 41,0 e quarto quartil, 48,0 anos completos.

Gráfico 1 – Editais de 2008 a 2013- PRÓ e PET UFRGS e participantes

5.2 VALIDADES DAS MEDIDAS DE EFETIVIDADE PERCEBIDA

A taxa de itens não respondidos ou respondidas como 'Não sei-sem opinião' foi menor do que 1,00% para todas as questões, indicando ótima aceitação do questionário. O índice de consistência interna foi maior do que 0,70 para as escalas de Adequação do Processo e de Impacto: (Chrombach- α alunos= 0,80 e 0,82; preceptores e tutores α =0,85 e 0,87 e total de participantes α =0,81e 0,85), sugerindo boa confiabilidade dessas medidas no PET-Saúde da UFRGS. A escala de Clareza do Propósito teve menor consistência interna (Chrombach- α alunos 0,64; preceptores-tutores 0,50; total de participantes 0,60), indicando baixa confiabilidade dessa medida no PET-Saúde da UFRGS. Os três indicadores de efetividade medidos pelo Questionário de Avaliação de Supervisão Clínica evidenciaram associação positiva com a forte intenção de recomendar o PET a outros colegas (ANOVA $p < 0,001$ para as três medidas; Tabela 3).

5.3 EFETIVIDADES DO PET-UFRGS E FATORES ASSOCIADOS:

A porcentagem de participantes do PET-Saúde da UFRGS que concordaram em grande parte ou totalmente com as afirmações sobre a efetividade desse programa é

apresentada na Tabela 2. Entre os alunos, as mais altas taxas de efetividade percebida ocorreram para itens de impacto (aproximadamente 90,0% concordam), mas a pior efetividade foi para o impacto no enfrentamento do stress do mundo do trabalho (58,4% concordam) e para dois itens de adequação do processo: clareza das regras de funcionamento do grupo e confiança mútua entre os membros do grupo (59,8% e 73,8% de concordância). Cerca de 90% dos preceptores e tutores concordaram com os três itens da percepção de clareza do propósito do PET e da sua participação nesse programa. A percentagem de preceptores e tutores concordou que houve impacto foi menor, principalmente no enfrentamento do estresse no trabalho (61,6%), na confiança para resolver questões de trabalho (70,4%) e na qualificação da prática em equipe multidisciplinar (73,6% de concordância)

Houve variação nos escores dos indivíduos nas três escalas. O escore de percepção de impacto do PET variou de zero a 4,00 e os escores de propósito e processo variaram 0,04 e 4,00 (onde zero implica que discorda totalmente com o afirmado em todos os itens da escala e 4,00 concorda totalmente com todas as afirmativas).

A Tabela 3 mostra que a média das escalas sobre propósito, processo e impacto foi aproximadamente 3,00, indicando que o programa foi efetivo em grande parte desses três aspectos do PET-Saúde. Essa tabela mostra ainda que os três aspectos da efetividade percebida fossem positivamente associados a forte intenção de recomendar o programa (ANOVA, $p < 0,001$).

Houve evidência de associação entre percepção de efetividade do PET e a função do participante no PET. Em média, a clareza do propósito foi menor e o impacto foi maior para alunos comparados aos demais (propósito ANOVA $p = 0,026$ e impacto ANOVA $p < 0,001$) e a adequação do processo aumentou com a hierarquia da função no programa do PET.

A percepção de impacto foi, em média, maior no sexo feminino (ANOVA $p < 0,024$). Houve associação linear positiva entre ano do edital e os três aspectos da efetividade do PET, com efetividade crescente dos primeiros editais (anos 2008-2010) até os editais mais recentes (2012-2013) (ANOVA $p < 0,001$).

A associação entre curso de graduação e processo do PET não foi estatisticamente significativa (ANOVA $p < 0,057$). Não houve evidência de associação entre idade ao ingresso no PET e os três tipos de medidas de efetividade do PET (ANOVA $p \geq 0,398$ para as três medidas).

5.4 MOTIVOS DE SAÍDA DO PROGRAMA

Ao responderem o questionário da pesquisa 51.0% dos alunos (n=147/286) e 48,0% dos preceptores e tutores (n= 77/159) eram egressos do programa. Os alunos egressos ficaram em média (16) meses no PET-Saúde - UFRGS, os tutores (16) meses e os preceptores (19) meses. Os motivos de saída do PET-Saúde-UFRGS mais citados foram: (a) encerramento do projeto PET (citado por > 36,0% dos egressos), (b) mudança de local de trabalho ou conclusão da Universidade (23,1 alunos e 38.9% preceptores e tutores), (c) opção por experiências mais impactantes (36,1% alunos e 11.6% preceptores e tutores), (d) incompatibilidade de horários ou excesso de outras atividades (>10% alunos), (e) inadequação do processo atividades desinteressantes (>10% egressos) e sentimento de isolamento, problemas de relacionamento e conflitos no grupo (>10% preceptores e tutores). (f) dificuldade de acesso ao cenário de prática (> 10% dos egressos) e (g) bolsa PET com valor baixo, atraso de pagamento e incompatibilidade com outras bolsas (> 10% alunos). (Tabela 5).

Tabela 1 – Distribuição dos participantes do PET-UFRGS conforme características dos indivíduos, programas e projetos PET (n=445).

Variáveis	Alunos		Preceptores e tutores		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Sexo						
Feminino	239	(83,6)	129	(81,3)	368	(82,7)
Masculino	47	(16,4)	30	(18,7)	77	(17,3)
Idade ao ingresso						
1º quartil	83	(29,0)	41	(25,8)	124	(27,9)
Mediana	132	(46,2)	78	(49,1)	210	(47,2)
2º quartil	71	(24,8)	40	(25,2)	111	(24,9)
Área de graduação *						
Biomédica	155	(54,2)	66	(41,8)	222	(49,9)
Gestão e cuidado	84	(29,4)	66	(41,8)	151	(33,9)
Psicossocial	47	(16,4)	26	(16,4)	72	(16,2)
Ano do Edital e Programa PET						
2008-Saúde na atenção básica	66	(23,0)	40	(25,1)	106	(23,8)
2010-Saúde Mental						
Pró Saúde e PET Saúde- 2011	128	(44,8)	70	(44,0)	198	(44,5)
Vigilância em Saúde-2012	92	(33,1)	49	(30,9)	141	(31,6)
Redes de Atenção à Saúde-2013						
Total	286	(100)	159	(100)	445	(100)

*O número de preceptores tutores área de graduação foi 158 por perda de informação para um indivíduo.

Tabela 2 - Percentagens de participantes que concordam parcial ou totalmente com o afirmado nos itens do Questionário de Avaliação de Supervisão Clínica (n=445).

Itens do questionário	Participantes	
	Preceptores e tutores n=159	Alunos n=286
	%	%
Propósito do PET		
1. O propósito do PET é melhorar o cuidado aos indivíduos e à população.	94,3	95,2
2. O propósito do PET é dar ao participante confiança na sua prática profissional.		89,5
3. Eu tinha clareza do que eu queria conseguir com a minha participação no PET. ^a	89,9	76,2
Processo de implementação		
4. Eu me sentia seguro em compartilhar no PET questões sobre a prática da atenção à saúde. ^b	80,5	81,5
5. As regras de funcionamento do meu grupo PET eram claras e bem estabelecidas. ^c	81,8	59,8
6. Aquilo que eu confienciava no meu grupo PET era respeitado.	81,1	86,7
7. Existia confiança mútua entre os membros do meu grupo PET.	80,5	73,8
8. Eu me sentia confiante em trazer ao meu grupo PET assuntos sobre o ensino-aprendizagem. ^d	76,8	86,7
Impacto do PET		
9. A experiência no PET me ajudou a me conhecer melhor. ^e	76,1	88,2
10. Eu adquiri novas idéias através do PET.	81,7	92,0
11. Participar do PET me tornava mais consciente das habilidades que eu precisava aprimorar.	81,1	87,7
12. O PET tem impacto positivo na qualidade da minha prática em equipe multidisciplinar. ^f	73,6	88,1
13. A participação no PET me ajudou a enfrentar o estresse do mundo do trabalho.	61,6	58,4
14. A experiência no PET ajudou a me sentir confiante em lidar com questões do trabalho em saúde. ^g	70,4	89,5

Nota: a=1 aluno não respondeu; b=2; c=1; d=3; e=3; f=1; g=2preceptor-tutor não respondeu.

Tabela 3 - Médias das três medidas de percepção de efetividade do PET-UFRGS, conforme variáveis dos indivíduos e ano do edital PET (n=445).

Variáveis	Escore de percepção de efetividade do PET					
	Propósito		Processo		Impacto	
	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)
Função no PET						
Aluno	3,19	0,73	2,96	0,87	3,16	0,72
Preceptor	3,38	0,64	3,04	0,98	2,80	1,02
Tutor	3,36	0,50	3,35	0,67	2,92	0,65
ANOVA, p=	0,026		0,097		<0,001	
Sexo						
Feminino	3,28	0,66	3,01	0,90	3,08	0,79
Masculino	3,16	0,83	2,96	0,90	2,84	0,99
ANOVA, p=	0,183		0,637		0,024	
Idade ao ingresso						
1º quartil	3,20	0,74	3,03	0,83	3,08	0,82
2º e 3º quartis	3,30	0,66	2,97	0,95	3,04	0,83
4º quartil	3,23	0,71	3,03	0,88	2,99	0,86
ANOVA, p=	0,398		0,848		0,736	
Área de graduação						
Biomédica	3,24	0,67	2,90	0,92	2,98	0,85
Gestão e cuidado	3,30	0,72	3,12	0,90	3,11	0,84
Psicossocial	3,22	0,71	3,09	0,77	3,07	0,79
ANOVA, p=	0,652		0,057		0,297	
Ano do edital PET						
2008 e 2010	3,03	0,71	2,62	0,86	2,68	0,78
2011	3,30	0,72	3,10	0,88	3,14	0,82
2012 e 2013	3,36	0,61	3,16	0,87	3,16	0,82
ANOVA, p=	<0,001		<0,001		<0,001	
Total	3,26	0,70	3,00	0,90	3,04	0,83

Tabela 4 - Distribuição das médias das três medidas de percepção de efetividade do PET-UFRGS conforme a intenção de recomendar fortemente o PET a outros colegas (n=445).

Variáveis	Escore de percepção de efetividade do PET					
	Propósito		Processo		Impacto	
	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)
Recomendaria o PET						
Fortemente	2,96	0,70	2,50	0,98	2,60	0,88
Com restrições ou não recomendaria	3,39	0,65	3,24	0,75	3,24	0,74
ANOVA, p=	<0,001		<0,001		<0,001	
Total	3,26	0,70	3,01	0,90	3,04	0,84

Tabela 5- Distribuição dos motivos que contribuíram muito para o encerramento da participação no PET-UFRGS (somente para os egressos no programa; n=224).

Motivos de encerramento da participação	Participantes	
	Preceptores e tutores (n=77)	Alunos (n= 147)
	%	%
a. Meu grupo PET encerrou totalmente as atividades	36,3	36,1
b. Deixei de trabalhar no cenário de prática deste PET ou encerrei minhas atividades na UFRGS	38,9	23,1
c. Eu me sentia um estranho no meu grupo	19,4	15,0
d. Eu já tinha feito tudo que me interessava no PET	6,4	12,9
e. Os horários do PET eram incompatíveis com outras coisas que eu tinha que fazer	2,5	22,4
f. Eu me sentia despreparado para as atividades que queriam que eu fizesse no PET	6,4	4,1
g. Eu tive que optar por outras experiências mais importantes para o meu currículo ou para a minha formação	11,6	36,1
h. As atividades do meu grupo PET não eram as que eu esperava	16,8	17,7
i. Não aguentava os atrasos no pagamento da bolsa PET	3,8	12,2
j. O valor da bolsa PET era muito baixo	7,7	14,3
k. O cenário de prática do meu PET era de difícil acesso para mim	15,5	12,9
l. Eu tinha problemas de relacionamento e conflitos de idéias com pessoas do meu grupo.	14,2	3,4
m. Recebi outra bolsa incompatível com a bolsa PET	3,8	17,0
n. Eu estava assoberbado de atividades	5,1	16,3

6 DISCUSSÃO

Esta pesquisa investigou a clareza do propósito, adequação do processo e impacto, três aspectos fundamentais da efetividade do PET-Saúde a partir de um estudo transversal de base populacional da perspectiva de alunos, preceptores e tutores do programa. O instrumento de medida foi um questionário padronizado que abrange aspectos essenciais da experiência no PET-Saúde, observados em outros estudos (FERRAZ, 2010; CALDAS, 2012; PINTO, 2012; RODRIGUES et al., 2012; BATISTA, 2014; BAIRRAL, 2014; LIMA, 2014; STANGA; REZER, 2015).

Outras vantagens do questionário utilizado são a validade comprovada em outros contextos de integração ensino-serviço em saúde (HORTON et al 2008), a simplicidade das perguntas, o pequeno número de itens ($n=14$) e a coleta de dados por meio de escala Likert, que permitem a do questionário em um minuto pela Plataforma Eletrônica da Universidade. Estas características do questionário, associadas à busca ativa dos não respondentes, contribuíram para a taxa de participação de 80,5% na pesquisa e a excelente aceitabilidade do questionário (não resposta a itens + sem opinião <1%). Também indicadoras da validade do questionário para medir efetividade do PET-Saúde-UFRGS foram a boa confiabilidade das medidas de adequação do processo e de impacto do programa. (Cronbach- $\alpha > 0,8$), embora a confiabilidade da medida de propósito tenha sido mais baixa ($\alpha = 0,6$) o que requer maior cuidado na interpretação de seus resultados. Outro indicador da validade das medidas de propósito, processo e impacto é sua associação à intenção de recomendar o PET-Saúde à colegas (ANOVA $p < 0,001$), pois essas quatro variáveis indicam diferentes aspectos da percepção de efetividade do programa.

Nas três medidas de efetividade, a média do escore foi aproximadamente 3,00 indicando que a maioria dos participantes concorda em grande parte que o PET é efetivo. Houve evidência de associação entre função no PET e efetividade percebida. Em média, os alunos tiveram menor clareza do propósito do PET do que os preceptores e tutores (ANOVA $p = 0,026$; Tabela 4). Os alunos percebiam claramente os propósitos do PET (qualificar a atenção saúde e dar confiança na prática profissional), também identificado no estudo de (FROSSARD, 2011), mas 24% deles ($100 - 76,2\%$) não tinham certeza do propósito da sua participação no programa. Já os preceptores percebiam claramente os propósitos do PET e de sua participação nesse programa (cerca de 90% concordaram com os três itens) (Tabela

2). Provavelmente preceptores e tutores tenham maior clareza porque são responsáveis pela elaboração do projeto PET e pela condução do processo de ensino aprendizagem.

A adequação do processo do PET foi linearmente associada a hierarquia da função do participante no programa, com os alunos percebendo menor adequação, provavelmente pelo menor poder de intervir no processo, seguido pelo preceptor que é o responsável pela implementação do processo no cenário de prática e maior adequação percebida pelos tutores, talvez pelo maior distanciamento do cenário de prática e, assim, menor oportunidade de observar os problemas do processo de ensino-aprendizagem (Tabela 4). Para os alunos, a falta de clareza das regras de funcionamento do grupo e a desconfiança entre os membros do projeto emergiram como problema (somente 59,8% e 73,8% dos alunos concordando que com a efetividade do PET nesses aspectos. Apesar desses problemas no processo de ensino-aprendizagem, mais de 90% dos alunos concorda com o impacto do programa no autoconhecimento, atitudes, confiança em sua resolutividade no trabalho, confiança na sua prática em equipe multidisciplinar e na capacidade de identificar habilidade a serem aprimoradas. A exceção foi o impacto no enfrentamento do stress no trabalho, em que somente 58,4% dos alunos reconhecendo tal efetividade (Tabela 2). Esses resultados são semelhantes ao observado em outros estudos (BUFFON et al., 2011; FROSSARD, 2011; GONÇALVES; SANTOS; CARVALHO, 2011; BENEVIDES, 2012; RODRIGUES et al., 2012; CALDAS et al., 2012; FONSECA; JUNQUEIRA, 2014; BATISTA et al., 2016).

Em preceptores e tutores, o impacto foi relativamente baixo no enfrentamento do estresse do mundo do trabalho (61,6% de concordância), resolutividade no trabalho (70,4%) e qualidade da prática em equipe multidisciplinar (73,6%), já observado em estudos prévios, (HORTON et. al., 2008; FEUERWERKER; MARSIGLIA, 1999) de preceptores e tutores. Em média, o impacto na formação profissional dos alunos foi maior do que na educação permanente de tutores e preceptores (ANOVA, $p < 0,001$), talvez pela novidade de inclusão dos alunos no cenário de prática no SUS (Tabela 4), Como a participação dos alunos na pesquisa (74%) foi menor do que a dos preceptores e tutores (95%), é possível que haja viés de seleção, pois espera-se que a não-participação seja maior entre alunos insatisfeitos com o PET, resultando em subestimação das diferenças de clareza do propósito e adequação do processo entre grupos definidos pela função no PET e superestimação da associação entre impacto e função. Portanto, futuros estudos são necessários para confirmar a associação entre impacto do PET e função no programa.

As mulheres evidenciaram maior percepção de impacto do PET do que os homens (ANOVA $p= 0,024$), o que pode ter contribuído para a preponderância do sexo feminino no programa (82,7%), também observada em outros estudos (PINTO et al., 2006; CALDAS et al., 2012; BAIRRAL, 2014). Não houve evidencia de associação entre idade e os três tipos de medidas de efetividade do PET (ANOVA $p\geq 0,398$ para as três medidas), não se confirmando a hipótese de que o impacto do PET seria maior para os mais jovens, por estarem nas etapas iniciais da graduação universitária ou de sua atividade profissional. A associação entre a área do curso de graduação e a efetividade do PET não foi estatisticamente. Como os grupos PET tendem a ser multiprofissionais, é provável que diferenças de efetividade do PET entre cursos, se houverem, sejam pequenas. Futuros estudos com grandes amostras são necessários para investigar tais diferenças.

Projetos de Edital anteriores a 2011 associaram a menor efetividade percebida (ANOVA $p<0,001$ para propósito, processo e impacto); as médias de 2,62 para adequação do processo e 2,68 para o impacto do PET indicam que os participantes desses projetos discordam em grande parte de que o processo de PET foi adequado e teve impacto como estratégia de educação pelo trabalho em saúde. Participantes de projetos mais recentes tendem a concordar que o PET foi efetivo, como indicado pelas médias de aproximadamente 3,00 para propósito, processo e impacto. A associação entre o ano do editais e a efetividade percebida indicam o aprimoramento do programa no decorrer do tempo, sugerido pelo crescimento no número projetos e de participantes, que pode estar associado a curva de aprendizagem (ANZANELLO,2007) e possivelmente refletindo no reconhecimento governamental do crescente interesse da comunidade acadêmica e de serviços pelo PET-Saúde. Resultados semelhantes também observados em outros estudos (DIAS, 2013; FONSECA; JUNQUEIRA, 2014). As limitações do delineamento transversal, e a maior perda de participantes de projetos mais antigos, sugerem que as diferenças de efetividade no decorrer do tempo sejam maiores do que as observadas nesse estudo. Estudos de coorte são necessários para melhor investigar.

7 CONCLUSÃO

O estudo sugere que o PET-Saúde-UFRGS é efetivo e alcançou impacto positivo na formação profissional dos alunos e na educação permanente dos preceptores e tutores.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica evidente da importância de que haja uma continuidade ao aprimoramento do programa com relação aos itens de maior fragilidade identificados no estudo com relação a concordância, propósito, processo e impacto, por parte dos participantes de cada função desempenhado no PET.

O preparo pedagógico e de educação permanente do preceptor através da Universidade, investimento dos órgãos governamentais na melhoria dos espaços físicos, equipamentos e materiais; acolhimento planejado dos acadêmicos nos serviços em conjunto com preceptores e tutores e demais trabalhadores do serviço, reavaliar carga horária da grade curricular para maior participação do aluno nos projetos; estabelecer de forma mais clara as regras do programa, objetivos e papel de cada agente envolvido; incluir disciplinas tendo como campo de prática os serviços de saúde; exercitar a multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e integralidade como princípio da formação profissional. Ainda, psicologias organizacionais podem ser promissoras para a melhoria da efetividade do PET-Saúde e seus efeitos sobre esse programa devem ser examinados em ensaios populacionais por meio de estudos qualitativos e quantitativos da percepção dos usuários do programa.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. et al. Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. In: **Saúde em Debate**. Hucitec Lugar Editorial, 1999.
- ANZANELLO, M. J.; FOGLIATTO, F. S. Curvas de aprendizado: estado da arte e perspectivas de pesquisa. **Gestão & Produção**, v. 14, n. 1, p. 109-23, 2007.
- ARAUJO, M. E.; ZILBOVICIUS, C. A formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. **São Paulo: Artes Médicas**, p. 277-90, 2008.
- ASSEGA, M. L. et al. A interdisciplinaridade vivenciada no PET-Saúde. **Ciência & Saúde**, v. 3, n. 1, p. 29-33, 2011.
- BAIRRAL, J. C. P. V. **Integração ensino e serviço**: perfil dos preceptores do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde/Saúde da Família do Município de São Paulo. 2014. 90 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.
- BATISTA, S. H. S. S. et al. Education in Health: reflections from the Pro-Health and PET-Health Programs. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 743-752, 2016.
- BATISTA, T. N. L. et al. Contribuições no Processo de Integração Ensino-Serviço Vivenciadas no Grupo Tutorial PET-Saúde da Família e Redes: Percepção do Tutor, Preceptor e Estudantes. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, p. 77-84, 2014.
- BENEVIDES B. C. **Avaliação do Projeto PET-Saúde da UEL**. 2012. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatório%20Final.pdf>. Acesso em 28 nov. 2015.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 20 dez. 1996.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Institui a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – SGTES. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 9 jun. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 16 fev. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aprender SUS: o SUS e as mudanças na graduação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 19 p.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2.101 de 3 de novembro de 2005**. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 03 nov. 2005a.

BRASIL. **Portaria interministerial nº 2118, de 03 de novembro de 2005**. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 03 nov. 2005b.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Manual de Orientações Básicas - PET**. Brasília: Ministério da Educação, 2006. 25 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 1.996, de 20 de agosto de 2007: dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 20 ago, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2007b. 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 26 ago. 2008.

BRASIL. 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, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria conjunta nº 3, de 30 de janeiro de 2009. Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Pet-Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 30 jan. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria conjunta nº 4, de 6 de fevereiro de 2009. Altera a homologação do resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Pet-Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 10 fev. 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 422, de 3 de março de 2010. Estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e da Educação. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CES nº 1.133, de 07 de agosto de 2001**. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Brasília. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/cne/default.shtm#Diret>>. Acesso em 10 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-Saúde e PET-Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/pro_saude_pet_saude.pdf>. Acesso em: 20 maio 2015.

BUFFON, M. C. M. et al. Contribuição do PET-Saúde para a área de odontologia da UFPR na consolidação das Diretrizes Curriculares Nacionais e do SUS, nos municípios de Curitiba e Colombo-PR. **Revista da Associação Brasileira de Ensino Odontológico**, v. 11, n. 1, p. 9-15, 2011.

BURKE, L. M. Preceptorship and post-registration nurse education. **Nurse Education Today**, v. 14, n. 1, p. 60-66, 1994.

CALDAS, J. B. et al. A Percepção de alunos quanto ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde–PET-Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 33-41, 2012.

CARVALHO, R. R. S. et al. Processo de trabalho do preceptor na formação para o SUS: dificuldades/facilidades. In: 17º SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 2013, Natal. **Anais eletrônicos**, Natal, 2013. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1526po.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2016.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Notas cartográficas sobre a escuta e a escrita: contribuição à educação das práticas de saúde. In: **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco, p. 253-267, 2005.

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, p. 41-65, jun. 2004.

CONTERNO, S. F. R.; LOPES, R. E. Inovações do século passado: origens dos referenciais pedagógicos na formação profissional em saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 503-523, 2013.

CYRINO, E. G. et al. Ensino e Pesquisa na Estratégia de Saúde da Família: o PET-Saúde da FMB/UNESP. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 92-101, 2012.

BOTTI, S. H. O; REGOI, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008.

DE OLIVEIRA, N. A. et al. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 333-346, 2008.

DELORS, J. A educação ou a utopia necessária. In: **Um tesouro a descobrir**: relatório da UNESCO para a Comissão Internacional de Educação para o século XXI. Brasília: UNESCO 2010.

DIAS, H. S. et al. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1613-24, 2013.

DRACHELER, M. L. **Impacto do PRÓ e PET-Saúde como estratégia de Educação Permanente em serviço**: a experiência do PET-Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (Projeto de Pesquisa) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 415-437, 2013.

FERRAZ, L.. O PET-Saúde e sua interlocução com o Pró-Saúde a partir da pesquisa: o relato dessa experiência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 166-171, 2012.

FEUERWERKER, L. C. M.; MARSIGLIA, R. Estratégias para mudanças na formação de RHs com base nas experiências IDA/UNI. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 12, p. 24-8, 1996.

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

FONSECA, G. S.; JUNQUEIRA, S. R. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de São Paulo (campus capital): o olhar dos tutores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1151-1162, 2014.

FROSSARD, W. T. G. et al. Odontologia no PET-Saúde: pesquisa e integração ensino, serviço e comunidade. **Revista da Associação Brasileira de Ensino Odontológico**, v. 11, n. 1, p. 51-54, 2011.

GONÇALVES, C. M.; SANTOS, K. T.; CARVALHO, R. B. O PET-Saúde como instrumento de reorientação do ensino em Odontologia: a experiência da Universidade Federal do Espírito Santo. **Revista da Associação Brasileira de Ensino Odontológico**, v. 11, n. 2, p. 27-33, 2011.

GONZÁLEZ, A. D; DE ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, 2010.

GUSMÃO, R. C. **Abrindo gavetas, tramando redes: dos impactos na educação pelo trabalho na saúde**. 2015. 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

HADDADI, A. E. et al. Programa de educação pelo trabalho para a saúde: PET-Saúde. **Cadernos da Associação Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 5, 2009.

HORTON S. et al. Development and preliminary validation of a measure for assessing staff perspectives on the quality of clinical group supervision. **International Journal of Language & Communication Disorders**, v. 43, n. 2, p. 126-134, 2008.

KOIFMANN, H. R. L. M. A experiência de pesquisa EnsinaSus. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 161-172, 2007.

LIMA, P. A. B. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do PRÓ-PET-Saúde. 2014. 96 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MENDES, E. V. et al. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. In: **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Hucitec-Abrasco, 1999.

NOVATZKI FORTE, E. C. et al. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: Análise das Produções Científicas. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 6, n. 3, 2013.

PESSANHA, J. A. M. **Aristóteles: Ética a Nicômaco; Poética/Aristóteles**. São Paulo: Nova Cultural, 1991, vol. 2. 377 p.

PINTO, A. C. M. et al. Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2201-10, 2012.

PINTO, V. L. X. **As coisas estão no (meu) mundo, só que eu preciso aprender. Autobiografia, reflexividade e formação em Educação Nutricional**. 2006. 299 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

RIFFELI, M. J. et al. **Manual d@ Petian@ da UFRGS**. Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde. Porto Alegre: UFRGS, 2013. 38 p.

RODRIGUES, C. D. S. **Competências para a preceptoría: construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde**. 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 53-66, 2005.

SCHMIDT, L. A. T. **Os cursos de fisioterapia no Paraná frente aos conceitos contemporâneos de saúde**. 2002. 155 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

SILVA, K. L. et al. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 86-91, 2009.

SILVA, R. H. A.; MIGUEL, S. S.; TEIXEIRA, L. S. Problematization as an active method of teaching and learning: pharmacy students in practice settings. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 77-93, 2011.

SIMON, S. Albert Einstein: science, philosophy and politics. **Scientiae Studia**, v. 3, n. 4, p. 715-726, 2005.

STANGA, A. C.; REZER, R. Concepções de saúde, trabalho docente e o Pró-Saúde: nos caminhos da hermenêutica. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 593-614, 2015.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 12, p. 19-23, 1996.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). **COORSAÚDE Histórico**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/coorsaude/projetos/pet-saude>>. Acesso em 12 mar. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). PROGRAD. **Programa de Educação Tutorial da UFRGS**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/prograd/prograd-1/programas/pet>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

O PET teve impacto positivo na qualidade da minha prática em equipe multidisciplinar

| | | |

A participação no PET me ajudou a enfrentar o estresse do mundo do trabalho

| | | |

Para cada afirmação a seguir, assinale o quanto ela contribuiu para o encerramento de sua participação no PET-UFRGS. Encerrei minha participação no PET porquê ...

	Contribuiu muito	Contribuiu pouco	Não contribuiu
Meu grupo PET encerrou totalmente as atividades, e não havia como eu continuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu me formei na graduação /cancelei minha matrícula na UFRGS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu já tinha aprendido tudo que me interessava no PET	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os horários do PET eram incompatíveis com outras coisas que eu tinha que fazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu me sentia despreparado para as atividades que queriam que eu fizesse no PET	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tive que optar por outras experiências mais importantes para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As atividades do meu grupo PET não eram as que eu esperava	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O cenário de prática do meu PET era de difícil acesso para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tinha problemas de relacionamento e conflitos de ideias no meu grupo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu recebi outra bolsa que é incompatível com a bolsa do PET	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu estava assoberbado de atividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Você recomendaria o PET para outros alunos da graduação? Escolha uma das seguintes respostas:

Recomendaria fortemente | Recomendaria com restrições | Não recomendaria | Sem opinião

* Alguns participantes serão selecionados para conversar sobre sua experiência no PET

	Sim	Não
Você aceita participar de uma roda de conversa com outros alunos bolsistas de grupos PET?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você aceita participar de uma entrevista individual com nossos pesquisadores de aproximadamente 30 minutos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Carregar Questionário não concluído

Carregar mais tarde

Enviar

Sair e imprimir Questionário