



**DOUTORADO MULTI-INSTITUCIONAL E MULTIDISCIPLINAR EM DIFUSÃO  
DO CONHECIMENTO**

**Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues**

**MODELO PARA ANÁLISE DO FLUXO DE INFORMAÇÃO E  
DA DIFUSÃO DO CONHECIMENTO NA INTERAÇÃO  
ENSINO-SERVIÇO: uma experiência a partir do PET-Saúde**

**Salvador**

**2015**

**Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues**

**TESE DE DOUTORADO**

**MODELO PARA ANÁLISE DO FLUXO DE INFORMAÇÃO E DA  
DIFUSÃO DO CONHECIMENTO NA INTERAÇÃO ENSINO-  
SERVIÇO: uma experiência a partir do PET-Saúde**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Doutorado Multidisciplinar e Multi-institucional em Difusão do Conhecimento da Universidade Federal da Bahia – DMMDC, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Difusão do Conhecimento.

**Orientador: Hernane Borges de Barros Pereira**

**Coorientadora: Eliane Santos Souza**

**Salvador**

**2015**

SIBI/UFBA/Faculdade de Educação – Biblioteca Anísio Teixeira

Rodrigues, Ana Áurea Alécio de Oliveira.

Modelo para análise do fluxo de informação e da difusão do conhecimento na interação ensino-serviço: uma experiência a partir do PET-Saúde / Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues. - 2015.

261 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Hernane Borges de Barros Pereira.

Coorientadora: Profa. Dra. Eliane Santos Souza.

Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação, Salvador, 2015.

1. Redes sociais - Análise. 2. Conhecimento e aprendizagem. 3. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. I. Pereira, Hernane Borges de Barros. II. Souza, Eliane Santos. III. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação. IV. Título.

CDD 302.30285 - 23. ed.

**ANA ÁUREA ALÉCIO DE OLIVEIRA RODRIGUES**

**MODELO PARA ANÁLISE DO FLUXO DE INFORMAÇÃO E DA DIFUSÃO DO  
CONHECIMENTO NA INTERAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: uma experiência a partir  
do PET-Saúde.**

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor (a) em Difusão do Conhecimento, na Universidade Federal da Bahia, à seguinte banca examinadora:

---

**Prof. Dr. Hernane Borges de Barros Pereira – Orientador**

**Doutor em Engenharia Multimídia, Universita Politècnica de Catalunya (ES)**

**Universidade Estadual da Bahia**

---

**Profa. Dra. Eliane Santos Souza – Coorientadora**

**Doutora em Educação, Universidade Estadual de Campinas (BR)**

**Universidade Federal da Bahia**

---

**Profa. Dra. Núbia Moura Ribeiro**

**Doutora em Química pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (BR)**

**Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia – IFBA**

---

**Prof. Dr. Renelson Ribeiro Sampaio**

**Doutorado em Science Policy Research Unit. University of Sussex (UK)**

**Faculdade de Tecnologia SENAI CIMATEC, FETEC, Brasil.**

---

**Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos**

**Doutor em Saúde Pública - FIOCRUZ (BR)**

**Instituto Multidisciplinar em Saúde – IMS- Universidade Federal da Bahia – Vitória da  
Conquista**

---

**Prof. Dr. Francisco José Aragão Pedroza Cunha**

**Doutor em Difusão de Conhecimento - UFBA (BR)**

**Universidade Federal da Bahia**

**Salvador, 18 de dezembro de 2015**



LACC



**DMMDC**

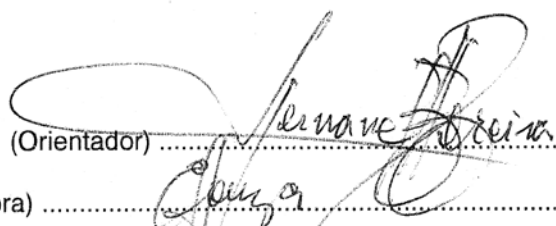
**DOUTORADO MULTI-INSTITUCIONAL E MULTIDISCIPLINAR EM DIFUSÃO DO CONHECIMENTO  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

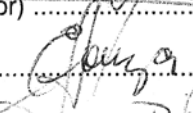
**ATA DE DEFESA DE TESE DA DOUTORANDA ANA ÁUREA  
ALÉCIO DE OLIVEIRA RODRIGUES NO DOUTORADO MULTI-  
INSTITUCIONAL E MULTIDISCIPLINAR EM DIFUSÃO DO  
CONHECIMENTO**


Aos dezoito dias do mês de dezembro de dois mil e quinze, às nove horas, reuniu-se no SENAI/CIMATEC (Av. Orlando Gomes, 1845 – Piatã, Salvador-Ba) a Comissão Examinadora composta pelos professores: Hernane Borges de Barros Pereira (Orientador), Eliane Santos Souza (Co-orientadora), Núbia Moura Ribeiro, Renelson Ribeiro Sampaio, Adriano Maia dos Santos e Francisco José Aragão Pedroza Cunha para julgar o trabalho intitulado “**Modelo para análise do fluxo de informação e da difusão de conhecimento na interação ensino-serviço: uma experiência a partir do PET-Saúde**”, de autoria de **Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues**. Após a argüição e discussão, a Banca examinou, analisou e avaliou o referido trabalho, chegando à conclusão que este foi **APROVADO**. Nada mais havendo a ser tratado, esta Comissão Examinadora encerrou a reunião da qual eu lavrei a presente ATA, que após lida e achada conforme, vai assinada pelos presentes e encerrada por mim, Hernane Borges de Barros Pereira.

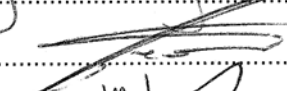
Salvador, 18 de dezembro de 2015.


Comissão Examinadora:

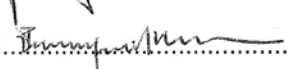
Prof. Dr. (a) Hernane Borges de Barros Pereira (Orientador) ..... 

Prof. Dr. (a) Eliane Santos Souza (Co-orientadora) ..... 

Prof. Dr. (a) Núbia Moura Ribeiro ..... 

Prof. Dr. (a) Renelson Ribeiro Sampaio ..... 

Prof. Dr. (a) Adriano Maia dos Santos ..... 

Prof. Dr. (a) Francisco José Aragão Pedroza Cunha ..... 

*Dedico aos meus queridos Filhos*

**Pedro Henrique, Fernanda Beatriz e  
Maria Aparecida (Cisse)**

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Ana Rosa** e **José Miguel** pelo apoio de sempre as minhas escolhas profissionais e pessoais.

Aos meus filhos, **Pedro Henrique** e **Fernanda Beatriz**, pela alegria de saber que estão sempre por perto, de prontidão para me apoiar e compartilhar nos momentos difíceis.

A minha pequena **Cisse**, por ter quebrado, com sua doçura e inocência, a rígida rotina imposta por um doutorado.

Aos meus irmãos, **Eduardo**, **Valéria** e **Karina**, que, mesmo à distância, sempre me incentivam com carinho e compreendem minhas ausências no convívio familiar.

Ao professor **Hernane**, meu orientador, pelo acolhimento da proposta de investigação e pelos ensinamentos que levaram a formação, em mim, de um novo sujeito epistêmico, ao tempo em que caminhava na pesquisa.

A professora **Eliane**, minha coorientadora, pela paciência frente às minhas inquietações e pelos preciosos momentos de orientação que se concretizaram em processos de aprendizagem muito importantes para a minha formação como pesquisadora. Meu sincero obrigada!

Aos membros da Banca Examinadora, **Prof. Dr. Adriano Maia Santos**, **Prof<sup>a</sup> Dra. Núbia Moura Ribeiro**, **Prof. Dr. Francisco José Aragão Pedroza Cunha** e o **Prof. Dr. Renelson Ribeiro Sampaio**, pela gentileza em aceitar o convite para participar da avaliação deste estudo.

Às Professoras **Regina Maria Marteleto**, **Marluce Maria Araújo Assis** e ao Professor **José Garcia**, pelas importantes contribuições no momento da qualificação deste trabalho.

Aos professores do DMMDC, em especial aos professores **Eduardo Oliveira**, **Dante**, **Núbia**, **Teresinha**, **José Michinel**, **Roberto Ponczek** e **Garcia**, por compartilharem saberes multirrefenciados.

À amiga **Cláudia Rozo**, pelo carinho e cumplicidade em todas as situações vivenciadas no percurso deste doutorado. E principalmente, por sempre resgatar em mim a força da mulher latino-americana.

Aos amigos, **Ana Maria Casnati**, **Claudia Lopes**, **Izabelle**, **Eduardo Lima**, **Marcos**, **Jurema**, **Reginaldo**, **Ronaldo** com quem tive a sorte de compartilhar vários momentos do doutorado – momentos de dúvidas, questionamentos, alegrias, otimismo na construção de um conhecimento socialmente comprometido.

A **Inácio** e **Marcos Grilo**, colegas professores da UEFS e do doutorado, pelas oportunidades de aprendizado e pelas contribuições fundamentais para concretização desta Tese.



A **Todos os colegas da turma do doutorado 2011**, nossa pluralidade profissional e ideológica contribuiu para o crescimento e amadurecimento nas relações pessoais.

Aos pioneiros do grupo de pesquisa *Fuxicos e Boatos*: **Teresinha Tamanini, Tereza Kelly, Marcelo Cunha** e aos que foram chegando – **Patrícia Magris, Cláudia Sisan, Dirceu, Renata, Lamartine, Gillian, Cajaíba, ...** pela cumplicidade nas discussões científicas.

A professora **Gabriela Bené Barbosa**, pelo incentivo e pela contribuição na revisão das tabelas.

Aos **colegas da área de Odontologia Social da UEFS, Ana Luiza, Claudinha, Maria Bernadete, Joildo, Michelle, Ulisses, Christiane Sheila, Renato e Tecia** por terem possibilitado minha ausência das atividades docentes.

Aos **funcionários da Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UEFS**, pela presteza na resolução de minhas demandas.

A **Hélio e Beatriz**, secretários do DMMDC, pelo suporte.

Aos **participantes do PET-Saúde da UEFS**, por terem aceitado participar desta pesquisa.

A **Prefeitura Municipal de Feira de Santana e a Coordenação do PET-Saúde da UEFS**, por disponibilizarem seus espaços para coleta dos dados.

À **UEFS** pela concessão de bolsa de pesquisa.

RODRIGUES, Ana Áurea Alécio de Oliveira. “**MODELO PARA ANÁLISE DO FLUXO DE INFORMAÇÃO E DA DIFUSÃO DO CONHECIMENTO NA INTERAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: UMA EXPERIÊNCIA A PARTIR DO PET-SAÚDE**”. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

## **RESUMO**

Esta Tese propõe um modelo para análise de redes na saúde baseada em um trabalho de campo que estuda as interações entre ensino e serviço de saúde. Estratégia que permite problematizar as aprendizagens nas unidades de saúde em parcerias com Secretarias de saúde, municipal ou estadual; nesse contexto o processo de produção de saúde (como manifestação de produção de conhecimento) exige uma compreensão ampliada do “objeto do trabalho”, pensado como uma síntese entre riscos, vulnerabilidade e enfermidade, que se encontram encarnados em sujeitos concretos. Propomos um modelo misto, baseado na Metodologia da Análise de Redes Sociais articulado com a Análise Hermenêutico-Dialética, por meio da análise do fluxo de informação e da difusão de conhecimento entre os sujeitos que fazem o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde), que ao ser reaplicado, auxilie os sujeitos envolvidos nas redes de saúde a compreender como se constituem relações entre os atores, os fluxos de informação e a difusão de conhecimento no processo de produção de saúde. Utiliza-se como técnicas de coleta de dados principais: entrevista semiestruturada e questionário. Os sujeitos do estudo estão distribuídos em três grupos de representação: I – Tutores, II - Preceptores e III - alunos bolsistas/voluntários do PET-Saúde. A análise e interpretação do material empírico foi orientada pela triangulação dos métodos - Análise Hermenêutica-Dialética e Análise de redes sociais. Os resultados mostraram uma nova abordagem epistemológica frente aos sistemas de representação social que resultou em um Modelo para análise da produção do conhecimento e do fluxo de informação em redes na saúde

**Palavras-chave:** Sistema de Representação. Conhecimento. Interação ensino-serviço. PET-Saúde. Análise de Redes Sociais. Hermenêutica-Dialética.

RODRIGUES, Ana Áurea Alécio de Oliveira. “**MODEL FOR THE ANALYSIS OF INFORMATION FLOW AND DISSEMINATION OF KNOWLEDGE IN THE INTERACTION BETWEEN EDUCATION AND THE HEALTH SERVICE: AN EXPERIENCE THROUGH EDUCATION PROGRAM FOR HEALTH WORK**”. Thesis – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

## **SUMMARY**

This thesis proposes a model for network analysis in health and had as field study the interaction between education and the health service. Strategy that allows problematized learning in health unit locations through partnership agreements with health municipal or state secretariats. In this context the health production process requires a broader understanding of the work object, thinking as a synthesis of risk, vulnerability and illness, embodied in concrete subjects. We propose, through the analysis of information flow and dissemination of knowledge among the subjects that make the Education Program for Health Work (PET-Health) a mixed model, based on the methodology of Social Network Analysis articulated with Hermeneutic-Dialectic Analysis. When the model is reapplied, it assists those involved in health networks to understand how to establish relationships between the actors, the flow of information and dissemination of knowledge in the health production process. It is used as the main data collection techniques: semi-structured interview and questionnaire. The study subjects are divided into three representative groups: Group I - Tutors, group II - Preceptors and group III - scholarship students / volunteers PET-Health. The analysis and interpretation of empirical material was guided by triangulation of the methods - Hermeneutic Dialectic Analysis and Social Network Analysis. The results showed a new epistemological approach to social representation systems which resulted in a model for knowledge production and information flow in health networks analysis.

**Keywords:** Representation. System. Knowledge. Teaching and service interaction. PET-Health. Social Network Analysis. Hermeneutic-Dialectic.

RODRIGUES, Ana Áurea Alécio de Oliveira. “**MODELO PARA ANÁLISIS DE PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO Y FLUJO DE INFORMACIÓN EN LAS REDES DE SALUD**”. Tesis (Doctorado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

## **RESUMEN**

Esta tesis propone un modelo para análisis de redes en salud basada en un trabajo de campo que estudia interacciones entre la enseñanza y el servicio de salud. Estrategia que permite problematizar los aprendizajes en las unidades de salud asociadas a las Secretarías de Salud municipal y estadual, en ese contexto el proceso de producción de salud (como expresión de producción de conocimiento) exige una comprensión amplia del “objeto de trabajo”, pensado como la síntesis entre riesgos, vulnerabilidad y enfermedad que están encarnadas en sujetos concretos. Proponemos un modelo mixto, basado en la metodología de Análisis de Redes Sociales articulado con Análisis Hermenéutico-Dialéctica, a través del estudio de flujos de información y de difusión de conocimiento entre los sujetos que son parte del Programa de Educación para el Trabajo en Salud (PET-Salud), que al ser re-aplicado, apoye a los sujetos vinculados en las redes de salud a comprender como se configuran las relaciones entre actores, flujos de información y difusión de conocimiento en el proceso de producción de salud. Se emplean como técnicas de recolección de datos principalmente la entrevista semi estructurada y el cuestionario. Los sujetos del estudio están distribuidos en tres grupos representados así: I-Tutores, II- Receptores y III- alumnos becarios/voluntarios del PET-Salud. El análisis y la interpretación del material empírico fueron orientados por la triangulación de los métodos de Análisis Herméutico-Dialéctico y el Análisis de representación de redes sociales. Los resultados mostraron un nuevo abordaje epistemológico frente a los sistemas de representación social que se consolidó en el Modelo para análisis de producción de conocimiento y flujo de información en las redes de Salud.

**Palabras claves:** Sistema de Representación. Conocimiento. Interacción Enseñanza-Servicio. PET-Salud. Análisis de Redes Sociales. Hermenéutica–Dialéctica.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1– Cronologia das principais ações de reorientação da formação profissional em saúde para o SUS. Brasil décadas de 1980 e 90 e anos 2000.....	28
Figura 2 – Etapas da teorização do problema das pontes de Königsberg. ....	58
Figura 3 – Excerto da planilha construída com as respostas dos questionários, com os pesos atribuídos aos sujeitos indicados.....	87
Figura 4 – Excerto do arquivo de texto construído com os dados da rede. ....	88
Figura 5 – Maior componente da rede gerada no Ucinet a partir da questão 2A. ....	89
Figura 6 – Núcleos de sentido identificados na leitura dos textos gerados pelas entrevistas.....	92
Figura 7 – Listagem com os Núcleos de Sentidos e o número de citações por entrevistado. ....	93
Figura 8 – Code “Ações transdisciplinares” com trechos das falas dos entrevistados que se referem ao núcleo de sentido.....	94
Figura 9 – Excerto da Síntese Vertical da E.1, realizada com o auxílio do Atlas.ti.....	94
Figura 10 – Relação das categorias analíticas com o número de citações .....	96
Figura 11 - Categorias Empíricas e os núcleos de sentido visualizados por meio do Atlas.ti .....	96
Figura 12 – Campo empírico de aplicação do modelo.....	101
Figura 13 – Estrutura geral do Modelo para Análise do fluxo de informação e da construção e/ou difusão de conhecimento em redes na saúde.....	103
Figura 14 - Micro-nível do Modelo para Análise do fluxo de informação e da construção e/ou difusão de conhecimento em redes na saúde, até a realização da coleta de dados.....	104
Figura 15 – Micro-nível do Modelo para Análise do fluxo de informação e da construção/difusão de conhecimento em redes na saúde, da realização da coleta à triangulação dos métodos.....	105
Figura 16 – Descrição dos objetivos do questionário aplicado aos componentes do PET-Saúde-UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.....	118
Figura 17 – Representação gráfica da rede gerada a partir da Questão Q.2A.....	120
Figura 18 – Distribuição das CENTRALIDADES DE GRAU dos atores do PETSaúde – UEFS, das questões 1A, 1B, 1C,1D,2A, 3, 5, 6, 7, Feira de Santana, Bahia, 2014 .....	122
Figura 19 – Distribuição das CENTRALIDADES DE PROXIMIDADE dos atores do PET-Saúde – UEFS, das questões 1A, 1B, 1C,1D,2A, 3, 5, 6, 7, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	123
Figura 20 – Distribuição das CENTRALIDADES DE INTERMEDIACÃO dos atores do PET-Saúde – UEFS, das questões 1A, 1B, 1C,1D,2A, 3, 5, 6, 7, Feira de Santana, Bahia, 2014 .....	124
Figura 21 – Distribuição das CENTRALIDADES DE INFORMAÇÃO dos atores do PET-Saúde – UEFS, das questões 1A, 1B, 1C,1D,2A, 3, 5, 6, 7, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	125
Figura 22 – Rede gerada a partir de Q.1 A(Quem você procura para buscar informação administrativa?), PET- Saúde-UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.....	126
Figura 23 – Subgrupo da rede Q.1A, com os vértices que possuem as maiores centralidades de informação, C0A, C02 e O3, no PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	127
Figura 24 – Distribuição da ordem de indicação na resposta à Questão1.A para os coordenadores e tutores do PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014 .....	128
Figura 25 – Rede referente à Questão Q.2A, do Grupo tutorial 04, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.....	130
Figura 26 – Rede ego dos atores T11 e B126 do GT 11, na rede da Questão Q.2A, do PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	131
Figura 27 – Rede referente à Questão 3 do PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	133

Figura 28 – Rede ego dos atores U2, U3 e U13, na rede da Questão Q.3 do PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	134
Figura 29 – Rede ego dos atores I3 e I1, na rede da Questão Q.3 do PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	135
Figura 30 – Rede referente a Questão Q.3 retirados os vértices isolados, PET-Saúde –UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	136
Figura 31 – Distribuição de Centralidade de grau para as redes Q.1A, Q.1B e Q6, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	137
Figura 32 – Rede ego I3, I8 e I15 da Questão 3 , PET-Saúde – UEFS Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	138
Figura 33 – Distribuição de grau das redes Q.3 e Q.7, PET-Saúde – UEFS Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	140
Figura 34 – Rede ego I8, da Questão Q.7 (Cite outra(s) pessoa(s) ou instituição(ões) com as quais já realizou ação compartilhada), PET-Saúde – UEFS Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	140
Figura 35 – Distribuição de grau das Questões 1A, 1C e 1E, PET-Saúde – UEFS Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	142
Figura 36 – Distribuição da centralidade de proximidade das Q.1A, Q.1C e Q.1E, PET-Saúde – UEFS Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	142
Figura 37 – Distribuição da centralidade de grau das Q.1B, Q.1D e Q.1G, PET-Saúde – UEFS Feira de Santana, 2014. ....	143
Figura 38 – Distribuição da centralidade de proximidade das Questões Q.1B, Q.1D e Q.1G, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	144
Figura 39 – Distribuição das centralidades de grau das Questões Q.2A e Q.2B, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	146
Figura 40 – Distribuição da centralidade de proximidade das Questões Q.2A e Q.2B, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	146
Figura 41 – Distribuição da centralidade de grau das Questões Q.4 e Q.8, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	147
Figura 42 – Distribuição da centralidade de proximidade das Questões Q.4 e Q.8, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	147
Figura 43 – Rede ego de U3 das Questões Q.4 e Q.8, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, 2014. ....	148
Figura 44 – Rede PET-Saúde Total com destaque para as coordenadoras e os tutores, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	149
Figura 45 – Distribuição da centralidade de grau da Rede PET-Saúde Total, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	151
Figura 46 – Distribuição da centralidade de proximidade da Rede PET-Saúde Total, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	152
Figura 47 – Distribuição da centralidade de intermediação da Rede PET-Saúde Total, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	153
Figura 48 – Distribuição da centralidade de informação da Rede PET-Saúde Total, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	154

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de tutores, preceptores e bolsistas do PETRedes – UEFS, Feira de Santana – Bahia, 2014. ....	106
Tabela 2 – Distribuição de tutores, preceptores e bolsistas do PROPET – UEFS, Feira de Santana – Bahia, 2014. ....	106
Tabela 3 – Distribuição de tutores, preceptores e bolsistas do PET-VS – UEFS, Feira de Santana – Bahia, 2014. ....	107
Tabela 4 – Distribuição, por sexo, de tutores, preceptores e bolsistas do PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	108
Tabela 5 – Distribuição, por faixa etária, de tutores, preceptores e bolsistas do PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	109
Tabela 6 – Distribuição, por curso, dos bolsistas do PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	110
Tabela 7 – Distribuição, por curso, dos voluntários do PET- Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	110
Tabela 8 – Distribuição, por curso de graduação, dos preceptores do PET- Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	111
Tabela 9 – Distribuição, por curso de graduação, dos tutores do PET- Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	112
Tabela 10 – Distribuição, por nível de pós-graduação, dos tutores do PET- Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	113
Tabela 11 – Distribuição dos cursos de especialização informados pelos preceptores do PET-Saúde-UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	113
Tabela 12 – Tempo de permanência dos tutores, preceptores e bolsistas no PROPET, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	114
Tabela 13 – Tempo de permanência dos participantes nos projetos PETRedes, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	115
Tabela 14 – Propriedades das redes do PET-Saúde e os atores mais importantes, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014. ....	119

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Objetivos das questões respondidas pelos atores da rede PET-Saúde, UEFS, Feira de Santana, 2014. ....	75
Quadro 2 – Excerto da planilha construída com os códigos dos componentes, formação profissional e local de atuação, PETRedes, UEFS, 2014.....	78
Quadro 3 – Excerto da planilha com as instituições parceiras do PET-Saúde, UEFS, Feira de Santana 2014 (APÊNDICE G). ....	79
Quadro 4 – Matriz de análise dos dados.....	82
Quadro 5 – Excerto do Quadro de análise com os núcleos de sentido dos sujeitos E1 a E5, PET-Saúde-UEFS, Feira de Santana, 2014. ....	95
Quadro 6 – Estatísticas básicas e atores mais importantes das redes Q.2A, Q.2B e Q.2A2B, PET-Saúde, UEFS, Feira de Santana, 2014.....	145
Quadro 7 – Estatísticas básicas e atores mais importantes da Rede PET-Saúde Total, PET-Saúde, UEFS, Feira de Santana, 2014. ....	150



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ARS - Análise de Redes Sociais

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

BVS - Biblioteca virtual em Saúde

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CD – Cirurgião-dentista

CGL - Comissão Gestora Local

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

DMMDC - Doutorado Multi-institucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento

GT - Grupo Tutorial

IDA - Programa de Integração Docente Assistencial

IES – Instituição de Ensino Superior

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde

PET-SAÚDE/REDES - PET-Saúde/Redes de Atenção à Saúde

PET-SAÚDE/VS - PET-Saúde na área de Vigilância em Saúde

PROMED - Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas de Medicina

PROPET - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional

Rede UNIDA - Associação Brasileira Rede Unida

SAMU -Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SENAI- Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SESAB – Secretaria de Saúde da Bahia

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UNI – Projeto uma nova iniciativa em educação

USF – Unidade de Saúde da Família

VER-SUS - Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
1.1 Aproximação com o Doutorado Multidisciplinar e Multiinstitucional em Difusão do Conhecimento .....	21
1.2 Definição do Problema de Pesquisa .....	24
1.3 Pressupostos .....	36
1.4 Justificativa e referencial teórico-metodológico .....	36
1.5 Questões e objetivos da pesquisa .....	41
1.5.1 <i>Objetivo Geral</i> .....	42
1.5.2 <i>Objetivos Específicos</i> .....	42
1.6 Estrutura da Tese.....	43
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>44</b>
2.1 Saúde, formação, trabalho e interação ensino-serviço-comunidade no Brasil.....	44
2.2 Redes.....	57
2.2.1 <i>Redes Sociais</i> .....	60
<b>3 DESENVOLVIMENTO DO MODELO DE ANÁLISE .....</b>	<b>65</b>
<b>3.2 Campo do Estudo .....</b>	<b>67</b>
3.2.1 <i>Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde)</i> .....	67
3.2.2 <i>A Rede de saúde em Feira de Santana</i> .....	67
<b>3.3 Sujeitos da Pesquisa .....</b>	<b>70</b>
<b>3.4 Coleta dos dados.....</b>	<b>73</b>
3.4.1 <i>Etapa Exploratória</i> .....	73
3.4.2 <i>Instrumentos de coleta dos dados</i> .....	74
<b>3.5 Processo final de coleta dos dados orientado pela ética na pesquisa com seres humanos .....</b>	<b>77</b>
3.5.1 <i>Aplicação do questionário</i> .....	77
3.5.2 <i>Realização das entrevistas</i> .....	78
<b>3.6 Métodos para Análise dos Dados .....</b>	<b>81</b>
3.6.1 <i>Análise das redes</i> .....	81
3.6.1.2 <i>Análise de Redes Sociais</i> .....	82
3.6.2 <i>Análise Hermenêutica-Dialética</i> .....	88
<b>3.7 Método para Análise Final dos Dados.....</b>	<b>97</b>

<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>100</b>
<b>4.1 Modelo para Análise do Fluxo de Informação e da Construção e/ou Difusão de Conhecimento em Redes na Saúde.....</b>	<b>100</b>
<b>4.2 Perfil Socioprofissional dos componentes do Pet-Saúde .....</b>	<b>106</b>
<b>O PET-Saúde UEFS, constituído pelo PETRedes, PROPET e PET-VS, possui três coordenadoras, 15 tutores, 89 preceptores, 173 alunos bolsistas e 85 alunos voluntários.....</b>	<b>106</b>
<i>4.2.3 Tempo de permanência no PET-Saúde .....</i>	<i>114</i>
<b>4.3 Resultados da Análise de Redes Sociais .....</b>	<b>115</b>
<i>4.3.1 Descrição dos Resultados .....</i>	<i>120</i>
<i>4.3.2 Representação do estado atual da Rede PET-Saúde UEFS.....</i>	<i>121</i>
<i>4.2.3 Tendência da Rede do PET-Saúde .....</i>	<i>141</i>
<b>4.4 Resultado da Análise Hermenêutica-Dialética .....</b>	<b>155</b>
<i>4.4.1 O Pet-Saúde como um Espaço de Potência para Práticas de Ensino-Aprendizagem mais Alinhadas com a Transformação de Sujeitos Implicados com a Realidade .....</i>	<i>155</i>
<i>4.4.2 Importância do PET-Saúde para a qualificação do Sistema Único de Saúde: a possibilidade de práticas não centradas no profissional, não apenas biocentradas. ....</i>	<i>163</i>
<b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>177</b>
<b>6 CONCLUSÕES .....</b>	<b>187</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>193</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>210</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>257</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Este documento de tese tem como propósito apresentar o resultado da pesquisa intitulada “Análise do fluxo de informação e difusão do conhecimento na produção da saúde através da metodologia das redes sociais: O PET-Saúde, seus limites e desafios”, registrada no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, conforme parecer nº 696.174, de 24 de junho de 2014, realizada durante o Doutorado Multidisciplinar e Multi-institucional em Difusão do Conhecimento (DMMDC) e levou à elaboração deste documento.

## 1.1 Aproximação com o Doutorado Multidisciplinar e Multi-institucional em Difusão do Conhecimento

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, encabeçada pelo Movimento da Reforma Sanitária, cuja gênese se deu no final da década de 1970, do século XX, na efervescência da luta pelos direitos democráticos, pautada no movimento social em busca de melhorias na assistência à saúde, considerou a saúde como direito de todos e dever do Estado, caracterizando o Sistema Único de Saúde como uma rede organizada e hierarquizada de serviços de saúde que deveria garantir o acesso de todo cidadão brasileiro, na perspectiva da prevenção de agravos, promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1986).

Em 1988, a Constituição Federal incorporou as reivindicações de saúde consolidadas no Relatório da 8ª Conferência. Seu texto preceitua saúde como uma política de Estado, formaliza o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece como princípios doutrinários ou finalísticos do SUS<sup>1</sup>, universalidade, integralidade, equidade e participação social, cujos pressupostos devem nortear as ações de saúde em nosso País.

O SUS, enquanto um sistema hierarquizado, possui três níveis de atenção: básica, média e alta, que se diferenciam por suas densidades tecnológicas. Cabe à Atenção Básica a

---

<sup>1</sup> UNIVERSALIDADE – É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal. EQUIDADE – É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos. INTEGRALIDADE – É o reconhecimento na prática dos serviços de que: • cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; • as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; • as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (BRASIL, 1990a).

função de promover um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, constituindo-se no contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde.

Entretanto, não tem sido fácil contar com profissionais aptos a trabalhar nesse novo modelo e repensar as práticas educativas dentro da visão de Promoção da Saúde (CAMPOS et al., 2009), pois ainda se observa a fragmentação do processo de trabalho em várias dimensões: a separação entre o pensar e o fazer, a fragmentação conceitual; a presença cada vez maior de profissionais especializados, a fragmentação técnica; as rígidas relações de hierarquia e subordinação, a fragmentação social. Com isso, configura-se a divisão social do trabalho entre as diferentes categorias profissionais, constituindo-se em um desafio a quebra desse continuísmo de fragmentação e a inclusão da Integralidade e da humanização das práticas ainda durante a formação (GONZALEZ; ALMEIDA, 2010a).

O artigo 200 da Constituição Federal de 1988, resultado das discussões sobre a importância da formação para mudança do perfil dos serviços públicos de saúde, estabeleceu como atribuição do SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1988), no entanto, a participação do setor da saúde na política e na execução de ações voltadas para qualificação da formação não aconteceu de imediato.

Em 2003 ingressei no mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), com um projeto que propunha estudar o processo de trabalho do cirurgião-dentista (CD) nas Unidades de Saúde da Família (USF). Inquietava-me saber como os cirurgiões-dentistas formados por universidades e faculdades com currículos que mantinham o modelo biológico, centrado no profissional de saúde, com uma abordagem fragmentada e individualizada das necessidades de saúde conduziam o processo de trabalho nas USF onde os princípios do SUS deveriam orientar as práticas (RODRIGUES; ASSIS, 2009).

O resultado desta pesquisa mostrou que a prática do CD nos serviços públicos de saúde não tinha como foco o coletivo. A ênfase se dava no atendimento individual realizado no consultório odontológico, com uma visão fragmentada da saúde e que muitas dificuldades encontradas pelos profissionais eram decorrentes das limitações na formação e da ausência de atividades de educação permanente.

Como sujeito implicado com o processo de formação de profissionais da saúde, em minha prática docente na área de Odontologia Social na UEFS, procuro desenvolver com os alunos trabalhos de pesquisa sobre as políticas e diretrizes que orientam o SUS – origem, princípios, gestão, planejamento, educação, controle social e outros, a partir das proposições que emergem nas discussões em sala de aula.

Em uma dessas sessões sobre o tema da interação ensino-serviço-comunidade, ocorrida no segundo semestre de 2008, tivemos a oportunidade de discutir o artigo intitulado *Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde*, de autoria das professoras Norma Carapiá Fagundes e Teresinha Fróes Burnham (2005). As autoras, por meio do estudo de atividades desenvolvidas pelos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia junto a comunidades, tecem considerações sobre a relação entre espaço e aprendizagem de uma maneira instigante, reveladora das possibilidades de transformação das formas tradicionais de fazer currículo.

Em 2008, os Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS) propõem o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-SAÚDE), uma estratégia de interação ensino-serviço, cujos objetivos principais eram formar profissionais aptos a atuar no SUS e qualificar a rede de serviços de saúde (BRASIL, 2008a).

Nesse ano, iniciei curso de especialização de Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, orientado conceitualmente pelo currículo integrado, o construtivismo e as metodologias educacionais ativas e de educação à distância, promovido pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

Em 2009, assumi a tutoria de um dos sete grupos que foram aprovados para o PET-Saúde na UEFS. De início, surgiu a questão da forma como articular os diferentes componentes da equipe para realizar as atividades e como as relações eram estabelecidas nessa rede para a construção e difusão de conhecimento, no sentido de dar conta de formar profissionais com perfil adequado às necessidades do SUS e mudar as práticas dos profissionais que já estão no serviço.

Nesse contexto, no primeiro semestre de 2010, elaboramos um projeto interdisciplinar com participação de professores do Departamento de Saúde vinculados ao Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), e de docentes do Departamento de Educação para investigar a relação da formação do estudante de Odontologia com as demandas do SUS, cujos resultados apontam para a manutenção das características tradicionais do processo de ensino-aprendizagem e a repetição das práticas disciplinares nos serviços.

Na busca por um Programa de pós-graduação que contemplasse um estudo com abrangência multidisciplinar, encontro entre os cursos oferecidos em cooperação com a UEFS, o Doutorado Multi-institucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento, que tem por propósito formar profissionais com capacidade de atuar nas áreas interdisciplinares de Análise Cognitiva e Modelagem do Conhecimento, articulando referenciais de diferentes



disciplinas, desenvolvendo atividades de pesquisa, ensino, gestão, consultoria e assessoria (GALEFFI, 2010).

E ao fazer uma incursão pelo Programa, vejo que uma das linhas se propõe ao estudo da Teoria de Redes, com aplicação da Análise de Redes Sociais em investigações relacionadas ao fluxo de informação, construção e difusão de conhecimento em diferentes espaços sociais. Linha que tem o Prof. Dr. Hernane Borges de Barros Pereira, orientador da pesquisa aqui apresentada, como pesquisador.

O conceito de Redes Sociais está relacionado a um conjunto de atores sociais (pessoas, organizações, empresas ou entidades sociais) que estão conectados por relações motivadas por sentimentos, informações/comunicações, relações profissionais, entre outras.

O fluxo de informação representa o movimento que ocorre em uma rede, configurando-se como uma sucessão de eventos, de um processo de mediação entre a geração da informação por uma fonte emissora e a aceitação da informação pela entidade receptora (BARRETO, 1998). Uma sequência de eventos que transita de um ponto de partida a outro de chegada, de uma fonte emissora, que dinamizada por uma objetivação provoca um fluxo no tempo-espaço, chegando ao ambiente de objetivação, onde se opera o processamento pela interação dialética entre a informação, a inteligência e a comunicação e se dá a produção de um novo conhecimento (INOMATA, 2012).

As redes de produção, disseminação e apropriação de conhecimentos desempenham hoje um papel central na sociedade, tornando estratégica a reflexão sobre as mesmas e sobre as repercussões que trazem para as formas de produção e apropriação de conhecimentos, notadamente para as possibilidades do trabalho inter e transdisciplinar em uma sociedade cada vez mais complexa (LIMA; NICHE TEIXEIRA; BAUMGARTEN, 2007).

Fiquei instigada em relacionar os princípios dos estudos de Redes, a partir da Teoria de Redes e da Metodologia de Análise de Redes Sociais, à metodologia de pesquisa qualitativa utilizada nas pesquisas anteriormente realizadas, para compreensão do fluxo de informação e do processo de construção e difusão de conhecimento na interação entre a universidade e os serviços de saúde. Com essa perspectiva ingressei no Doutorado Multi-institucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento em março de 2011.

## **1.2 Definição do Problema de Pesquisa**

O processo de trabalho na Saúde Pública brasileira é fortemente marcado pela fragmentação e pela visão biológica, centrado na figura dos profissionais da saúde e ainda tem

como referencial o modelo de atenção médico-assistencial-privatista, apesar dos avanços observados com o advento do SUS. O aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, quando se opera um modelo de atenção e cuidado marcado, expressivamente, pela centralidade dos sintomas.

Como já vimos, a Integralidade é um princípio do SUS que, em articulação com a Universalidade e a Equidade, orientam para a garantia constitucional do direito à saúde. Trata-se de um conceito polissêmico, que para Mattos (2003) envolve compreender as necessidades das pessoas e reconhecer quais as possibilidades de respondê-las em um contexto específico em que se dá a relação entre o profissional de saúde e os usuários dos serviços.

De um ponto de vista mais instrumental, Pinheiro (2003) entende que a Integralidade se constitui por uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde – plano individual, no qual se constroem a Integralidade no ato da atenção individual, e o plano sistêmico, em que se garante a Integralidade das ações na rede de serviços –, nos quais os aspectos subjetivos e objetivos devam ser considerados.

Essa compreensão de Integralidade foi institucionalizada no documento que trata da Educação Permanente em Saúde, e envolve, dentre outras coisas: a ideia da “clínica ampliada”, segundo a qual o centro da atenção se desloca do profissional isolado para a equipe responsável pelo cuidado; e da doença para a pessoa que corre o risco de adoecer, para os modos como ela adoece e para a realidade em que ela vive; o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar; a ação intersetorial e o conhecimento e a capacidade de trabalhar com as informações epidemiológicas, demográficas, econômicas, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas de impacto regional, estadual e nacional (BRASIL, 2005a).

Logo, para Cecílio (2009) a Integralidade tem que ser pensada no espaço singular do serviço, como parte de uma integralidade mais ampliada que se realiza numa rede de serviços, seja de saúde ou não. Enquanto constituinte de uma rede de serviços, deve-se, então, considerar essa estrutura como objeto de reflexão e de práticas da equipe de saúde, onde estão distribuídas as tecnologias em saúde, cujo trabalho resultaria de um esforço intersetorial com o objetivo de melhorar a vida das pessoas.

Para Ceccim (2008), as práticas de saúde no Brasil ainda refletem a concepção difundida pelo Relatório Flexner<sup>2</sup> elaborado em 1910, para avaliar o ensino médico nos Estados Unidos da América e que adquiriu hegemonia no ensino universitário a nível mundial.

De acordo com as análises dos resultados gerados pelas mudanças propostas pelo trabalho realizado por Abraham Flexner, observa-se que houve a reorganização do funcionamento das escolas médicas, mas, por outro lado, desencadeou um processo de extirpação de todas as propostas de atenção em saúde que não professassem o modelo proposto. A busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduziu uma salutar racionalidade científica, para o contexto da época, no entanto, deixou de considerar outros fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Para Almeida Filho (2010), do ponto de vista da organização dos serviços de saúde, esse modelo tem sido responsabilizado pela crise de profissionais que, em parte, produz crônicos problemas de cobertura, qualidade e gestão do modelo assistencial, inviabilizando a vigência plena de um sistema nacional de saúde integrado, eficiente, justo e equânime em nosso país. Além disso, foi implantado no Brasil a partir da Reforma Universitária de 1968, promovida pelo regime militar e mostra-se incompatível com o contexto democrático brasileiro e com as necessidades de atenção à saúde de nossa população. A adoção do modelo flexneriano também resultou em sérias falhas estruturais do sistema de formação em saúde.

Diante dessas questões, desponta-se a necessidade de desenvolver meios e instrumentos que possam aprimorar a formação do futuro trabalhador em saúde (TAVARES et al., 2007). Entretanto, investir somente na graduação não é suficiente para formar o profissional que a sociedade precisa e que o sistema de saúde requer, ou seja, os Ministérios da Saúde e da Educação precisam aproximar-se não somente por meio de políticas e projetos

---

<sup>2</sup>Em 1910, a Fundação Carnegie convidou o educador Abraham Flexner, diretor de uma escola secundária de Kentucky, a realizar um estudo sobre a situação das escolas médicas americanas e canadenses. O documento elaborado após esse estudo, conhecido como “Relatório Flexner”, reforça a luta pelo ideário científico da medicina. Um novo paradigma médico surge desse episódio: a Medicina Científica, ou Flexneriana, passa a nortear a formação dos futuros médicos e se insinua na reconstituição do próprio processo de trabalho médico. As principais propostas desse documento para o desenvolvimento do ensino nas escolas de medicina são: definição de padrões de entrada e ampliação da duração dos cursos para quatro anos – divisão do currículo em um ciclo básico de dois anos, realizado no laboratório, seguido de um ciclo clínico de mais dois anos, realizado no hospital; estímulo à docência em tempo integral; expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; vinculação das escolas médicas às universidades; ênfase na pesquisa biológica; vinculação da pesquisa ao ensino; estímulo à especialização médica; controle do exercício profissional pela profissão organizada (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

pontuais, mas de um diálogo que enfrente poderes instituídos em distintas esferas e instituições, políticas, acadêmicas e dos serviços de saúde.

As propostas de parcerias entre as Instituições de Ensino Superior e os serviços de saúde, pautadas na preocupação com a formação e gestão do trabalho, que hoje se inserem nas políticas de saúde, são anteriores a 1988, ano da criação do SUS, conforme pode ser visto na **Figura 1**, e influenciaram o movimento da Reforma Sanitária Brasileira iniciado no final da década de 1980 (REZENDE, 2013).

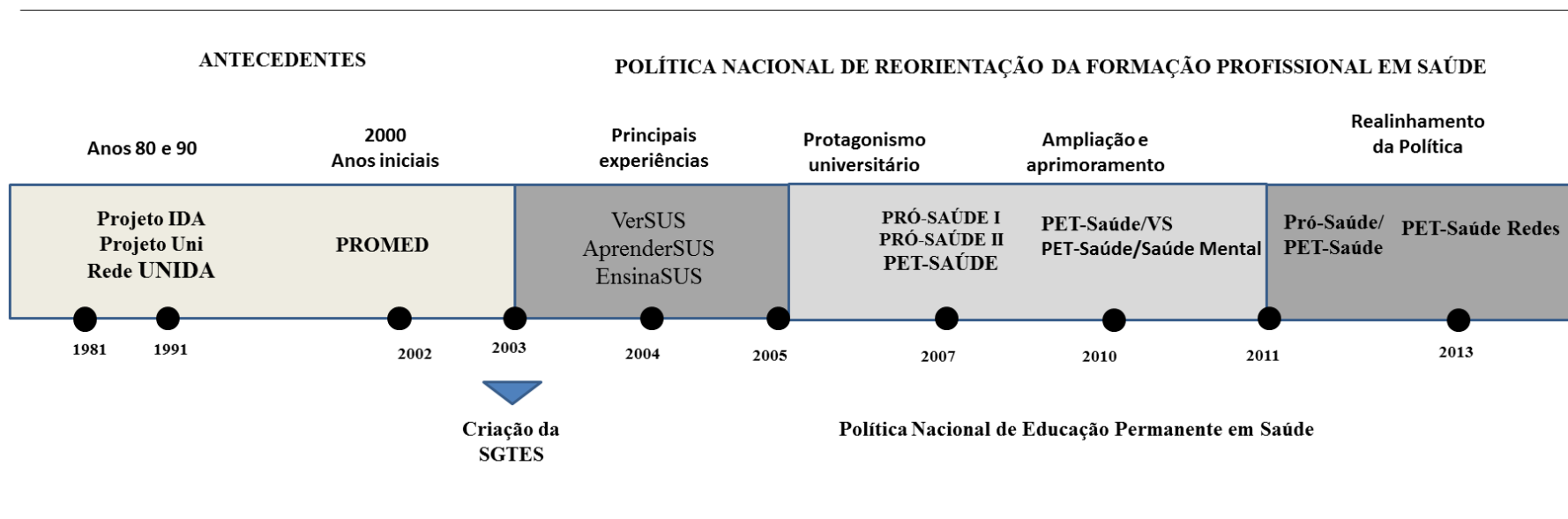
O esforço em romper com o paradigma Flexneriano de ensino na saúde aconteceu em várias frentes. Ceccim (2008) destaca a atuação da Associação Brasileira de Enfermagem, no período de 1987 a 2000, por diretrizes nacionais de educação em enfermagem e o movimento da Associação Brasileira de Educação Médica, entre 1990 e 2000, pela avaliação do ensino médico e destaca a longa experimentação de mudanças promovidas pelo Programa de Integração Docente Assistencial (IDA), entre 1985 e 1997 e no início dos anos 1990, do século XX, o surgimento do Projeto UNI, uma nova iniciativa em educação das profissões da saúde: união com a comunidade, financiado pela Fundação Kellogg, a fim de redimensionar questões relativas ao Programa IDA (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

De acordo com Ceccim (2008), esses movimentos estavam comprometidos com a Reforma Sanitária e encampavam a defesa dos princípios do SUS: a democratização do setor saúde, com o acesso universal, integralidade da atenção, participação popular e gestão com resolutividade na rede local de saúde. No entanto, ainda não estavam em sintonia com as conquistas dos setores da saúde e da educação – a Saúde Coletiva e as Diretrizes Curriculares Nacionais, respectivamente.

A Saúde Coletiva teve origem na Medicina Social francesa e na Medicina Preventiva norte-americana e é reconhecida como um espaço de conhecimento construído na articulação entre a teoria e as práticas de saúde, que tem como o SUS, sua origem no seio do movimento sanitário brasileiro no final da década de 1970. Seus princípios consideram a saúde articulada à estrutura social em seus aspectos históricos, econômicos e políticos-ideológicos, seu objeto se constrói nos limites da relação biológico-social, revelando seu caráter interdisciplinar e suas ações de saúde são práticas sociais por excelência (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Na educação, Ceccim (2008) ressalta as Diretrizes Curriculares Nacionais, como proposta para ação pedagógica, resultante de audiências públicas do Conselho Nacional de Educação com as associações de ensino das profissões de saúde e com o Conselho Nacional de Saúde.

**Figura 1– Cronologia das principais ações de reorientação da formação profissional em saúde para o SUS. Brasil décadas de 1980 e 90 e anos 2000**



Fonte: Adaptado de Dias, Lima e Teixeira (2013).

Concomitante, às DCN, com o objetivo de incentivar as escolas médicas, de todo o País, a incorporar mudanças pedagógicas significativas nos currículos dos cursos de medicina, o governo instituiu, em 2002, o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas de Medicina (PROMED), como a primeira iniciativa conjunta entre os MS, MEC e Organização Pan-Americana da Saúde, em parceria com a Associação Brasileira de Educação Médica e Rede UNIDA (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). Nesse sentido, são propostos três eixos – orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática –, norteadores do processo de mudança curricular com vistas a atender as necessidades concretas do SUS na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços (BRASIL, 2002a).

No período de 1998 a 2002, durante um processo complexo de produção de novos conhecimentos que levassem à formação de um profissional com perfil adequado às demandas do SUS, foi discutido pela sociedade e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde o documento referente à Norma Operacional Básica, concernente aos Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde - NOB/RHSUS, contendo um capítulo dedicado aos princípios e diretrizes para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do sistema de saúde (CECCIM, 2008).

Em 2003 o governo cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e, nesta, os Departamentos de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde e de Gestão da Educação na Saúde. Ficou posta, no âmbito do setor, a distinção de domínios de conhecimento entre o Trabalho em Saúde e a Educação na Saúde (CECCIM, 2008; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Entre 2003 e 2004 foi lançado o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – o VER-SUS/Brasil, uma estratégia do governo para aproximar o movimento estudantil nacional da área da saúde do processo de melhoria da formação dos profissionais de saúde, dando vazão a uma agenda de compromissos assumida anteriormente com o grupo (REZENDE, 2013).

No ano de 2004, também foi implementado o AprenderSUS, com foco na discussão da integralidade como eixo de mudança da formação profissional (BRASIL, 2004a), que, conforme Rezende (2013), foi uma forma de adequar o PROMED ao novo contexto político do MS. Transformá-lo em um projeto de intervenção pela mudança da formação do conjunto dos profissionais de saúde, integrado à política de educação permanente em saúde, ampliando o esforço para todas as profissões (GONZALEZ; ALMEIDA, 2010b).

Em 2005, visando suprir a necessidade de sistematizar e socializar as experiências acumuladas na área de mudança na formação em saúde para a efetiva implantação do AprenderSUS, por meio de uma parceria entre Ministério da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública e a Rede UNIDA, foi lançado o curso de especialização, na modalidade Educação a Distância, Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, da Fiocruz. Esse curso centra o foco de suas atividades no sujeito formador e institucionaliza uma política de capacitação dos docentes das IES, revelando a preocupação em possibilitar conhecimentos e habilidades àqueles que conduzem as mudanças no processo de formação dos futuros profissionais de saúde.

O ano de 2004 foi marcado por várias iniciativas no sentido de mudar o processo de ensino-aprendizagem, e, assim, formar profissionais de saúde mais aptos para as ações no SUS. Nesse ano foi criado o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde e publicada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (REZENDE, 2013).

Essa política deveria ser construída nas regiões locais de saúde, por meio dos Polos de Educação Permanente em Saúde, instâncias colegiadas formadas com a participação de gestores estaduais e municipais de saúde e de educação; instituições de ensino com cursos na área da saúde; escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e, outros interessados, que deveriam submeter ao Colegiado de Gestão o encaminhamento das inclusões (BRASIL, 2004b).

O documento trata da educação permanente, como aprendizagem no trabalho, cujo processo de aprender e ensinar teria como referência as necessidades da população, problematizadas no cotidiano dos serviços de saúde, sempre se levando em consideração as experiências já acumuladas pelos que participam do processo (BRASIL, 2005a).

Dando seguimento às políticas de formação e educação permanente o MS e o MEC, lançam o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), por meio da Portaria interministerial MS/ MEC nº 2.101 de 3 de novembro de 2005 (BRASIL, 2005b). O PRÓ-SAÚDE foi fortemente baseado no PROMED, que era voltado para os cursos de Medicina, porém ampliado aos cursos de Odontologia e Enfermagem, aqueles que integravam a Estratégia Saúde da Família (GONZALEZ; ALMEIDA, 2010b).

Os três eixos contemplados pelo referido Programa foram: Orientação Teórica, Cenários de Práticas e Orientação Pedagógica. O objetivo geral do programa foi a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações

nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população (BRASIL, 2007a).

A participação das Instituições de Ensino Superior na formulação e implementação das propostas e na estruturação das instâncias de acompanhamento e avaliação do programa caracterizam uma fase de protagonismo dos sujeitos que fazem as universidades, identificado na Figura 1 por protagonismo universitário.

Em 2007, a Portaria 3.019 do Ministério da Saúde ampliou a participação no Programa para todos os cursos da área de saúde, por meio do PRÓ-SAÚDE II e, apesar de considerar a necessidade de ampliação da duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde, não criou dispositivos que facilitassem tal proposta (BRASIL, 2007b).

Nesse sentido, além dos incentivos voltados para os docentes, eram necessárias ações para melhorar a participação da rede de serviços no processo de ensino-aprendizagem. O MEC e o MS reconheceram que não bastava adequar as instalações para o desenvolvimento de práticas pedagógicas, mas que algum tipo de incentivo era necessário para que os profissionais da rede pudessem orientar os estudantes de graduação.

Então, por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802/2008 (BRASIL, 2008a), foi proposto o PET-Saúde como um meio para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, para profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do SUS, contemplando com bolsas os tutores acadêmicos, preceptores, residentes e estudantes de graduação da área da saúde, que viessem a fazer parte das equipes do PET-Saúde. Para seleção de projetos foi publicado o Edital da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, 12/2008 (BRASIL, 2008b).

Dando continuidade a política de fortalecimento da interação ensino-serviço, o MS, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em março de 2010, ampliou as ações do PET-Saúde e instituiu, o PET-Saúde da Família (BRASIL, 2010a) e o PET-Saúde na área de Vigilância em Saúde (PET-SAÚDE/VS), destinado a fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial na área de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2010b).

Em setembro do mesmo também foi instituído o PET-Saúde/Saúde Mental, tendo em vista a necessidade de criar estímulos para que os profissionais que desempenham atividades na área da Atenção em Saúde Mental, álcool e outras drogas, pudessem orientar os estudantes de graduação, tendo o serviço público de saúde como cenário de prática (BRASIL, 2010c).



A criação da Comissão Gestora Local (CGL), na portaria de implantação do PRÓ-SAÚDE, como um órgão colegiado deliberativo de natureza permanente, cujo espaço favorece o relacionamento entre o serviço de saúde e as Instituições de Ensino Superior, e tem a responsabilidade pela gestão política e administrativa, devendo acompanhar o desenvolvimento dos projetos foi uma iniciativa de grande importância para melhorar a relação entre a academia e os serviços na gestão do programa (BATISTA, 2013).

A partir dos processos de avaliação e acompanhamento das experiências anteriores, que indicaram a necessidade de articular PRÓ-SAÚDE e PET-Saúde, o MS e o MEC publicaram o Edital nº 24 (BRASIL, 2011a), PRÓ-SAÚDE/PET-Saúde, considerando o planejamento da saúde segundo as regiões de saúde e as redes de atenção à saúde, bem como a atenção às necessidades locais, articulando-as entre as Instituições de Ensino Superior, Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, levando a estratégia de interação ensino-serviço a níveis de maior complexidade tecnológica.

A articulação entre os dois programas reforçou os objetivos de:

a) reorientar a formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino-aprendizagem e de prestação de serviços de saúde à população; e

b) fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o serviço público de saúde, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e formação de estudantes de cursos de graduação da área da saúde, tendo em perspectiva a qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fontes de produção de conhecimento e pesquisa nas Instituições de Ensino Superior.

O edital estabelecia que os programas PRÓ-SAÚDE e PET-Saúde, agora integrados, pudessem contribuir para as políticas e prioridades do MS – como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama, Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis – considerando, sempre, as necessidades locais definidas de forma articulada entre instituições de ensino e secretarias municipais e estaduais de saúde, respeitando-se as instâncias decisórias estabelecidas.

Os eixos orientadores dessa proposta, os mesmos do PRÓ-SAÚDE I (Orientação Teórica, Cenários de Práticas e Orientação Pedagógica), levavam em consideração os determinantes do processo saúde-doença, a produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS, a Pós-Graduação e a Educação Permanente, a interação Ensino-

Serviço, a diversificação de cenários de aprendizagem, a articulação dos serviços universitários com o SUS, a análise crítica da atenção básica e dos serviços de saúde, a integração do ciclo básico-profissional e a mudança metodológica dos cursos.

Em 2013, o Edital dos MS e MEC convidou as Instituições de Ensino Superior para, em conjunto com Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde, participar do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde/Redes de Atenção à Saúde (PET-SAÚDE/REDES) que buscou, por meio do desenvolvimento de intervenções no modelo de rede, qualificar as ações e os serviços de saúde oferecidos à população (BRASIL, 2013).

O PET-Saúde/Redes, buscando incorporar a concepção de acolhimento e do trabalho em rede, propôs para todas as instituições interessadas, atividades relacionadas às seguintes Redes Temáticas Prioritárias,:

1. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
2. Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, priorizando o enfrentamento do Câncer do Colo de Útero e de Mama;
3. Rede Cegonha;
4. Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
5. Rede de Atenção Psicossocial: priorizando o enfrentamento do Álcool, Crack e outras Drogas;

A UEFS aderiu à proposta e no momento da coleta dos dados, operacionalizava, entre todos os projetos, 15 Grupos Tutoriais (GT) PET-Saúde, totalizando 15 tutores, três coordenadores, 82 preceptores, 172 estudantes bolsistas e 86 voluntários, envolvendo os Cursos de Ciências Biológicas, Ciências Farmacêuticas, Educação Física, Enfermagem, Medicina, Odontologia e Psicologia. São, portanto, 358 participantes vinculados aos Programas de Qualificação da Formação Profissional na Área de Saúde.

Fui tutora no PET-Saúde da UEFS, de 2009 a março de 2011, e enfrentei juntamente com os demais colegas de meu grupo tutorial muitas dificuldades para garantir a viabilidade da proposta. E a que mais se destacou foi a incapacidade do serviço de garantir a produção integral da saúde, não só pela carência quanto à infraestrutura, recursos materiais e pessoais, mas, também, por um limite na compreensão sobre o sentido da produção de saúde integral pelos participantes do sistema, no cotidiano de seu processo de trabalho.

A inquietação com aquela realidade me levou a refletir sobre o potencial da interação ensino-serviço-comunidade, por meio das práticas de ensino-aprendizagem desenvolvidas nas unidades de saúde e na própria universidade, em contribuir para a construção de uma nova concepção sobre o processo de trabalho na saúde e para a integralidade da atenção.

Para entender tal situação era necessário compreender como é a estrutura dessa rede que liga Instituição de Ensino Superior, serviços de saúde e comunidade, como são estabelecidas as relações entre seus componentes e qual o papel dos sujeitos da Rede na construção e difusão do conhecimento. Para tal precisaria de meios que permitissem capturar essa dinâmica, um modelo de análise que facilitasse o entendimento de como ocorrem o fluxo de informação e a difusão do conhecimento no processo de formação dos estudantes e na qualificação da rede SUS.

Ancorados na proposta do DMMDC de possibilitar a construção de um método ou de uma metodologia de cunho analítico para resolução de um problema, em um dado contexto, cujos múltiplos modos de construção do conhecimento podem ser produzidos por posicionamentos consistentes de ação, com o uso de ferramentas de análise específicas para a natureza do meio e o tipo de problema a resolver (GALEFFI, 2010), propus para esta investigação, elaborar um modelo empírico para análise de redes que envolvam os serviços de saúde, fundamentado na Análise de Redes Sociais e na Análise qualitativa por meio da hermenêutica-dialética, a partir do estudo do fluxo de informação que ocorre no campo de atuação do PET-Saúde da UEFS. Proposta acolhida por meus orientadores.

Ao procurar trabalhos correlatos em 2013, com o termo “PetSaúde e educação pelo trabalho” no período de 2009 a 2013, encontramos apenas dois estudos sobre o PET-Saúde realizados em programas de pós-graduação disponíveis no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e nos dados da Biblioteca virtual em Saúde (BVS) – as dissertações de Fonseca (2012) e Rodrigues (2012), o primeiro apresenta pesquisa realizada no PET-Saúde da Universidade de São Paulo e o segundo em Porto Alegre.

Repetimos a busca em 2015 e, da mesma forma que Gusmão, Ceccim e Drachler (2015), constatamos que apenas duas dissertações de mestrado poderiam ser acessadas pelo Portal da CAPES. E ao nos dirigirmos à BVS, obtivemos uma tese (JUNQUEIRA, 2013) e três dissertações. Dessas, duas já foram mencionadas. O terceiro trabalho encontrado foi sobre a política de reorientação da formação em Odontologia na Universidade Federal da Bahia (DIAS, 2011).

No levantamento com o termo “Pet-Saúde” na BVS, em 2013, encontramos 43 publicações, 35 delas eram artigos do suplemento especial sobre o PET-Saúde, organizado pela Revista Brasileira de Educação Médica em 2012. Em 2014 foram publicados apenas seis trabalhos sobre o programa, e em 2015 podem ser vistas 36 produções. Desse conjunto,

apenas quatro não foram publicados no Suplemento da Revista Interface, Comunicação em Saúde (INTERFACE- comunicação, saúde, educação, 2015).

Constatamos que, apesar da discussão sobre as políticas de interação ensino-serviço datar da década de 1950, especificamente, sobre o PET-Saúde ainda existe uma lacuna nas produções científicas, que pode se justificar pelo pequeno espaço de tempo de sua institucionalização.

O incremento nas publicações ocorreu pela iniciativa dos editores das revistas em incentivar a discussão sobre o Programa.

Ao refinarmos a busca para “PET-Saúde Feira de Santana” encontramos apenas um trabalho, publicado na Revista Brasileira de Educação Médica em 2012 (RODRIGUES et al., 2012), um relato de experiência por nós apresentado no curso de Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde. Alteramos o termo para “Educação pelo Trabalho Feira de Santana” e foram listados oito trabalhos, mas apenas um artigo tem relação com o PET-Saúde (RODRIGUES; SOUZA; PEREIRA, 2012), também nosso, resultante de estudo desenvolvido durante o doutorado no DMMDC.

Quanto à Análise de Redes Sociais na saúde, podemos dizer que ainda não é um tema amplamente discutido nos espaços de formação em saúde no Brasil, apesar de já utilizada em pesquisas tanto na epidemiologia, quanto para análise e planejamento de políticas públicas a nível mundial (LUKE; HARRIS, 2007). Ao realizarmos busca associando o PET-Saúde à Análise de Redes Sociais, não encontramos nenhum trabalho no portal da CAPES, tampouco na Biblioteca Virtual de Saúde, o que também ocorreu quando mudamos para “interação ensino-serviço análise de redes sociais”.

Para a busca – “Análise de Redes Sociais saúde” – foram listados 23 resultados no portal da CAPES e 13 na Biblioteca Virtual de Saúde, onze teses na primeira base de dados e duas na segunda. Uma se repetia na Biblioteca Virtual de Saúde. Ao todo foram 12 teses sobre a ARS em questões do setor saúde, mas nenhuma delas estava relacionada com a política de interação entre o trabalho e a educação na saúde.

Esses resultados mostram a importância dessa investigação para a difusão de conhecimento e o desenvolvimento das pesquisas em saúde, integrando a Análise de Redes Sociais nos estudos das políticas que envolvem a saúde, de modo que contribua para a melhor compreensão de sua complexidade e melhoria das suas práticas.

### **1.3 Pressupostos**

Para dar seguimento à investigação, diante dos aspectos inicialmente abordados construímos os seguintes pressupostos:

1) um modelo empírico, articulando Análise de Redes Sociais e Análise Qualitativa por meio da hermenêutica-dialética, pode ser aplicado para conhecer e compreender a estrutura de uma rede social que integra instituição de ensino superior, serviços de saúde e comunidade, bem como, contribuir para apoiar a formação de profissionais aptos a trabalhar no SUS, qualificar a rede de saúde local, entender as relações estabelecidas entre seus atores, o papel de cada um no fluxo de informação e na difusão de conhecimento, mostrando que o modelo desenvolvido pode ser replicado para investigações de diferentes redes estruturadas por meio de políticas públicas.

2) A rede PET-Saúde viabilizou um espaço de ensino-aprendizagem coerente com a política de educação permanente para o SUS, em que tutores, preceptores e alunos, articulados com a comunidade, transformam as unidades de saúde em espaço de produção e difusão de conhecimento, mas têm sua ação limitada pelas condições do serviço de saúde local, que dificulta a integralidade das ações.

### **1.4 Justificativa e referencial teórico-metodológico**

A interação ensino-serviço na área de saúde, a partir de parcerias das instituições de ensino superior com as secretarias de saúde, municipal ou estadual é uma estratégia que busca a aprendizagem problematizada de tutores e alunos que fazem seus estágios nas unidades de saúde, e dos profissionais que atuam como preceptores, no âmbito das unidades de saúde, da academia e da comunidade.

Comunidade é aqui considerada como objeto coletivo, constituído por um determinado conjunto de famílias e de contextos socioambientais, e as organizações da sociedade civil da localidade. É o espaço, na compreensão de Fagundes e Fróes Burnham (2005), onde acontece a concepção de saberes que se distinguem daqueles que circulam nas instituições onde, tradicionalmente, as práticas dos cursos da área de saúde ocorrem a partir do entrecruzamento de diversas referências.

O PET-Saúde, iniciou com o objetivo de criar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, oferecendo aos graduandos a formação nos serviços e o aperfeiçoamento das profissões por meio de estágios e vivências, proporcionados pelas instituições de ensino superior em parceria com as secretarias municipais de saúde (BRASIL, 2007b).

A primeira fase do PET-Saúde, no período de 2009 a 2011, possibilitou a interação da Instituição de Ensino Superior com as equipes de saúde e comunidade, o que fomentou a socialização de saberes, por meio de diversos projetos envolvendo parcerias do PET-Saúde com componentes curriculares, núcleos de pesquisa e projetos de extensão desenvolvidos em Feira de Santana (FONSECA; RODRIGUES, 2011).

A integração entre os diversos cursos da área de saúde mostrou que é possível uma articulação entre diferentes formações acadêmicas no intuito de obter ideais em comum e traçar objetivos que culminem em respostas positivas. No entanto, como já exposto nesta introdução, ainda nos deparamos com problemas antigos, como a dificuldade em se desenvolver um trabalho interdisciplinar envolvendo os diversos profissionais que atuam nos serviços, em parceria com os grupos tutoriais do PET-Saúde e a falta de articulação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção à saúde, para garantir o atendimento integral dos sujeitos que demandam às unidades.

O PET-Saúde colocou o desafio de um sujeito epistêmico coletivo – que pense a saúde determinada socialmente e que entenda o sujeito nas suas singularidades, sujeitos que se expressam socialmente e que precisam se apropriar de tecnologias – conhecimento, instrumentos e relações para o processo do cuidar das pessoas.

O estabelecimento do PET-Saúde como uma das alternativas de consolidação do SUS requer a participação ativa de atores sociais comprometidos ética e politicamente com a (re)construção coletiva de saberes e práticas, e também com a superação de problemas conjunturais que envolvem a institucionalização e a consolidação de um programa novo que está sendo construído por sujeitos sociais que optaram por uma proposta dinâmica de formação por meio do trabalho em saúde, usando como estratégia a educação permanente.

Concordamos que o PET-Saúde representa um avanço nas propostas de interação ensino-serviço, ao estabelecer espaços de aprendizagem nas unidades de saúde que integram universidade, trabalhadores de saúde e comunidade. Espaços de aprendizagem, enquanto locais que articulam, intencionalmente, processos de aprendizagem, onde ocorre a produção imaterial de subjetividades e conhecimentos (escolas, universidades, institutos de pesquisa e de trabalho) e os locais onde ocorre a produção material de bens e serviços (locais de trabalho,

agências de serviços, grupos culturais, ações de movimentos políticos e sociais) (FRÓES BURNHAM, 2000)

As considerações realizadas nos colocam como problemática a necessidade de compreender as relações nessa estrutura e como os fluxos de informação e o processo de difusão de conhecimento ocorrem entre os sujeitos que fazem o PET-Saúde.

Ademais na etapa exploratória desta investigação, observamos que no projeto elaborado para implantação e execução do PET-Saúde UEFS, a proposta de avaliação do desempenho dos bolsistas, preceptores e tutores, e das atividades desenvolvidas pelo programa estava pautada nos instrumentos de análise individual e nos relatórios dos grupos tutoriais, o que dificulta a compreensão das relações que se estabelecem entre as pessoas e instituições participantes do programa de uma forma ampliada e ágil (RODRIGUES et al., 2014).

O diagnóstico das condições de atuação na interação ensino-serviço pode auxiliar na superação de problemas nesse terreno transdisciplinar de ensino-aprendizagem, favorecendo a formação acadêmica e estimulando o processo de educação permanente, e, assim, contribuir para a produção integral da saúde, imagem-objetivo do PET-Saúde.

O PET-Saúde é estruturado por meio de Grupos Tutoriais, formados por professores (Tutores), profissionais (Preceptores) e alunos (Bolsistas e Voluntários), que estabelecem relações no processo de aprendizagem vivenciado no espaço de interação ensino-serviço-comunidade, ou seja, um conjunto de pessoas com um padrão de contato e de interação motivados por relações de trabalho e ensino, em que o compartilhamento das informações se propõe a elaboração e reelaboração do conhecimento nos espaços de produção de saúde, constituindo-se em uma rede social (WASSERMAN; FAUST, 1994; TOMAÉL; MARTELETO, 2006).

As redes sociais não se limitam apenas às trocas de informação e conhecimento entre os atores e favorecem o fluxo de todos os recursos disponíveis na organização. O indivíduo possui conhecimento individual que compartilha, trazendo informações para o desenvolvimento de parceria, proporcionando benefícios ao grupo (RIGO et al., 2008).

Diferentes redes podem ser construídas a partir de um mesmo conjunto de atores, pois estas são definidas pelos tipos de relações estabelecidas entre seus componentes (SOARES, 2004). Essas relações devem estar bem claras para que possamos compreender melhor as redes que serão geradas (MARTELETO; SILVA, 2004).

O limite dos indivíduos para tomada de decisão depende da distribuição do poder, da estrutura de interdependência e de tensões no interior da rede, e o sucesso das ações dos

indivíduos e de seus grupos está relacionado com a posição por eles ocupada nessa estrutura (MARTELETO, 2001).

Na análise das redes sociais (ARS) existe uma discussão epistemológica. Muitos autores, como Scott (2004), consideram-na uma metodologia de análise de dados relacionais que permite a captação de diversos fenômenos sociais que se desejam estudar segundo uma área de conhecimento específica; já para alguns, trata-se de um novo paradigma de análise estrutural. Para outros, é uma tentativa de se introduzir um nível intermediário entre os enfoques micro e macro na análise da realidade social, ou entre o indivíduo e a estrutura, nas principais correntes da sociologia (MARTELETO, 2001). No entanto, existe uma linguagem comum e métodos de coleta e análise de dados que podem ser utilizados em vários modelos teóricos.

A análise de redes, contemplada com teorias e conceitos das ciências sociais e da informação, permite traçar os fluxos de informações e as construções cognitivas e simbólicas de atores posicionados em espaços sociais diferenciados, para o direcionamento e deliberação de questões referentes, por exemplo, às condições de saúde da população e à implantação de políticas (MARTELETO, 2001).

Utilizamos a metodologia de ARS em pesquisa anterior para entender as relações existentes entre os sujeitos que faziam parte de um programa de interação ensino-serviço. Isto nos permitiu uma visão ampliada das relações que ocorrem em uma rede social, nos dando pistas sobre o fluxo de informação e o papel dos atores na difusão de conhecimento naquele espaço multidisciplinar de aprendizagem em saúde (OLIVEIRA RODRIGUES et al., 2014).

Em relato de investigação realizada em uma rede de alimentos, Tomael e colaboradores (2007) argumentam que no desenvolvimento do trabalho integrado, os contatos entre os pares são mais intensos, e nessas situações o recebimento de informações é constante, assim, as pessoas que trabalham de forma integrada compartilham informação em todas as fases do desenvolvimento de suas atividades, especialmente nas relações que mantêm para esse fim.

Entendemos que a metodologia de análise de redes sociais permite identificar diversas interações e características que são de fundamental importância para a compreensão das dinâmicas sociais, como as tendências ou padrões de comportamento, a evolução das ligações entre os componentes da rede, influenciando o desempenho de propriedades e funções dessa rede de relações.

Os atores em uma rede social são chamados de vértices ou nós e as relações entre os



vértices são identificadas como arestas ou arcos<sup>3</sup> (MARTELETO, 2001; ALBERT; BARABASI, 2002; PEREIRA; FREITAS; SAMPAIO, 2007).

No sentido de medir a importância de um ator em uma rede, Wasserman e Faust (1994) propõem as centralidades de grau, intermediação, proximidade e informação. E explicam que esses indicadores também podem ser combinados entre os nós para se obter a medida de determinados subgrupos ou da rede como um todo. Sendo assim, essas métricas podem ser úteis para comparar diferentes redes sociais.

No entanto, as pesquisas envolvendo sujeitos em situações necessitam de recursos metodológicos que nos auxiliem a lidar com as subjetividades dos participantes, ouvir a voz e se fazer ouvido, em um encontro do sujeito pesquisador, interessado, implicado, com o sujeito que interpreta sua realidade, e que nos leva a compreender as condições e as possibilidades do objeto em estudo.

Ao nos debruçarmos sobre o estudo da relação entre o ensino e o serviço na saúde somos mais um elemento, um sujeito interessado, em uma rede que articula processos de trabalho com processos de ensino-aprendizagem na intersecção entre a educação e a saúde, que se efetiva por meio da comunicação entre sujeitos implicados.

Gadamer (1999), no que defende por hermenêutica, propõe uma nova relação entre sujeito e objeto, em que esse emaranhado de sujeitos rompe com a relação sujeito-sujeitado, em que o sujeito investigado é amorfo, estranho e inflexível às condições vivenciadas, possibilitando o surgimento de um sujeito “nós”, em que as noções de compreensão, reconhecimento, liberdade e reciprocidade ganham sentido e força.

A abordagem hermenêutica busca diferenças e semelhanças entre o contexto dos atores e o contexto do investigador; explora as definições de situação do ator; supõe o compartilhamento entre o mundo observado e os sujeitos com o mundo da vida do investigador; busca entender os fatos, os relatos e as observações e apoia essa reflexão sobre o contexto histórico; julga e toma decisão sobre o que ouve, observa e compartilha e produz um relato dos fatos em que os diferentes atores se sentem contemplados (MINAYO, 2010a).

Habermas, conforme Minayo (2010b), ao mesmo tempo que valoriza as descobertas e a importância da hermenêutica para compreender e pensar a realidade de forma subjetiva

---

<sup>3</sup> As redes são representadas por grafos, estruturas constituídas por dois conjuntos finitos, um de vértices e o outro de arestas, em que os vértices estão conectados entre si. As ligações podem ser direcionais, que caracterizam uma indicação de direção de um ator para outro, uma origem e um fim. Nesse caso a rede é denominada de rede dirigida e as ligações entre os vértices são chamadas de arcos. Quando essa ligação é considerada bidirecional, sem indicação de sentido, chama-se a rede de não dirigida e a ligação entre os vértices de aresta.

introduz, por meio da lógica da razão comunicativa, a possibilidade da crítica à linguagem e aos interesses que não se fazem transparentes. E procura esclarecer os elementos básicos que constituem a dialética, a saber: a razão humana possui uma força transcendental que se exerce na crítica e consegue ultrapassar preconceitos. A mesma razão que compreende, esclarece e reúne, também contesta e dissocia; a estrutura do “significado” presente na linguagem é apenas um fator na totalidade do mundo real, que se compõe de trabalho, linguagem e poder. A linguagem também é vista como meio de dominação e de poder social; um trabalho crítico busca um método no qual a interpretação seja transformação e vice-versa, o que implica o reconhecimento de um engajamento em todo o processo de compreensão (MINAYO; DESLANDES, 2010).

Minayo (2010b) defende a dialética como a ciência da arte e do diálogo, da pergunta e da controvérsia, busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica sobre eles. O pensamento dialético precisa criar instrumentos de crítica e de apreensão das contradições da linguagem, compreender que a análise dos significados deve ser colocada no chão das práticas sociais, valorizar os processos na dinâmica das contradições, no interior das quais ocorre a própria oposição entre o avaliador e o avaliado.

Corroboramos Minayo (2010b), ao considerar que análise qualitativa, por meio da hermenêutica-dialética possibilita a compreensão de uma realidade em que sujeitos expressam comportamentos a partir de suas visões e do lugar em que se colocam no mundo. Os sujeitos são atores sociais em ação, analisados pelo olhar do investigador, que se fundamenta em sua história de vida, no referencial teórico e nas experiências do campo estudado e interfere nos resultados encontrados, sem a pretensão de neutralidade.

## **1.5 Questões e objetivos da pesquisa**

A partir da breve introdução teórica-metodológica apresentada, elaboramos a questão de investigação:

- Como compreender o fluxo de informação e difusão de conhecimento nas relações estabelecidas entre os atores de um programa que integra ensino, serviço e comunidade (PET-Saúde)?

Pergunta que se desdobra nas seguintes questões complementares:

1) Quais são os sujeitos PET-Saúde que melhor realizam a mediação entre a academia e os serviços de saúde para que ocorra o processo de construção e difusão de conhecimento na rede?

2) Quais as pessoas que mais contribuem para favorecer o fluxo de informação entre os grupos no PET-Saúde e fortalecer o capital social da rede?

3) Quais os atores, cuja posição na estrutura do programa, fortalecem as relações na rede?

4) Como a metodologia de redes sociais, associada a uma análise qualitativa, pode contribuir para compreensão do fluxo de informação e difusão de conhecimento na interação ensino-serviço, favorecendo a promoção da saúde?

5) Qual o modelo de análise que nos proporcionaria conhecer e compreender as relações em uma rede de interação ensino-serviço?

### ***1.5.1 Objetivo Geral***

Desenvolver um modelo baseado na Análise de Redes Sociais e na análise hermenêutica-dialética para compreensão do fluxo de informação e da construção e/ou difusão de conhecimento em rede que integra ensino, serviço e comunidade na saúde.

### ***1.5.2 Objetivos Específicos***

1) Mapear o fluxo de informação e a difusão de conhecimento no processo de formação e capacitação em saúde na Rede PET-Saúde em Feira de Santana;

2) Analisar como se dá o fluxo de informação e da construção do conhecimento e de que forma os mesmos são difundidos na Rede PET-Saúde em Feira de Santana;

3) Identificar quais os sujeitos da Rede PET que se destacam no processo de construção e/ou difusão do conhecimento na interação ensino-serviço;

4) Aplicar um modelo empírico para análise do fluxo de informação e da construção e /ou difusão do conhecimento em redes de interação ensino-serviço na saúde.

5) Compreender como os sujeitos do PET-Saúde, na interação ensino-serviço contribuem para a construção do conhecimento na Rede PET.

## 1.6 Estrutura da Tese

Para apresentar o conteúdo da tese estruturamos o texto em cinco capítulos, que são interdependentes, nas quais procuramos responder às questões da pesquisa, bem como contemplar os objetivos descritos. Por meio da articulação de suas partes aproxima-se o leitor do processo de elaboração de um **modelo para análise do fluxo de informação e da construção e/ou difusão do conhecimento em redes na saúde**, cujo campo de pesquisa foi um programa de interação ensino-serviço (PET- Saúde UEFS).

No primeiro capítulo, intitulado Referencial Teórico, trazemos alguns aportes teóricos sobre a Saúde, a formação dos profissionais da área e o seu processo de trabalho, discutindo a interação ensino-serviço-comunidade no Brasil, com vistas à qualificação da atenção em saúde. Também foram consultadas referências sobre a Teoria de Redes complexas, as Redes na saúde e Análise de redes sociais.

No segundo capítulo, Metodologia, apresentamos os caminhos teóricos-metodológicos, as abordagens adotadas na pesquisa, os critérios para coleta, análise e interpretação dos dados coletados, o campo e os sujeitos da pesquisa. Optamos pela triangulação de métodos como recurso para aprofundar a análise dos resultados e para maior aproximação com a realidade.

O terceiro capítulo, Resultados, é constituído de três seções: na primeira o modelo empírico construído e aplicado na investigação; na segunda descrevemos o perfil socioprofissional dos sujeitos que participaram do estudo; na seção três os resultados alcançados por meio da Análise de Redes Sociais; na seção quatro encerramos o capítulo apresentando os resultados da análise hermenêutica.

No capítulo cinco está a análise final e a discussão dos resultados, realizadas por meio da triangulação dos métodos.

Concluimos a tese, no capítulo seis, confirmando os objetivos propostos, pontuando os limites do estudo, as contribuições que a investigação traz para a construção e difusão de conhecimento e apontamos possibilidades de investigações futuras.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Saúde, formação, trabalho e interação ensino-serviço-comunidade no Brasil

A responsabilidade pela formação dos profissionais de saúde no Brasil vai além do setor da educação e inclui o sistema de saúde, com atribuições definidas no artigo 200 da Constituição Federal 1988 e na Lei 8080, de 1990, Lei Orgânica da Saúde, cujos textos, expressam que o SUS é responsável pelo ordenamento da formação e tem a responsabilidade de organizar o sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. E, ademais, faz referência à necessidade da interação com o Sistema de Educação, propondo a criação de comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

A criação do SUS, como resultado do movimento denominado Reforma Sanitária, que se estendeu da segunda metade dos anos 1970 por toda a década de 1980, e a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8080 e nº 8142), em 1990, apresentaram marcas e trouxeram elementos importantes para o campo da formação, produzindo mudanças significativas na interação ensino-serviço e colocando novos desafios para o processo de formulação das políticas envolvendo os setores da saúde e da educação (REZENDE, 2013).

Ceccim (2008) destacou a importância que recebeu a saúde na constituição brasileira de 1988, ao ser registrada como de relevância pública. Condição que não coube à educação e à assistência social, apesar de, juntamente com a saúde, serem consideradas naturalmente de interesse público e relevância social. Estatuto que dá à saúde ascendência sobre qualquer iniciativa em território brasileiro, que possa ter implicação sobre as questões que defendem a saúde.

Ademais, a carta magna, ao determinar as bases para as políticas de saúde, estabeleceu como seus princípios norteadores, fundamentais ou pétreos, universalidade, equidade e integralidade e atribuiu relevância à participação da sociedade na vida do Estado, ao instituir vários dispositivos nas esferas públicas de âmbitos federal e local que viabilizam o controle social (BRASIL, 1988). A lei orgânica da saúde, lei nº 8.142 de 1990, que dispõe sobre as instâncias de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde tem orientado a definição das políticas de participação social (BRASIL, 1990b).

Diante dessas prerrogativas, por entenderem que a formação para a área de saúde é uma política do SUS, e, assim, necessita ter coerência com as diretrizes constitucionais, Ceccim e Feuerwerker (2004a) questionaram como a integralidade se insere no processo formativo de profissionais de saúde e alertaram que a universidade não pode ter uma ação independente da regulação e das diretrizes políticas do Estado, cabendo aos governos desenvolver políticas que induzam as instituições de ensino superior a cumprir o seu papel social.

No entanto, lembrou Cecílio (2009) que, ao se pensar os princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção, princípios do SUS que expressam cidadania, saúde como direito de todos e a superação das injustiças sociais, entrelaçados, como tríplice conceito-signo, não podemos subjugar a garantia da universalidade para que os demais eixos orientadores sejam efetivamente concretizados.

Considerando essas questões, Ceccim e Feuerwerker (2004a) defenderam que as instituições formadoras precisam estar preocupadas em garantir conhecimento para a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos, mas, fundamentalmente, prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS e a sua melhor consecução.

Os autores também ressaltaram a importância desses profissionais estarem abertos ao diálogo com a sociedade, permitindo que expressem qualidade e relevância social coerentes com os valores da Reforma Sanitária Brasileira, para que, por meio da conquista da autonomia das pessoas, possam influenciar na formulação de políticas do cuidado, que garantam o atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações.

Nesse sentido, Fagundes e Fróes Burnham (2005) e Cecim e Feuerwerker (2004a) foram concordantes quanto à existência de problemas no processo de ensino-aprendizagem nos cursos da área de saúde, que interferem no efetivo exercício da responsabilidade social das IES. Destacando entre elas, a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada, a fragmentação, o tecnicismo, a separação da formação em ciclo básico e ciclo profissionalizante, a ênfase na transferência do conhecimento, do teórico para o prático e o descompromisso com os serviços de saúde e com a população usuária desses serviços.

Na opinião de Saippa-Oliveira e Koifman (2004), a ideia que sustenta, em primeiro se dominar a teoria para depois entender a prática e a realidade, está relacionada com a concepção do currículo normativo, que preconiza a aquisição fragmentada de técnicas e habilidades e em que a prática é a aplicação da teoria.

E mais, os condicionantes sócio-históricos e culturais do processo de formação e do cuidado são deixados em segundo plano e, então, as práticas pedagógicas passaram a ser conduzidas pelo simples repasse de informações e discussão de métodos e técnicas de abordagem, em que se subtrai a potência de estudantes e usuários.

Para Santos et al. (2006), essa situação retrata uma forma de reprodução nas escolas de saúde do paradigma flexneriano, em contraposição ao paradigma da integralidade, comprometendo as possibilidades de diálogo entre as diferentes áreas do saber.

Esse paradigma que, como já explicitado nesta tese, surgiu em 1910, a partir de um amplo estudo sobre a educação médica norte-americana, provocado pela rápida proliferação de práticas assistenciais que forçou a reflexão de um processo de contenção regulamentada. E ficou assim conhecido, em virtude do médico americano Abraham Flexner ter assumido esse enorme trabalho que impactou decisivamente o aparato formador, disciplinando-o e reduzindo o número de instituições de ensino (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010a), começou a ser implantado no Brasil na década de 1940, influenciando os novos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem, além de reformular os cursos já existentes (FEUERWERKER; MARSIGLIA, 1996).

Pagliosa e Da Ros (2008), sem desconsiderar as importantes contribuições para a educação médica desse relatório, destacaram a ênfase dada no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, que conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista. Ao adotar o Modelo da Transmissão Natural da doença, multicausal, pautado na visão biomédica, em que a compreensão dos fenômenos de saúde e doença com base nas ciências da vida, a partir da Biologia, em que a doença é definida como desajuste ou falta de mecanismos de adaptação do organismo ao meio, ou ainda como uma presença de perturbações da estrutura viva, causadoras de desarranjos na função de um órgão, sistema ou organismo, a proposta de Flexner reservava pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos.

González e Almeida (2010a) também concordaram com a abordagem de que a contraposição está entre a concepção hegemônica tradicional, em que a prática pedagógica está centrada no professor e a aquisição de conhecimentos ocorre de maneira desvinculada da realidade; e a concepção crítica reflexiva, fundamentada na construção do conhecimento a partir da problematização da realidade, na articulação teoria e prática e na participação ativa do estudante no processo de ensino-aprendizagem.

Na opinião de Ceccim e Feuerwerker (2004a), ao se centrar as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital universitário, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada e pelo incentivo a precoce especialização está se perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde

Retomando a questão da participação dos sujeitos, Campos e Campos (2006) expuseram a importância de pensar o indivíduo como um sistema complexo, que resulta da interação de diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais. Dessa forma, é importante considerar como uma das finalidades do trabalho em saúde a co-construção de autonomia, o que exige uma reformulação tanto dos valores políticos, quanto dos conceitos teóricos que orientam o próprio trabalho na saúde.

Ao contrário do que defendem os autores acima, as disciplinas são tratadas de modo reificado, com conteúdos que não se conectam, nem entre si e, tampouco, com o mundo concreto, sem proporcionar reflexão sobre as práticas de trabalho, que são encaradas de forma mecânica.

Isto dificulta a compreensão por parte dos alunos do saber historicamente produzido e contribui para reforçar a visão tecnicista e instrumental hegemônica no ensino superior, que compromete a formação que tem por objetivo uma atuação crítico-reflexiva da realidade com a qual lida como aluno ou terá que lidar como profissional (FAGUNDES; FROÉS BURNAHM, 2001).

Saippa-Oliveira e Koifman (2004) atribuíram esses entraves, às diferentes concepções sobre a formação em saúde em cada uma das áreas – clínica, saúde coletiva, disciplinas das áreas básicas e das áreas assistenciais, que têm lógicas particulares de realização e condução de atividades e não estabelecem um diálogo para suas práticas pedagógicas.

Destacamos que a Saúde Coletiva, conforme análise de Almeida, Mishima e Peduzzi (1999), além de campo disciplinar, traz em si a compreensão do processo saúde-doença e cuidado para além da perspectiva biológica e multicausal, compreendendo-o relacionado às determinações sociais e às ações dos distintos sujeitos em suas relações entre si e na sociedade em que vivem.

O contexto complexo no ensino da saúde, em que o pensamento é organizado de forma disjuntiva, tem suscitado inquietações entre os sujeitos implicados com a formação dos profissionais, que vêm na necessidade da quebra da verticalização o motivo para o processo de produção de conhecimento sobre a saúde e seus determinantes, com a possibilidade de um novo conhecimento, orientado pela busca no dissenso, da unidade entre as diferenças (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004).



Além disso, ressaltaram Fagundes e Fróes Burnham (2005), as questões pertinentes aos processos relacionais e comunicacionais inerentes à prática profissional, inclusive a multiprofissionalidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade, que atravessam o campo da saúde não recebem a atenção devida, quando poderiam ser priorizados por auxiliarem na discussão do que se entende por educação.

Nesse sentido, Almeida Filho (2005) enfatizou a ideia de que, apesar de conservadoras e elitistas, as universidades não são a principal fonte do problema, porque o sistema de educação da saúde reflete o modelo de prestação de serviços de saúde que ainda prevalece no Brasil contemporâneo, regido por forças de mercado e baseado na tecnologia médica, em vez de fundamentado na solidariedade e em relações sociais mais humanas.

A intersetorialidade, necessidade de integrar as práticas de saúde e as práticas pedagógicas através de um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras foi destacada por Ceccim e Feuerwerker em 2004(a), como uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, que colocaria em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço - educação permanente em saúde, agregando desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social.

Na concepção de Fagundes e Burnham (2005), pensar em organizações curriculares, tomando como base a concepção de espaços multirreferenciais de aprendizagem significa, antes de tudo, o reconhecimento de que os processos de acesso, construção e socialização do conhecimento não ocorrem, apenas no espaço da instituição de ensino nem somente com base nas formas tradicionais veiculadas pelo sistema educacional.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004b) uma formação, assim colocada, envolveria a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, questões que passariam a ser problematizadas na prática concreta dos profissionais e dos quadros dirigentes, pois as demandas para educação em serviço não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações de cima para baixo, mas prioritariamente a partir dos problemas do próprio trabalho, considerando a necessidade de uma atenção em saúde relevante e de qualidade, com integralidade e humanização, e considerando ainda a necessidade de conduzir ações, serviços e sistemas com produção em rede e solidariedade intersetorial.

Ao discutirem Integralidade, Hartz e Contandriopoulos (2004), consideram que este princípio remete obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da

constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável pelos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional.

Tais recursos coletivos, conforme Peduzzi (1998), estão distribuídos em diferentes espaços e ambientes de trabalho que coexistem nas instituições de saúde e que, na maioria das vezes, possui uma organização própria e uma diversidade de profissões e profissionais, que atendem usuários com diferentes desejos e/ou necessidades, por meio diversificado de tecnologias e estabelecem relações sociais e interpessoais, cuja complexidade estaria contribuindo para a desarticulação do processo de trabalho em saúde.

Fagundes e Froés Burnham (2005) compreendem, que para além de reconhecer a fragmentação do próprio processo de trabalho, a fragmentação ainda pode ser observada em várias dimensões, como na separação entre o pensar e o fazer; na fragmentação conceitual; na presença cada vez maior de profissionais especializados, na fragmentação técnica e nas rígidas relações de hierarquia e subordinação, configurando, assim, a divisão social do trabalho entre as diferentes categorias profissionais.

Nesse sentido, Saippa-Oliveira e Koifman (2004), ao defenderem a produção de conhecimento orientada pelo potencial transformador, trouxeram a necessidade de superar dicotomias, entre ações de prevenção e de cura ou individuais e coletivas, no desenvolvimento das práticas em saúde. Para tanto, exige-se uma articulação entre a ação dos vários profissionais que constituem uma equipe de saúde e as de caráter individual.

Assim, Rodrigues e Assis (2005) enfatizaram que esse trabalho assistencial em saúde, realizado por meio de uma intervenção técnica e permeado por relações interpessoais com certo grau de incerteza intrínseca, requer autonomia dos agentes que realizam a tradução das necessidades gerais a casos particulares.

Na mesma linha de argumentação, Peduzzi (1998) ressaltou que o trabalho em saúde é um ato humano pelo qual os homens, em sociedade, produzem e reproduzem sua existência, não somente no plano material, mas também da subjetividade, ambos condicionando-se mutuamente, motivados pelas necessidades sociais que movem o sujeito à ação. Sua especificidade reside, ainda, conforme a autora, nas características nucleares de seus objetos e instrumentos, que garantirão às suas partes, como trabalho social, maior autonomia de seus agentes e reflexividade frente ao saber na ação.

Trabalho realizado em espaços, locais, microrregionais ou regionais onde podem ser desenvolvidas possibilidades para a educação das equipes de saúde, dos agentes sociais e de parceiros intersetoriais para uma saúde de melhor qualidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b), por meio da articulação entre os serviços de saúde e as Instituições de Ensino Superior, mediante participação ativa de gestores, formadores, usuários e estudantes, para desenvolver ações como coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, e construir significados e práticas com orientação social.

Nos espaços das instituições de saúde, ocorre o encadeamento de distintos processos de trabalho que se diferenciam pela sua peculiar conexão dos elementos constituintes - objeto, instrumentos, atividades, e se integram por meio das relações entre as necessidades que precisam internalizar para se realizar. Distintas áreas profissionais, cada qual realizando um processo de trabalho próprio, encontram nas necessidades de saúde seu ponto de confluência. Necessidades que se manifestam e são apreendidas desde diferentes ângulos ou aspectos, porém sempre referidas ao mesmo âmbito de carecimentos humanos, à mesma esfera da vida humana, à saúde (PEDUZZI, 1998). Atores e instituições constituem, segundo Pinheiro e Luz (2003), um cenário vivo, onde distintos atores sociais atuam para a construção e reprodução de saberes e práticas integrais do cuidado e atenção à saúde, gerando diferentes percepções sobre o que é demandado e oferecido em termos de saúde.

A ideia da interação ensino-serviço dá-se a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho em cada serviço de saúde, por meio dos quais são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a), constituindo práticas que facilitem a conciliação entre conhecimentos teóricos e conhecimentos forjados na experiência, fundamentais para o desempenho dos profissionais de saúde (FAGUNDES; FRÓES BRUNAHM, 2005).

Fróes Burnham (2000) nominou “espaços de aprendizagem” os locais que articulam, intencionalmente, processos de aprendizagem, onde ocorrem a produção imaterial de subjetividades e conhecimentos (escolas, universidades, institutos de pesquisa e de trabalho) e os locais onde ocorrem a produção material de bens e serviços (locais de trabalho, agências de serviços, grupos culturais, ações de movimentos políticos e sociais). Para a autora, cada vez mais existe uma interpenetração entre estas duas formas institucionais de aprendizagens.

Nesses espaços de aprendizagem, os processos se desenvolvem como em um campo de forças em que os sujeitos são colocados frente a necessidades, e como um campo de lutas,

onde ocorre o enfrentamento dos atores com meios e fins diferentes, determinados pela posição em que se encontram no campo, podendo contribuir para transformar ou preservar sua estrutura (FERREIRA et al., 2010).

Os serviços de saúde se constituem em espaços de ação de uma equipe de saúde formada por diferentes profissionais que desempenham funções, ações e ideias distintas, constituindo-se em um cenário complexo e extremamente heterogêneo, cujo foco deve ser o usuário do sistema. As instituições de ensino superior formadoras desses novos profissionais que serão membros de futuras equipes, precisam incorporar essa questão em seus componentes curriculares (GONZALEZ; ALMEIDA, 2010a).

Ademais, não se pode negligenciar, segundo Ceccim e Feuerwerker (2004a), que o núcleo central da política de formação para área de saúde é a própria população e suas necessidades sanitárias e de educação para a gestão social das políticas públicas de saúde, que devem ser contempladas, promovendo-se o desenvolvimento da autonomia. Nesse sentido, é necessário que se estabeleçam processos de negociação e pactuação política nos espaços que agregam diferentes interesses e pontos de vistas.

Galeffi (2010), ao defender a necessidade de se construir, difundir e gerir conhecimentos que potencializem a diversidade, ressaltou que é necessário ampliar os horizontes da formação para a ciência, sob uma perspectiva multirreferencial, em virtude da complexidade das novas demandas, que exigem uma forma de trabalho, cuja base seja a colaboração entre as diversas disciplinas das diversas áreas do conhecimento.

Ainda nesse contexto, ao discutirem a formação em Odontologia, Santos et al. (2006) consideraram que a complexidade do processo de formação e interação em saúde aponta para a necessidade de práticas de ensino, extensão e pesquisa que atendam às necessidades da coletividade e que ofereçam ao discente a possibilidade do desenvolvimento de competências profissionais nos campos de tomada de decisões, da comunicação e da liderança, da administração e do gerenciamento e na capacidade de aprender continuamente, tanto na formação, quanto na prática.

Ao assumirem o processo saúde-doença como um fenômeno complexo e não restrito ao campo biológico, existe um entendimento entre os autores, que somente sendo tratado de maneira integral é que esse problema poderá ser adequadamente abordado. Para tanto, além de ampliar a base conceitual da ação de cada profissional, é necessária a configuração de equipes para a ação multiprofissional, buscando a maior potência de cada ação (CECCIM; FEURERWERKER, 2004b).

Complementando esse olhar sobre à saúde, Campos e Campos (2006) foram além e trouxeram a questão da saúde e autonomia como processos dinâmicos que implicam em perdas ou aquisições sempre gradativas e em graus variáveis, em que estão colocados coeficientes relativos a um padrão do próprio sujeito ou a padrões sociais e históricos estabelecidos, sendo necessárias mudanças nas práticas, tanto da Clínica, como em Saúde Coletiva e de Gestão, para que se pense a complexidade do indivíduo, como dizem os autores, do “caso-a-caso”, e a complexidade das intervenções nos coletivos contemporâneos. Os autores recomendaram pensar o objeto do trabalho em saúde como uma síntese entre problemas de saúde – riscos, vulnerabilidade e enfermidade, que acontecem em sujeitos concretos.

A percepção da prática, apenas como local de identificação de problemas já dados como conhecidos, de problemas já traduzidos instrumentalmente, visando ao consumo cognitivo de algum conteúdo, segundo Fagundes e Fróes Burnham (2005), deixa de lado a necessidade de pensar, de desentranhar o sentido de uma experiência nova e os caminhos de uma ação por fazer.

Diante do exposto, Dias, Lima e Teixeira (2013) defenderam que uma política de mudança na formação, quando implementada pelo Estado, não pode prescindir do fortalecimento da articulação entre a universidade e os serviços do sistema de saúde de modo a fazer com que a cooperação entre universidade e SUS seja fortalecida, desde a base local de inserção da instituição formadora, dos órgãos de gestão do SUS e de sua rede de atenção.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004b) a aproximação dos setores do trabalho e da educação com uma possível construção de compromissos favorece a ampliação da responsabilidade pública e da relevância social da universidade, desde que se traga para o cenário da educação o conjunto das referências centrais da Reforma Sanitária Brasileira ou das diretrizes do SUS.

Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável pelos recursos coletivos, que responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional. Integrar serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Dessa forma, são necessários meios de avaliação dos processos de educação permanente em saúde, bem como de monitoramento que possibilitem identificar os resultados

das ações desenvolvidas e permitam reordenar cada articulação interinstitucional nessa arena (CECCIM; FEURERWERKER, 2004b).

Os locais onde as práticas curriculares dos cursos de graduação da área de saúde são realizadas constituem-se como campo de inter-relacionamentos distintos que, conseqüentemente, produzem, também, aprendizagens distintas. Mas ainda não parece muito claro nas formas tradicionais de organização dos currículos, o reconhecimento da autonomia, ainda que relativa desses espaços, como locais de articulação de novas aprendizagens e da socialização e produção de novos conhecimentos (FAGUNDES; FRÓES BURNHAM, 2005).

Saippa-Oliveira e Koifman (2004), ao questionarem as verdades no processo de formação em saúde colocam que as reformas curriculares e a produção de conhecimento que legitimam essas reformas assumem elevado grau de importância nos caminhos a serem adotados pela política de saúde e de formação de pessoal. Para os autores a explicação dos processos pedagógicos e dos saberes que conformam a formação podem ser entendidos como possibilidade da construção histórica da cidadania, devendo encontrar nos mecanismos de legitimação e conflito canais de articulação, intercâmbio e solidariedade como resposta de interação de diversidades que unam situações e composições por meio de redes de representação em espaços culturais e políticos plurais. São redes formadas por pontos de interseção, construídos a partir de uma visão não linear de sustentação na qual se entrecruzam saberes e práticas diversas.

A educação, como abordada por Ceccim (2008), possui uma estrutura didático-pedagógica conformada no currículo, pela progressão escolar e avaliação das aquisições lógicas, mas também se compõe pelas relações de aprendizagem que envolvem processos cognitivos, afetivos e sociais. Na área de saúde, a universidade e os locais de trabalho são campos de construção cognitiva, dada pela aprendizagem formal e afetiva, com as relações pessoais inerentes ao setor,

[...] onde se vivem experiências éticas do estar junto e estéticas de grupo que compõem as atualizações da experiência cotidiana, tanto pela repetição de atos vividos, quanto pela invenção do tempo através da evocação de novas percepções e experiências intensivas (idem, p. 21).

Essa interação das instituições de ensino superior com os serviços proporciona para aqueles em formação, a problematização das questões da prática concreta dos profissionais e dos gestores que leva à mudança nas estratégias de organização e da forma como a atenção é prestada. As demandas para educação em serviço se definem prioritariamente a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de oferecer atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização, e considerando ainda a

necessidade de conduzir ações, serviços e sistemas com produção em rede e solidariedade intersetorial. Dessa forma ocorre uma mudança no terreno das práticas impulsionada pela cooperação com as instituições de ensino (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Para Ceccim (2005), para o SUS se constituir em uma rede-escola, seria necessário adotar a educação permanente em saúde como estratégia fundamental para as transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Para isso, defendeu o imperativo de envolver trabalhadores, comunidade e instituição formadora, descentralizando e disseminando capacidade pedagógica por dentro do setor, entre seus trabalhadores, gestores, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores; e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde.

Ao adentrarmos no processo de construção da política de educação permanente no Brasil, confirmamos que antes de ser institucionalizada, por meio da Portaria 198 em 2004 (BRASIL, 2004b) e aprimorada em 2007 com a publicação das diretrizes para sua implantação (BRASIL, 2007c), várias iniciativas no sentido de proporcionar a interação entre os serviços de saúde e o setor educacional já haviam acontecido.

González e Almeida (2010b) fazem referências aos programas e/ou projetos já desenvolvidos no processo de formação e qualificação da rede de saúde, mostrando a importância desses movimentos para atual condição da interação ensino-serviço-comunidade. Entre eles destaca a proposta da Medicina Comunitária, o Projeto de Integração Docente Assistencial (IDA), o Programa UNI, o movimento da Rede UNIDA, a Lei de Diretrizes Curriculares, Educação Permanente em Saúde e o Curso de Ativadores de Mudanças promovido pelo MS em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública.

Essas iniciativas foram relatadas na Introdução (p. 31) desta tese, por meio de uma breve revisão dos projetos e programas que culminaram com a consagração da Política Nacional de Educação Permanente e sua evolução até os dias atuais, para situar o PET-Saúde, nosso campo de pesquisa, nesse contexto.

Para Ceccim (2008), o percurso histórico e epistêmico que os encontros entre a educação e a saúde, em particular a Saúde Coletiva, produziram no Brasil permite evidenciar uma emergência: a educação e ensino da saúde. Trata-se de um território onde se verificam nomadismos e hibridizações com potências teórica, política e pragmática próprias, inaugurando um domínio de conhecimento que contribui para a renovação da Saúde Coletiva ou da Educação de Profissionais de Saúde como tópico especial das Ciências da Educação ou das Ciências da Saúde.

González e Almeida (2010a) ressaltam que não se pode esperar uma reorientação espontânea das instituições de ensino, ou do serviço, na direção assinalada pelo SUS. Para favorecer o movimento, torna-se vital conferir direção convergente aos inúmeros processos de mudança, a fim de facilitar a consecução dos objetivos propostos, sempre com o foco no SUS, sem se esquecer dos interesses individuais, apenas colocando-os depois do interesse coletivo.

O encontro entre as áreas da saúde e da educação se efetivou por meio das práticas desenvolvidas nos espaços do setor saúde, que se constitui em unidades de saúde distribuídas nos municípios sob uma lógica de regionalização proposta por meio do Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011 (Federal), de 19 de setembro de 1990, que resgatou o papel da Atenção Primária como porta de entrada dos Serviços de Saúde no SUS, assim como propôs uma forma de organização do sistema de saúde, reconfigurando sua rede de atenção à saúde (RAS) (BRASIL, 2011b).

Rede que, na acepção de Silva e Magalhães Jr. (2008), pode ser definida como uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário.

A conceituação adotada pelo MS ao apresenta RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, com o objetivo de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do SUS, quanto a acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010d).

Cecílio, em 2009, já ressaltava que na luta pela integralidade precisamos repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento para a construção de novos saberes e práticas em saúde.

A organização de redes regionalizadas de serviços de saúde constituiu a premissa sobre a qual historicamente foram debatidas as propostas de reforma do sistema brasileiro – tomando como referência a experiência dos países que construíram sistemas universais e formou parte da bagagem do planejamento em saúde durante décadas e tem sua proposta consolidada com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), em 2000, e principalmente com o Pacto pela Saúde, em 2006 (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Mendes (2011, p.88), ao discutir as RAS, caracterizou-as como



[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente [as redes], que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população [...] – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada –, e com responsabilidades sanitária e econômica por esta população.

E complementou, explicando que cabe à Atenção Primária à Saúde coordenar as ações das RAS.

A Integralidade constitui-se, portanto, em um dispositivo potente para desencadear processos de transformação no cotidiano das práticas em saúde e (re)direcionar o modelo de atenção à saúde (FRANCO; MERHY, 2003).

O Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, explica que na organização da Região de Saúde devem estar articulados municípios de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, que disponibilizem uma Rede de Atenção à Saúde, com ações e serviços de saúde em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011b).

As redes de saúde, conforme defende Cecílio (2009), devem pensar a integralidade em dupla perspectiva – focalizada e ampliada e não delimitar uma dicotomia, mas uma complementaridade na construção da integralidade na atenção à saúde. A integralidade focalizada atua nos espaços micropolíticos de saúde (Unidades Básica de Saúde - UBS, USF, hospital, dentre outros), a partir de um comprometimento de cada trabalhador e de toda a equipe na condução das práticas, em direção à satisfação das necessidades demandadas pelos usuários.

Mendes (2010) também ressaltou que a estrutura de redes implica um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convoca uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funciona sob a coordenação da atenção primária à saúde; presta atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; foca-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; tem responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e gera valor para a sua população.

Entendimento que converge com os de Podolny e Page (1998), estudiosos da área organizacional, de que as redes não são simplesmente um arranjo poliárquico entre diferentes

atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações. Suas principais vantagens são: a capacidade de aprendizagem, o funcionamento como canal de difusão de conhecimentos e a utilização das informações existentes para produzir novos conhecimentos; a legitimação e *status*, em que a criação de vínculos diversificados entre atores e organizações permite reduzir as incertezas nas políticas e nos programas; e benefícios econômicos, porque relações de intercâmbio possibilitam ganhos de escala, com redução de custos e melhoria da qualidade.

A vantagem da sistematização dos serviços de saúde em uma rede, enquanto malha, na compreensão de Ceccim e Ferla (2008/2009), pressupõe o impedimento de se classificar um ponto de atenção em maior e menor, anterior e posterior, início e fim, topo e base, pois tudo o que existe é o tramado de saberes, práticas, serviços e organizações; só há meios, ligações e conexões entre os serviços.

Nesta tese, estudamos a rede que se estabeleceu pela interseção da saúde com a rede de ensino superior (PET-Saúde) a partir da abordagem metodológica da Análise de Redes Sociais e hermenêutica-dialética.

Para situar o leitor no campo epistemológico da Análise de Redes Sociais, apresentamos nas seções que seguem um breve histórico de sua conformação.

## **2.2 Redes**

As redes, sejam sociais e/ou complexas, representam uma das formas de responder a diversas categorias de problemas. Pereira (2013) explicou uma rede como um sistema de vértices (ou pontos ou nós) conectados por arestas (ou linhas).

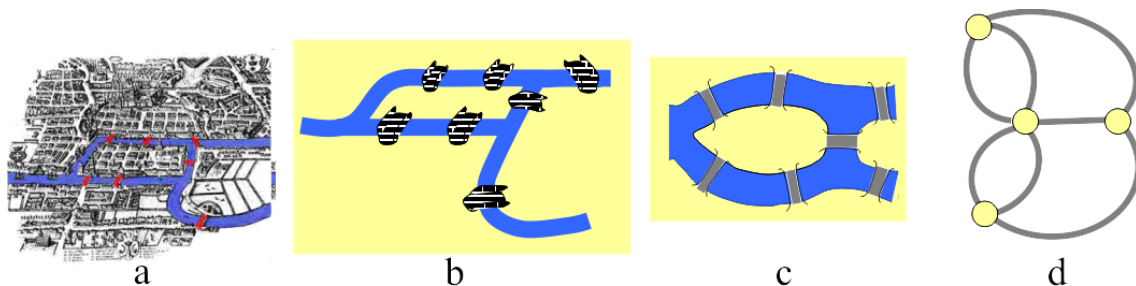
Soares (2004), ao discutir a complexidade das relações sociais, considera que as redes apresentem regularidade ou estabilidade, caracterizam-se, como sistemas não lineares, abertos, suscetíveis de mudança e possuem plasticidade. Na sua instância objetivista, as redes constituem expressão formal da estrutura social, pois representam regularidade nos padrões de relações entre atores concretos. Assim, são topologias de interação social, porque servem para uma análise de situação, uma análise das posições relativas dos atores e das relações objetivas entre essas posições.

Esse comportamento leva a emergência de propriedades que podem ser analisadas, por meio de técnicas e métodos de cálculo (e.g. densidade, coeficiente de aglomeração, caminho mínimo, distribuição de graus, centralidade e prestígio, etc.) de redes sociais e complexas.

Ao apresentar o percurso histórico da construção da teoria de redes, Pereira (2013) propôs três marcos. O primeiro marco é datado de 1736, quando Leonhard Euler, matemático e físico suíço, apresentou uma solução para o problema do passeio nas pontes de Königsberg (atual Kaliningrado) (Figura 2), cidade cortada pelo Rio Prególia que forma um entorno composto por quatro porções de terra (sendo duas ilhas), cujas conexões davam-se por sete pontes.

O problema consistia em determinar um passeio por todas as pontes sem passar por uma mesma ponte mais de uma vez. Euler (1736) demonstrou que é impossível um passeio em uma rede que tenha mais de dois vértices com um número ímpar de ligações.

**Figura 2 – Etapas da teorização do problema das pontes de Königsberg.**



(a) planta física da ponte; (b) simplificação da planta física, retirando os detalhes; (c) representação esquemática do problema; (d) uma concepção com vértices e arestas \_ grafo

Fonte: FADIGAS (2011, p. 16)

Duzentos anos depois, as redes sociais passam a ocupar lugar de destaque quando, em 1934, Jacob L. Moreno publicou o livro *Who Shall Survive?* (MORENO, 1934).

Nesse momento, considerado o segundo marco, o conceito de sociograma foi introduzido, tornando-se uma inovação para a época e marcando o início da sociometria, precursora da análise de redes sociais e da Psicologia social (WASSERMAN; FAUST, 1994).

Uma rede social é um conjunto de pessoas ou grupos de pessoas com algum padrão de contato, interação ou relacionamento entre elas. Vários tipos de relacionamento podem ser estudados, como amizade entre indivíduos, relações de negócios entre companhias, casamentos entre famílias, colaboração científica, redes de diretores de companhias, etc.

As topologias ou modelos de rede sugerem diferentes interpretações, estratégias de tratamento e resoluções para os problemas estudados.

### **Redes Aleatórias ou randômicas**

O terceiro marco, são os trabalhos de Solomonoff e Rapoport (1951) e Erdős e Rényi (1960), considerados como a origem deste campo de conhecimento, especificamente quando se trata de redes aleatórias, uma das topologias existentes.

O modelo de rede mais simples é o de rede randômica ou aleatória definido por Erdős e Rényi. Segundo este modelo de rede mais simples, cada par de vértices tem a mesma probabilidade de conexão e essa conexão ocorre de forma independente das demais (NEWMAN, 2003).

Quando uma rede aleatória tem um tamanho suficientemente grande (i.e. uma quantidade de vértices grandes), ela apresenta uma distribuição de graus que segue a distribuição de Poisson. Ademais, esse tipo de rede apresenta como características uma baixa aglomeração e uma distância curta entre seus vértices (PEREIRA, 2013).

### **Redes de Mundo Pequeno**

Em seguida, Milgram (1967) mostrou empiricamente como o “mundo é pequeno” via a criação de cadeias de pessoas. Em 1998, Watts e Strogatz (1997) formalizaram matematicamente o modelo mundo pequeno, popularmente conhecido como *small-world*.

Este fenômeno indica que uma rede possui uma distância pequena entre quaisquer dois vértices. A maior manifestação popular deste fenômeno é o conceito dos “seis graus de separação”, descoberto pelo psicologista social Stanley Milgram em 1967. Em seu famoso experimento, Milgram concluiu que existe uma distância média de seis (6) entre os moradores dos EUA. O fenômeno do mundo pequeno parece caracterizar muitas das redes complexas.

Essa nova topologia apresenta duas propriedades: um alto coeficiente de aglomeração médio ( $C$ ) e um caminho mínimo médio ( $L$ ) similar quando comparadas às mesmas propriedades de uma rede aleatória com a mesma quantidade de vértices ( $n = |V|$ ) e mesmo grau médio .

### **Redes Livres de Escala**

Não obstante, nem todas as redes possuem uma distribuição de graus como a das redes aleatórias ou das redes *small-world*. Então, surge uma nova topologia, as redes livres de escala. Muitas redes reais têm uma distribuição de graus que segue uma lei de potência. Isto significa que alguns vértices são altamente conectados enquanto outros têm poucas conexões.

O modelo Erdős-Rényi não dá conta desta distribuição e o modelo Watts-Strogatz não leva em consideração esta importante propriedade.

Para modelar redes reais que apresentam este tipo de distribuição, Barabási e Albert (1999) propuseram um modelo de rede livre de escala baseado em duas propriedades: o crescimento contínuo e a ligação ou adesão preferencial.

Segundo Barabási e Bonabeau (2003), uma rede livre de escala contém *hubs*, ou seja, nós com um grande número de relacionamentos. Neste tipo de rede, a distribuição dos graus dos nós segue uma lei de potência, visto que a maioria dos nós tem poucas conexões e alguns poucos nós possuem uma grande quantidade de relacionamentos.

As redes livres de escala apresentam grande robustez frente a falhas acidentais devido a sua topologia heterogênea. As redes livres de escala também possuem um forte caráter epidêmico. Como os *hubs* estão conectados com muitos outros nós, pelo menos um hub tende a ser contaminado por um nó menor. Depois que um hub for infectado ele vai espalhar o vírus para vários outros nós, eventualmente comprometendo também outros hubs, até atingir todo o sistema. Então, todos os vírus, mesmo os menos contagiosos, irão se espalhar e persistir no sistema.

A teoria de redes complexas pode ser situada na interseção entre a teoria dos grafos e a mecânica estatística, envolvendo diversas áreas do conhecimento e, portanto, seu estudo tem característica multidisciplinar (COSTA et al., 2007).

Pereira (2013) defende o uso de redes sociais e complexas como uma estratégia apropriada para desenvolver pesquisas no âmbito da Ciência, Tecnologia e Inovação. Diversas aplicações da teoria de redes são encontradas nas mais distintas áreas do conhecimento, com impactos significativos na ciência, economia, política e em outras áreas do conhecimento.

### **2.2.1. Redes Sociais**

O conceito de Redes Sociais está relacionado a um conjunto de atores sociais (pessoas, organizações, empresas ou entidades sociais) que estão conectados por relações motivadas por sentimentos, informações/comunicações, relações profissionais, entre outras. Esses atores em uma rede social são chamados de *vértices* ou *nós* e as relações entre os vértices são identificadas como *arestas* ou *arcos*, no caso de uma rede dirigida (ALBERT, BARABASI, 2002; PEREIRA; FREITAS; SAMPAIO, 2007).

Para Wasserman e Faust (1994), uma rede social consiste de um conjunto finito de atores e as relações definidas entre eles e se constituem em uma maneira de compreender e analisar a interação e a organização social de um grupo.

As redes são definidas pela multiplicidade quantitativa e qualitativa dos elos entre os seus diferentes atores e não supõem necessariamente um centro hierárquico e uma organização vertical (MARTELETO, 2001).

Marteleto (2001, p.72) definiu rede como

[...] um conjunto de participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados” e que o conceito de redes sociais leva a uma compreensão da sociedade a partir dos vínculos relacionais entre os indivíduos, que reforçariam suas capacidades de atuação, compartilhamento, aprendizagem, captação de recursos e mobilização.

No contexto atual, o movimento de configuração da sociedade aponta para a formação de redes constituídas por vários tipos de organizações que delineiam as relações da informação entre os pares. Acredita-se que a confluência entre saberes diversos, impulsionando o compartilhamento da informação ocorre por meio do diálogo produzido entre os integrantes da rede (SUGARA; VERGUEIRO, 2011).

Um novo paradigma na pesquisa sobre a estrutura social se estabelece, e para se estudar a relação dos comportamentos ou das opiniões dos indivíduos com a estrutura em que se inserem, a unidade de análise é o conjunto das relações que os atores constituem através das interações uns com os outros (MARTELETO 2001).

Marteleto (2010), a partir do resgate dos teóricos que definem Redes Sociais, sistematizou os três princípios gerais para o seu estudo:

- (a) Sua extensão e não finitude em relação ao espaço local.
- (b) Compreensão das redes densas, advindas das relações de proximidade (familiares e de vizinhança) e das redes ampliadas (relações de trabalho, associativas e participativas).
- (c) O entendimento de que, por meio da configuração das redes sociais e dos elos entre os atores, é possível analisar o comportamento individual e coletivo de seus membros.

No estudo das redes sociais alguns conceitos podem ajudar a compreender sua estrutura e as relações que se estabelecem entre os atores.

O primeiro deles seria o conceito de espaço social, que representa um espaço de luta, uma rede de relações, onde agentes e instituições se engajam em um embate particular, por um objetivo comum. Tem por base a ideia de distinção, diferença, onde agentes em luta disputam bens e/ou práticas raras (BOURDIEU, 1996).

Outro conceito fundamental o conceito de capital, que pode ser entendido como um tipo de poder possuído por agentes de um determinado espaço social, baseado nas posições ocupadas e definidas pela acumulação de diversas espécies de capital (CHAUVIRÉ; FONTAINE, 2003).

Dentre os tipos de capital, destacamos o capital social, por expressar o capital das relações. Diz respeito a ganhos associados à existência de uma rede de conexões atuais ou potenciais, mais ou menos institucionalizadas, de pertencimento a um grupo (GARRIDO, 2013).

Nesse contexto, considera-se que os processos de interação em rede propiciam a geração compartilhada de informação e conhecimento, resultando em aproximações e enriquecimentos recíprocos (SUGARA; VERGUEIRO, 2011).

O reforço e a ampliação de vínculos entre grupos são vitais no desdobramento de redes sociais que priorizem o intercâmbio e compartilhamento de técnicas e conhecimentos necessários à recondução e sustentabilidade de programas, ou ainda, no desenvolvimento de projetos de coalizão que ocorram, simultaneamente, nos diferentes contextos e compartilham os benefícios gerados por todos os envolvidos (AFONSO, 2013).

Castro (2008), ao discutir a importância da análise de redes sociais para compreensão do capital social, defende que o conhecimento da rede, também possibilita a tomada de decisões que venham a reforçá-la, tais como a construção de elos faltantes ou mesmo uma reestruturação maior, aumentando a probabilidade de que determinados eventos venham a acontecer e permitindo um planejamento mais eficaz e a transformação dos laços em capital social.

As redes criam espaços de comunicação, que facilitam a troca de informações entre as pessoas, com canais de informação e trocas de conhecimento, cuja posição de cada indivíduo na rede depende do capital social e informacional que consiga agregar para si próprio e para o conjunto (CASTRO, 2015).

O conceito de capital social foi desenvolvido a partir dos anos 1980, com contribuições importantes de Coleman (1986), Bourdieu (1986) e Putnam (1996, 2000).

Bourdieu (1980) defende o capital social como recursos reais ou potenciais, relacionados à participação em uma rede de relações perenes, mais ou menos institucionalizadas de mútua familiaridade e reconhecimento, provendo cada membro com o suporte do capital de propriedade coletiva. Na compreensão de Portes (2000), para Bourdieu o capital social emerge da formação de laços em rede.

Em trabalho publicado em 1986, Bourdieu (1986) chama-nos a atenção para

reprodução da forma mais material do capital, a forma econômica, fruto de trocas calculadas, como as que se realizam no mercado, e afirma que essa forma não pode ser entendida sem a compreensão do que ele chama “uma economia geral das trocas”, que requer investimentos em tempo e esforços pessoais, que em longo prazo conduzem ao fortalecimento das relações, à medida que cresce a confiança do grupo, criando assim um forte vínculo de respeito e crédito em dar e receber.

Na concepção de Coleman (1988), esse conceito está relacionado às características dessa estrutura social, que facilitam as relações entre os atores, e se refere à importância da densidade das redes para a eficiência do capital social – o que ele chama de fechamento reticular.

Na opinião de Cunha (2014), tanto para Bourdieu como para Coleman, as redes são meios pelos quais o capital coletivo pode sustentar a reprodução de grupos de uma maneira geral.

Segundo Robert Putnam (2006, p. 177), “capital social diz respeito às características da organização social, como confiança, normas e sistemas, que contribuam para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas.” Putnam continua a tradição do conceito de capital social de Coleman, afirmando que o capital social facilita as ações individuais dentro da estrutura social criando vantagens competitivas nas consecuições de suas metas. que contribuem para aumentar a eficiência da sociedade e facilitam as ações coordenadas. Desse modo, o capital social diz respeito a características da organização social, portanto é produtivo, possibilitando a realização de certos objetivos que seriam inalcançáveis se ele não existisse. Exemplo disso é a ajuda mútua entre grupos que depositam confiança uns nos outros e pautados na cooperação e solidariedade.

Ideias de Bourdieu (1986) e Putnam (2000) convergem no sentido de que o capital social facilita a cooperação espontânea; o indivíduo coopera porque se sente à vontade sem a perspectiva de receber algo em troca em curto prazo.

Para Granovetter (2005), toda a ação social está embutida numa teia de relações e redes sociais. O capital social vai, assim, centrar-se na estrutura formal dos laços ou nas relações que se formam dentro de uma rede social. E ao estudar a natureza dos laços de ligação entre os indivíduos, que se estabelecem dentro das redes, identificou dois tipos de laços diferentes: os laços fortes e os laços fracos. Laços fortes conceituados como aqueles nos quais os indivíduos despendem mais tempo, intensidade emocional e trocas, por exemplo, a amizade. E fracos aqueles nos quais o investimento é menor ou nulo, como, por exemplo, os mantidos com pessoas conhecidas (MARTELETO; SILVA, 2004).



Por sua vez, Burt (2000) entende o capital social como uma metáfora de vantagens competitivas, em que os indivíduos ou organizações bem conectados, de alguma forma, também estão em melhores condições na estrutura social geral. Deste modo, o capital social se constitui em um conjunto de recursos de um determinado grupo, obtido através da comunhão dos recursos individuais, que pode ser usufruído por todos os membros do grupo e que está baseado na reciprocidade.

Deste modo, explica Recuero (2005), o capital social tem dupla faceta: coletivo e individual, que diz respeito ao indivíduo, a partir do momento que este é que pode alocar esses recursos e utilizá-los. Mas, só existe enquanto recurso coletivo, que pode ser alocado e utilizado individualmente.

O volume de capital social possuído por um indivíduo depende do tamanho de sua rede social e dos tipos de conexões que ele pode efetivamente mobilizar e, também, do volume de capital (econômico, cultural e simbólico) que o indivíduo (dentro dessa rede social e conexões) possui e pode dispor para os outros. Esse processo ocorre de maneira relacional e mútua através de disposições de trocas de capital entre os indivíduos dentro de uma determinada rede social.

As propriedades das redes são importantes para compreensão das estruturas e das relações em que os atores estão inseridos e são expressas por métricas que possibilitam o entendimento de seus comportamentos. Em uma rede social, muitas ligações significam que os indivíduos se expõem a mais informação e, quando bem conectados, são mais influentes e também passíveis de serem mais influenciados. Nessa lógica, as populações mais bem conectadas têm maior capacidade de mobilizar recursos e meios para resolverem problemas (TOMAEL, 2005).

Para Tomael et al. (2007), as pessoas que trabalham de forma integrada compartilham informação em todas as fases do desenvolvimento de suas atividades, especialmente nas relações que mantêm para esse fim. Para os autores é no desenvolvimento do trabalho integrado que os contatos entre os pares são mais intensos, caracterizando-se pelo recebimento constante de informações.

A aprendizagem é promovida pelo compartilhamento e o uso da informação, os quais, como resultado, possibilitam novos aportes, entre eles os mais significativos são os novos conhecimentos e as novas habilidades. As redes que constituem espaços em que o compartilhamento da informação e do conhecimento é proficiente e natural são espaços também de aprendizagem e, assim, tornam-se um ambiente para o desenvolvimento e para a inovação (TOMAÉL; ALCARÁ; DI CHIARA, 2005).

### **3 DESENVOLVIMENTO DO MODELO DE ANÁLISE**

Neste capítulo, que intitulamos Metodologia, apresentamos as referências e os processos que nos ajudaram a chegar aos objetivos da pesquisa. O “Modelo para Análise do Fluxo de Informação e da Construção e/ou Difusão de Conhecimento em Redes na Saúde”, elencado como objetivo principal desta investigação está em todas as etapas deste documento, enquanto proposta e processo, mas, para fins didáticos e estéticos, apresentamos sua síntese no capítulo Resultados.

#### **3.1 Caracterização da Pesquisa**

No final da primeira década dos anos 2000, aniversário de 20 anos do Sistema Único de Saúde, havia uma preocupação com a formação dos profissionais da área de saúde, devido ao reduzido impacto da atuação profissional frente às necessidades do setor. Essa inquietação estimulou novas modalidades de organização do trabalho e lançou os desafios da transdisciplinaridade na produção do conhecimento (MERHY, 2009).

Nesse sentido, foram propostos programas que visavam resgatar a estratégia de interação entre as instituições de ensino superior e os serviços públicos de saúde (BRASIL, 2005b, 2007a, 2007b, 2008a), criando-se, assim, uma zona de intersecção entre professores e alunos das universidades e os profissionais da rede de saúde.

Surgiu um espaço intercessor em que se estabeleceram ligações motivadas por objetivos comuns, como: contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do país; sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira.

Um dos programas implantados foi o PET-Saúde (BRASIL, 2008a), cujos participantes, são alunos bolsistas e voluntários, tutores e preceptores, envolvidos na proposta de trabalho que abrange ações de ensino, pesquisa e extensão, havendo atribuições específicas para cada componente da rede. O aludido programa faz parte de um movimento de produção e difusão de conhecimentos, que visa qualificar a rede de saúde no Brasil.

Esse programa, que exige um acompanhamento contínuo das ações desenvolvidas e do desempenho de seus atores na sua realização, demanda por estratégias avaliativas que

permitam aos seus participantes uma visão dos resultados e a elaboração de novos caminhos a serem trilhados.

No projeto apresentado pela UEFS aos Ministérios da Saúde e da Educação para implantação do PET-Saúde em Feira de Santana, foram propostos mecanismos de acompanhamento e avaliação, com a participação de representantes da Comissão Gestora Local, das pró-reitorias e dos integrantes do programa.

No entanto, apesar dos esforços da equipe coordenadora em garantir a efetividade da avaliação, observamos – nos relatórios elaborados pela gestão do programa, nos relatos de experiência e em artigos publicados – que os métodos adotados para coleta dos dados resultam em informações genéricas, as quais não permitem uma análise mais específica do comportamento dos atores quanto ao desempenho destes na comunicação e na geração e/ou difusão de conhecimento na rede.

No intuito de aperfeiçoar essa análise, buscamos elementos que nos permitissem propor uma estratégia para identificar o papel de cada integrante da rede, reforçando o trabalho dos sujeitos que se destacam, bem como intercedendo junto aos que possuem dificuldades e/ou limitações no processo de interação ensino-serviço-comunidade.

Optamos pela Análise de Redes Sociais como umas das metodologias para subsidiar o estudo da interação ensino-serviço na saúde, em razão de se tratar de um paradigma que orienta a compreensão das estruturas sociais (WELLMAN, 1988), além de se constituir como uma ferramenta para a investigação do conhecimento e do fluxo de informação nas redes (MARTELETO, 2007a). Portanto, o uso desse método possibilitou o entendimento do processo de construção e difusão de conhecimento na rede do PET-Saúde.

A Análise de Redes Sociais facilita o estudo das relações em grandes grupos e nos possibilita, conforme Soares (2004), estabelecer, a um só tempo, uma representação algébrica rigorosa das interações sociais, levando em conta o contexto em que os atores tomam decisões. No entanto, nas relações humanas, existem complexidades que são melhores absorvidas por uma análise qualitativa, a qual se torna bastante útil para aprofundar questões levantadas por estudos quantitativos.

Na fase exploratória desta investigação, quando utilizamos a Análise de Redes Sociais para estudar o fluxo de informação na rede PET-Saúde, constatamos que algumas questões da pesquisa não foram contempladas nos resultados encontrados. Além disso, nas reuniões com os grupos e nas conversas informais com os tutores, começamos a perceber situações que influenciavam na forma de condução do trabalho do grupo, mas não foram identificadas por meio da análise de redes.

Assim, utilizamos, nesta pesquisa, a Análise de Redes Sociais, que nos permitiu observar, de forma objetiva e ágil, a estrutura e a dinâmica de uma rede com um grande número de atores. Complementamos o estudo utilizando também um método de análise qualitativa, qual seja, a Hermenêutica-Dialética. Fizemos essa escolha, pois, nos laços estabelecidos entre os atores de uma rede, emergem outras relações que necessitam de abordagens que levem à compreensão das subjetividades, manifestas pela linguagem verbal ou corporal dos mesmos.

A complementaridade das análises quantitativa e qualitativa facilitou a apropriação de dimensões mais abrangentes das questões em análise. Assim, favoreceu uma maior aproximação com a complexidade da realidade, atentando-se para o foco específico de cada abordagem e para as perspectivas distintas no processo de coleta e análise dos dados.

## **3.2 Campo do Estudo**

### ***3.2.1 Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde)***

A pesquisa foi realizada na cidade de Feira de Santana, no PET-Saúde da UEFS.

Escolhemos o município de Feira de Santana (mais especificamente a UEFS) para desenvolver essa pesquisa, por ser a doutoranda professora do curso de Odontologia da referida Instituição de Ensino Superior e ter atuado como tutora no PET-Saúde da Família durante os anos de 2009 e 2010. Condição que a levou a questionar o papel dos diferentes atores na construção e difusão de conhecimento para melhoria da formação nas instituições de ensino e qualificação das equipes de saúde do SUS.

### ***3.2.2 A Rede de saúde em Feira de Santana***

O município de Feira de Santana é o segundo maior município da Bahia, com uma população estimada de 612.000 habitantes e tem uma condição socioeconômica e geográfica de destaque no Estado (IBGE, 2014). Constitui a região de saúde Feira de Santana, com 28 municípios e 1.164.564 habitantes. Na estrutura organizacional da Saúde, está habilitado na Gestão Municipal dos Serviços de Saúde e é município sede do Núcleo Regional Centro-Leste, do qual fazem parte 72 Municípios com total de 2.263.626 habitantes.

A Rede de Atenção à Saúde tem como porta de entrada o Programa de Saúde da Família, que agrega 84 Unidades de Saúde com 90 Equipes de Saúde da Família, 69 localizadas na zona urbana e 21 na zona rural, 15 Unidades Básicas de Saúde, duas unidades satélites na zona rural, 31 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 38 Equipes de Saúde Bucal na modalidade I, compostas por um cirurgião-dentista (CD) e um auxiliar em saúde bucal (ASB), e 17 equipes no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Possui também 34 CD e oito ASB em unidades básicas de saúde tradicionais e diversas unidades especializadas e.g.: Policlínicas, Centros de Referências para doenças crônicas e transmissíveis, Centro de Combate às Endemias, Centro de Especialidades Odontológicas, Centro de Prevenção do Câncer Uterino, dentre outras (FEIRA DE SANTANA, 2015).

### **O PET-Saúde na Universidade Estadual de Feira de Santana**

A UEFS possui 28 cursos de graduação, totalizando 1.820 vagas anuais, com 6.895 estudantes regulares, 807 funcionários e 1030 professores (9 graduados, 151 especialistas, 436 mestres, 434 doutores), dispõe de 131 grupos de pesquisa cadastrados na base de dados do Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento -CNPq e 567 projetos de pesquisa cadastrados na Pró-reitora de Pesquisa e Pós-Graduação (UEFS, 2014).

Dos cursos de graduação, sete participam do PET-Saúde, cinco são ofertados pelo Departamento de Saúde: Bacharelados em Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Medicina e Odontologia; Licenciatura em Educação Física; o Bacharelado em Psicologia está vinculado ao Departamento de Ciências Humanas e Filosofia e o de Ciências Biológicas ao Departamento de Ciências Biológicas.

Além das graduações, também estão vinculados ao Departamento de Saúde quatro cursos de Pós-Graduação: Doutorado e Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, Mestrado Profissional em Saúde Coletiva e Mestrado Profissional em Enfermagem (UEFS, 2014).

A UEFS integra, junto com outras Instituições de Ensino Superior do Estado, a Rede Pró-Saúde Bahia, que é articulada pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), por meio da Superintendência de Recursos Humanos, da Escola Estadual de Saúde Pública e da Coordenação de Integração da Educação e Trabalho na Saúde - CIET.

A equipe da UEFS responsável pela elaboração da proposta que concorreu ao PRO-SAÚDE II, primeira inserção da UEFS nessa política de interação ensino-serviço, em 2008, seguindo a orientação nacional, incluiu recursos que seriam repassados diretamente para a

prefeitura e para a UEFS, cujo propósito era melhorar as instalações e os equipamentos das unidades de saúde municipais e promover as discussões sobre as mudanças curriculares.

No total foram aprovados R\$ 1.873.200,00, sendo que 66% (1.322.200,00) já foram destinados aos Serviços de Atenção Básica em Saúde da SMS de Feira de Santana, e outros 34% (551.000,00), que seriam destinados aos cursos de Enfermagem, Odontologia e Ciências Farmacêuticas da UEFS, ainda não foram repassados por problemas na viabilização do convênio entre uma instituição de ensino superior estadual e o Ministério da Saúde.

No projeto do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PROPET), além das bolsas destinadas aos alunos bolsistas, preceptores e tutores, também foram disponibilizados recursos para as instituições participantes no total de R\$ 1.350.000,00, sendo que já foram repassados R\$ 227.708,53 destinados à SESAB e R\$ 796.953,00 à Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana. O valor de R\$ 325.338,47, que seria destinado para a UEFS em benefício dos cursos de Enfermagem, Odontologia, Medicina, Educação Física, Farmácia e Ciências Biológicas, ainda não foi transferido pelo mesmo motivo dos recursos do PRO-SAÚDE.

O PET-Saúde UEFS iniciou seus trabalhos na rede de Saúde da Família de Feira de Santana em abril de 2009, com sete grupos de aprendizagem tutorial, constituídos de sete tutores, 42 preceptores, 84 alunos bolsistas e 37 alunos voluntários dos cursos de Enfermagem, Medicina, Odontologia, Farmácia, Educação Física e Ciências Biológicas, totalizando 163 componentes. No ano seguinte, com a denominação de PET-Saúde da Família, o número de grupos subiu para 10, somando-se 219 atores envolvidos (FONSECA; RODRIGUES, 2011).

Como na concepção inicial de interação ensino-serviço do PRO-SAÚDE, o PET-Saúde propõe mudanças curriculares que aproximem as IES dos serviços de saúde. Dessa forma, acreditam os participantes do programa na UEFS, que teremos profissionais mais humanizados, aptos a trabalhar no SUS.

Em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana e a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), em maio de 2012, a UEFS propôs a criação de oito grupos de aprendizagem tutorial no modelo que articulava o PET-Saúde e o PRÓ-Saúde na Rede SUS de Feira de Santana para os anos de 2012 e 2013. O novo projeto foi autorizado com cinco subprojetos que não mais se limitavam ao âmbito da Saúde da Família. Assim, foram formadas oito equipes – quatro no subprojeto PET-Saúde da Família, e uma em cada um dos outros quatro subprojetos, e.g. PET-Saúde/Vigilância em Saúde, PET-Saúde/Saúde

Mental, PET-Saúde/Urgência e Emergência e grupo PET-Saúde/Saúde da Mulher (FEIRA DE SANTANA, 2011).

Em abril de 2013, a Secretaria de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde aprovou mais dois grupos PET-Saúde/Vigilância em Saúde, com dois tutores, dois preceptores, 16 alunos bolsistas e quatro alunos voluntários.

No ano seguinte, visando a ampliar as ações do PET-Saúde para o contexto da atenção secundária e terciária, a UEFS elaborou, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana e Hospitais da Rede Estadual de Saúde, a proposta intitulada “PET-Saúde/Redes UEFS: Fortalecendo o Acolhimento na Rede de Atenção à Saúde em Feira de Santana-BA (2013/2015)”, que passou a contar com a participação do curso de Psicologia. Foram aprovados cinco grupos PET-Saúde/Redes: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (priorizando o enfrentamento do câncer do colo de útero e de mama), Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências e Rede de Atenção Psicossocial (priorizando o enfrentamento do álcool, crack e outras drogas).

Assim, agrega aos objetivos iniciais do Pet-Saúde a proposta de fortalecer o acolhimento na rede de atenção à saúde, principalmente nas unidades que são cenário do PET-Saúde/Redes UEFS.

### **3.3 Sujeitos da Pesquisa**

No período da coleta de dados, existiam em funcionamento no PET-Saúde da UEFS três projetos: PROPET, PETRedes e PET-Vigilância em Saúde. No PROPET e no PETRedes, as equipes – ou Grupo Tutoriais – eram formadas por um tutor (T), seis preceptores (P), dois alunos bolsistas (B) e um aluno voluntário (V), e, no PET-VS, eram dois grupos formados por dois tutores, quatro preceptores, 17 bolsistas e sete voluntários. Os três projetos juntos totalizavam 15 Grupos Tutoriais.

O PROPET possui uma Coordenadora Adjunta (C0A) e uma Coordenadora do projeto (C02). Já o PET-Redes possui apenas uma Coordenadora (C01) e o PET-VS não possui coordenação específica e se reportam a Coordenadora Adjunta (C0A).

Para a coordenação dos projetos, foram escolhidas pessoas que possuíam uma participação histórica nos processos de discussão sobre currículo e na luta para garantir espaços de ensino-aprendizagem extramuros. As três coordenadoras (C0A, C01 e C02) são

do curso de Enfermagem, que na UEFS se destaca pelo protagonismo dos docentes em prol do fortalecimento do SUS.

Os sujeitos deste estudo, descritos a seguir, fazem parte de uma amostra não probabilística e definida por conveniência.

Na análise das redes, os sujeitos da pesquisa são os atores que constituem o PET-Saúde UEFS, organizados em:

**Informantes-chave:** As coordenadoras dos projetos foram incluídas como “informantes-chave”, fornecendo dados importantes para compreensão do campo da pesquisa. São sujeitos envolvidos na rede e têm papel fundamental na disseminação da informação e na organização da rede. Sua intervenção, que se estabelece legalmente, é estratégica no processo de formação do estudante e na qualificação dos profissionais (OLIVEIRA RODRIGUES et al., 2014).

### **Grupo I**

**TUTOR (T):** profissional da saúde que exerce a função de supervisão docente-assistencial em campo e cumpre o papel de orientador de referência para os profissionais e/ou estudantes da área da saúde que atuam no PET-Saúde. São os principais responsáveis por elaborar estratégias nos campos do ensino, da pesquisa e da extensão, que favoreçam a difusão do conhecimento necessária para enriquecer a qualificação técnica, científica e acadêmica de docentes e profissionais de saúde, no sentido de promover mudança das práticas nos serviços de saúde. Para isso, precisam ter conhecimento das atividades propostas e ser hábil nas relações interpessoais.

Como critério para assumir a função, o PET-Saúde requer para o tutor a titulação de mestre ou doutor, ter atuação efetiva na docência em cursos de graduação e/ou pós-graduação na área de saúde, desenvolver atividades didáticas relacionadas à Rede de Atenção à Saúde e ter experiência acadêmica comprovada na orientação de alunos em atividades de pesquisa e extensão nos cursos de graduação e/ou pós-graduação na área da saúde.

Como aconteceu com a coordenação do Programa, a escolha dos professores para função de tutores do PET-Saúde, se deu, inicialmente, pela experiência nos processos de mudança na formação que vem acontecendo na UEFS para adequar os cursos da área de saúde às Diretrizes Curriculares Nacionais. No entanto, após algumas reuniões entre professores dos diversos cursos da área, foram incluídos tutores de cursos que não tinham estágios nos serviços de saúde e cujos currículos abordavam a saúde coletiva de forma superficial, como os cursos de Ciências Farmacêuticas e Ciências Biológicas.



No curso de Ciências Biológicas, a inclusão só aconteceu após uma longa discussão paradigmática sobre sua relação com as Ciências da Saúde, em virtude do curso não fazer parte do Departamento de Saúde da UEFS e a maioria dos componentes que elaboravam o projeto não entenderem a Biologia como um campo da saúde. Essa situação foi resolvida após consulta à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde -MS, que autorizou e até incentivou a inclusão do curso no Projeto do PET-Saúde da Família.

Nos projetos subsequentes, os tutores foram escolhidos pela afinidade com os temas a serem trabalhados e pelo trabalho que já realizavam junto aos estágios nas unidades de saúde.

### **Grupo II**

**PRECEPTOR (P):** profissional de saúde que assume a função de supervisão por área específica de atuação ou de especialidade no serviço de saúde. Na interação ensino-serviço-comunidade, é o mediador das relações entre os tutores, alunos e usuários dos serviços de saúde. Seu trabalho é fundamental para a troca de saberes profissionais e acadêmicos. Para assumir esta função, o Ministério da Saúde recomenda ter título de especialista ou estar matriculado em curso de pós-graduação. Ademais, precisa estar em efetivo exercício das suas atividades profissionais nos respectivos cenários dos subprojetos PET-Saúde, ou envolvidos em atividades de ensino nas unidades de saúde onde atuam.

Na primeira fase do PET-Saúde na UEFS, a inclusão dos preceptores no programa se deu pela adequação dos profissionais das unidades que já eram campo de estágio para os cursos da área de saúde – a partir de uma lista disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde – com os profissionais que atendiam aos critérios do edital.

Esse processo foi aprimorado. Os profissionais da rede de saúde de Feira de Santana que quisessem ingressar no programa se submeteriam à seleção pública. Com isso, procurou-se evitar algumas ingerências por parte da gestão municipal de saúde na indicação dos profissionais.

### **Grupo III**

**ALUNO BOLSISTA (B) ou ALUNO VOLUNTÁRIO (V):** desenvolve vivências em serviço e atividades de pesquisa, sob a orientação do tutor e do preceptor, visando à produção e à disseminação de conhecimento relevante na área da saúde e às atividades de iniciação ao trabalho. A presença dos alunos nas unidades de saúde é o que possibilita, efetivamente, a interação ensino-serviço. Como em uma via de mão dupla, os alunos impulsionam o fluxo da informação entre as instituições, realizam trocas de conhecimento e, ao interagir com o restante da comunidade discente, contribuem para construção de novas propostas curriculares e para mudanças nas práticas dos serviços.

O modelo pedagógico do PET-Saúde é centrado no aluno, que é o sujeito ativo da aprendizagem e, nos espaços dos serviços de saúde, estabelece uma relação com a comunidade e suas necessidades, configurando diferentes cenários de prática nas unidades de saúde e no seu entorno.

Após a aprovação do número de grupos tutoriais pelo MS, a equipe executora do projeto elabora o Edital de Seleção de Bolsistas e estabelece as vagas a partir de percentuais distribuídos por curso de graduação, considerando o número total de alunos matriculados em cada curso, o tempo de integralização do curso e a inserção dos estudantes na rede de serviços públicos de saúde, cenários de práticas e estágios. Os alunos, então, são alocados nos grupos tutoriais, independentemente de pertencerem ou não ao mesmo curso do tutor.

A coordenação justifica que, historicamente, Enfermagem, Medicina e Odontologia são os cursos de maior inserção na rede SUS, com um maior quantitativo de profissionais na rede e, por isso, são alocadas mais vagas para esses cursos. E são os que efetivamente estarão em maior número e frequência na rede.

Ao analisarmos os dados sócio-profissionais dos tutores, observamos que esse critério também tem influência na escolha dos professores tutores.

O trabalho exige de tutores e preceptores uma atuação mediadora e orientadora, não somente para justapor ações centradas nos núcleos das profissões, mas também para fortalecer o espaço intercessor que se estabelece durante os encontros de aprendizado e as atividades práticas (ABRAHÃO et al., 2011).

### **3.4 Coleta dos dados**

Na coleta de dados usamos estratégias que nos proporcionassem elementos de análise para responder às questões da investigação, conduzindo-nos à concretização dos objetivos propostos.

Para adentrar o campo da pesquisa e verificar a viabilidade do questionário elaborado para coleta dos dados quantitativos realizamos uma etapa exploratória, por meio da qual iniciamos esta seção.

#### ***3.4.1 Etapa Exploratória***

Com a pretensão de conhecer melhor a área investigada e a viabilidade da aplicação da metodologia de Análise de Redes Sociais realizamos um estudo sobre o Fluxo de Informação

entre os sujeitos do PET-Saúde da Família (OLIVEIRA RODRIGUES et al., 2014), ao tempo que dávamos continuidade ao levantamento de documentos relacionados ao objeto de pesquisa (e.g. portarias, projetos, apresentação de trabalhos em eventos científicos, entre outros).

Nessa fase do estudo, aplicamos os questionários constituídos por três perguntas, apenas para os bolsistas, que poderiam indicar até três nomes, escolhidos por ordem de preferência, entre os componentes do PET-Saúde da Família.

Os resultados preliminares mostraram que ARS tem recursos que poderiam nos auxiliar na compreensão da dinâmica do fluxo de informação e do papel que desempenham seus atores na construção e difusão de conhecimento, mas que seria necessário ampliar os grupos participantes no estudo para a visualização mais ampliada da rede e do comportamento dos demais atores, preceptores e tutores, nesse contexto. Além disso, precisávamos acrescentar outras questões ao instrumento de coleta para obter mais informações sobre o momento atual e a tendência futura de comportamento dos atores na rede.

### ***3.4.2 Instrumentos de coleta dos dados***

#### **Questionário**

De acordo com Gil (2011), uma das vantagens desse instrumento é a possibilidade de atingir grande número de pessoas, mesmo em área geográfica extensa, já que pode ser aplicado sem o contato direto com o respondente.

O instrumento elaborado foi um questionário estruturado e autoaplicável (APÊNDICE D), constituído de catorze questões, além de espaço para identificação do sujeito e de suas características sociais e demográficas. Aplicamos a todos os componentes dos Grupos I, II e III do PET-Saúde UEFS que concordaram em participar do estudo. As respostas foram codificadas e definidas a partir de uma ordem de preferência na identificação das pessoas e/ou instituições. As coordenadoras não foram solicitadas a responder ao questionário, mas aparecem nas redes por indicação dos componentes dos grupos I, II e III.

As questões foram estruturadas em dois grupos. O primeiro (questões 1A a 1D, 2A, 3 e 5 a 7) teve o objetivo de compreender a dinâmica atual das relações que ocorrem no programa, o fluxo de informação e a difusão do conhecimento, considerando os componentes dos grupos e seus coordenadores. No segundo grupo, as questões buscaram respostas que possibilitem uma visão prospectiva sobre os mesmos aspectos (QUADRO 1).

**Quadro 1 – Objetivos das questões respondidas pelos atores da rede PET-Saúde, UEFS, Feira de Santana, 2014.**

QUESTÃO	OBJETIVO DA QUESTÃO
1A- <b>Quem você procura para buscar informação administrativa?</b>	Entender como os atores se comportam na busca por informações administrativas e quais os atores que têm prestígio nesse processo.
1B- <b>Quem você procura para buscar informação acadêmica?</b>	Entender como os atores se comportam para esclarecer questões acadêmicas e quais os atores que têm prestígio nesse processo.
1C- <b>De quem você recebe informação administrativa?</b>	Saber se os informantes são, de fato, as pessoas procuradas pelos atores para lhes prestar os esclarecimentos administrativos.
1D- <b>De quem você recebe informação acadêmica?</b>	Saber se os informantes são, de fato, as pessoas procuradas pelos atores para lhes prestar os esclarecimentos acadêmicos.
1E- <b>A quem você gostaria de recorrer para buscar informação administrativa?</b>	Possibilitar uma visão da satisfação dos sujeitos da rede nas relações que envolvem informações administrativas, bem como sugerir um comportamento futuro da mesma.
1G - <b>A quem você gostaria de recorrer para buscar informação acadêmica?</b>	Possibilitar uma visão da satisfação dos sujeitos da rede nas relações que envolvem questões acadêmicas, bem como sugerir um comportamento futuro da rede.
2A - <b>Com quem você gosta de trabalhar?</b>	Compreender se as afinidades interferem no fluxo da comunicação.
2B - <b>Com quem você gostaria de trabalhar?</b>	Saber se as relações que podem ser constituídas no futuro tendem a reproduzir ou não a realidade atual.
3 - <b>Indique pelo menos três unidades do PET-Saúde com as quais você já realizou alguma ação conjunta (qualquer tipo de ação de saúde) durante sua atuação no programa</b>	Identificar com quem os sujeitos ou grupos que constituem o PET-Saúde desenvolvem atividades conjuntas. Se apenas com as unidades de seu GT ou com outras que não são de sua equipe.
4- <b>Indique pelo menos três unidades do PET-Saúde com as quais você pretende realizar ações compartilhadas</b>	Compreender a tendência futura das atividades conjuntas.
5- <b>Caso você ou sua equipe já tenha necessitado de atendimento para usuários de sua área em outra unidade do PET-Saúde, indique quais foram</b>	Saber se o PET-Saúde proporciona o fluxo de pacientes entre as suas unidades.
6- <b>Cite outra(s) pessoa(s) ou instituição(ões) que já lhe prestou(aram) informações importantes para seu trabalho no PET</b>	Entender as relações que são estabelecidas entre os sujeitos ou grupos PET com as instituições parceiras ou com outras pessoas e/ou entidades que não estão diretamente vinculadas ao programa.
7- <b>Cite outra(s) pessoa(s) ou instituição(ões) com as quais já realizou ação compartilhada</b>	Saber com quais pessoas e/ou entidades não vinculadas ao PET os grupos desenvolveram ações conjuntas.
8- <b>Cite outra(s) pessoa(s) ou instituição(ões) com as quais pretende realizar ação compartilhada.</b>	Obter uma tendência de comportamento da rede com relação às atividades a serem desenvolvidas com pessoas e/ou grupos que não estão diretamente ligados ao PET.

A questão 1F foi retirada devido a uma duplicação de questões na construção inicial do questionário.

Fonte: Elaborado pelos autores

Na segunda fase da pesquisa, também utilizamos como fonte de coleta dos dados a entrevista semiestruturada (APENDICE C), conforme descrito a seguir.

### **Entrevista semiestruturada**

Optamos pela entrevista por se constituir em um instrumento privilegiado de coleta de informações que possibilita à fala revelar as condições estruturais de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, por meio de um porta-voz, as representações de determinados grupos, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Com base no estudo exploratório realizado e na vivência dos pesquisadores no campo de pesquisa, fundamentados pela epistemologia e referencial que orientam essa investigação, construímos três categorias analíticas que nos guiaram no processo analítico para se chegar à compreensão do objeto em estudo: Categoria 1 – O PET-Saúde como espaço inovador de ensino aprendizagem; Categoria 2 – O papel desempenhado pelos sujeitos que compõem a rede PET-Saúde na construção e/ou difusão do conhecimento; e Categoria 3 – A interação ensino-serviço e a possibilidade de novas práticas na saúde.

Essas categorias foram utilizadas na elaboração do roteiro das entrevistas com intuito de facilitar a obtenção de informações.

Em uma ação interpretativa, o primeiro passo é ouvir os relatos de campo como narrativas, não como informações, muito menos como verdades. O conjunto de entrevistas de qualquer material qualitativo representa a interpretação da realidade realizada pelo narrador, sob influência do investigador. Portanto, a narrativa é uma versão possível da história ou dos fatos sob a perspectiva do entrevistado, que a verbaliza de forma interpretada em sua fala ou em seus silêncios (MINAYO, 2010a).

Entrevistamos as coordenadoras do PET-Redes e do PROPET, tutores, preceptores e alunos, escolhidos intencionalmente pela participação no processo da pesquisa e pelo destaque observado com base em medidas de preeminência na análise inicial das redes, em local escolhido pelos entrevistados, em sala reservada, sem a presença de outras pessoas.

Elaboramos um roteiro orientador (APÊNDICE C) cuja estrutura e abordagem possibilitaram narrativas mais livres, sem, no entanto, deixar de propor temáticas, para que as

questões estipuladas fossem contempladas e outras que surgissem durante a entrevista também pudessem ser consideradas. Essa estratégia propiciou um ambiente informal de conversa, sem, contudo, deixar de fazer uma coleta de dados sistemática (SANTOS, 2002).

### **3.5 Processo final de coleta dos dados orientado pela ética na pesquisa com seres humanos**

De acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n° 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos, submetemos o projeto da pesquisa à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, que autorizou seu início (ANEXO A).

Em virtude de já termos previamente solicitado autorização junto à Secretaria Municipal de Saúde e à Universidade Estadual de Feira de Santana (APÊNDICE E; APÊNDICE F) e já estarmos com os ofícios de anuência (ANEXO B e ANEXO C) para realizar a pesquisa em suas instâncias, ao receber o comunicado do CEP-UEFS informamos às coordenadoras do PET-Saúde que iríamos às reuniões ordinárias dos Grupos Tutoriais para colher os dados. A coleta foi realizada no período de julho a dezembro de 2014.

Nesses encontros, explicávamos o objetivo da investigação e, em seguida, entregávamos aos participantes da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A e B), com os esclarecimentos sobre o estudo, solicitação para o fornecimento das informações necessárias e autorização para a participação na investigação, deixando-os livres para que optassem por participar ou não.

#### **3.5.1 Aplicação do questionário**

A partir das informações disponíveis nos documentos obtidos junto à coordenação do PET-Saúde, construímos listagens por projeto (PROPET, PETRedes e PET-VS), atribuindo códigos aos componentes do programa, às unidades de saúde (QUADRO 2) e às instituições parceiras (QUADRO 3), que foram entregues, juntamente com o questionário (APÊNDICE D), àqueles que concordaram em participar da investigação.

As coordenadoras foram identificadas por C0A, C01 e C02.

Para dificultar a identificação dos participantes, numeramos aleatoriamente os GT e seus tutores, de 01 a 15. GT01 a GT15 e T01 a T15. Os preceptores tiveram seus códigos numerados por grupo tutorial, de P01 a P82. Os alunos bolsistas, de B01 a B173, e os alunos

voluntários, de V01 a V82. As unidades de saúde onde os Grupos Tutoriais desenvolvem suas atividades foram denominadas de U e as instituições parceiras de I.

Orientamos os sujeitos da pesquisa a indicar suas opções pelos códigos e, caso uma pessoa ou instituição não constasse da lista, poderia colocar o nome da mesma no espaço correspondente. Em algumas reuniões não foi possível aplicar pessoalmente os questionários, por isso os enviei por e-mail para aqueles participantes do programa que já tinham assinado o TCLE.

Para as instituições e pessoas que foram citadas, mas não estão vinculadas diretamente aos Grupos Tutoriais do PET-Saúde, foram criados novos códigos “I” e “O”, respectivamente.

**Quadro 2 – Excerto da planilha construída com os códigos dos componentes, formação profissional e local de atuação, PETRedes, UEFS, 2014.**

**GRUPO PET-REDE: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

CÓDIGO	GRUPO 01	NOME	CURSO	CÓDIGO	UNIDADE DE SAÚDE
C01	COORDENADORA		ENFERMAGEM		
T01	TUTORA:		ODONTOLOGIA		-
P01	PRECEPTORA:		ENFERMAGEM	U1	POLICLINICA GEORGE AMERICO
B01	BOLSISTA:		ENFERMAGEM		
B02	BOLSISTA:		FARMACIA		
V01	VOLUNTÁRIO:		MEDICINA		
P02	PRECEPTORA:		ODONTOLOGIA	U1	POLICLINICA GEORGE AMERICO
B03	BOLSISTA:		ENFERMAGEM		
B04	BOLSISTA:		ENFERMAGEM		
V02	VOLUNTÁRIA:		MEDICINA		
P03	PRECEPTORA:		ENFERMAGEM	U2	SAMU
B05	BOLSISTA:		ENFERMAGEM		
B06	BOLSISTA:		ENFERMAGEM		
P04	PRECEPTORA:		ENFERMAGEM	U2	SAMU
B07	BOLSISTA:		ENFERMAGEM		

Fonte: Dados disponibilizados pela coordenação do PET-Saúde UEFS, 2014. Adaptado pelos autores.

### **3.5.2 Realização das entrevistas**

A escolha da metodologia de pesquisa depende da teoria que orienta o estudo e do problema a ser investigado, ao mesmo tempo em que os diferentes paradigmas científicos comportam e prescrevem diferentes tipos de construção de amostras.

Nossa amostra foi definida intencionalmente pelos propósitos da investigação, considerando, referenciados em Fontanella, Ricas e Turato (2008) e Minayo (2010a), que a validação científica da pesquisa na vertente qualitativa não se encontra na quantidade final de

seus elementos, mas na maneira como se concebe a representatividade desses elementos e na qualidade das informações obtidas por meio deles.

Desde o início da coleta dos dados, no contato com os informantes-chave, e nas reuniões com os grupos, preocupados com a definição da amostra qualitativa, observamos atentamente como se constituíam os sujeitos, se existia uma homogeneidade das características socioculturais entre tutores, preceptores e alunos e quais os componentes do PET-Saúde que demonstravam maior ou menor comprometimento com as ações.

**Quadro 3 – Excerto da planilha com as instituições parceiras do PET-Saúde, UEFS, Feira de Santana 2014 (APÊNDICE G).**

<b>Instituições Parceiras do PET-Saúde</b>	
<b>CÓDIGO</b>	<b>PARCEIRO</b>
I1	PREFEITURA MUNICIPAL DE FEIRA DE SANTANA;
I2	DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – DIVISA;
I3	DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SMS – DIVEP;
I4	PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM/SMS);
I5	PROGRAMA DST/AIDS DA SMS DE FEIRA DE SANTANA;
I7	SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU;
I8 -	NASF – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA;
I9	VARA DA MULHER DO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA;
I10	CURSO DE RESIDÊNCIA EM DESENVOLVIMENTO DE SOFTWARE PARA ENGENHARIA BIOMÉDICA (CURSO LATO SENSU UEFS);
I12	COLÉGIO ESTADUAL YÊDA BARRADAS CARNEIRO;
I13	SECRETARIA DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA DE FEIRA DE SANTANA;
I14 - Citar nome da escola ou bairro	ESCOLAS DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIAS DAS USF VINCULADAS AO PET-SAÚDE DA FAMÍLIA;
I19	PASTORAL DA SAÚDE;
I20 - citar o nome da igreja ou do bairro	IGREJAS LOCALIZADAS NAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIAS DAS USF.
I21	OUTROS - ESPECIFICAR

Fonte: Projeto PET-Saúde UEFS (2011).



Em geral, o perfil socioprofissional dos sujeitos da pesquisa é bastante homogêneo, pelos próprios critérios de inclusão dos tutores, preceptores e alunos no programa, conforme pode ser visto no capítulo Resultado. No entanto, a maneira como cada um se porta frente às demandas do trabalho são singulares, com maior ou menor adesão às atividades desenvolvidas.

Resolvemos, então, iniciar as entrevistas pelos informantes-chave e, a partir de suas informações, fomos construindo nossa amostra. Os encontros foram individuais e em local escolhido pelo entrevistado. Utilizamos um aparelho gravador de áudio MP3 para registro das falas, visando garantir o registro completo das informações, a fidelidade das narrativas e reter por mais tempo aspectos subjetivos que transparecem na entonação, nas pausas e até no não dito. Impressões que, com o tempo e pelo número de comunicações realizadas, podem se perder da memória do entrevistador.

Primeiramente, pelo trabalho à frente do PET-Saúde UEFS desde a implantação do PROSaúde, entrevistamos a coordenadora adjunta do PET-Saúde Feira. Em seguida, pela conveniência das entrevistadas, as coordenadoras do PROPET e do PETRedes. Com as informações obtidas foi possível conhecer melhor a estrutura e funcionamento do programa e definir os sujeitos que poderiam ser entrevistados posteriormente.

A análise dos dados empíricos qualitativos foi realizada concomitante com o percurso da aplicação das entrevistas e dos questionários, desde o início da coleta dos dados, o que também nos deu elementos para definir a amostra.

Ao transcrever as entrevistas, anotávamos os conteúdos que respondiam aos objetivos específicos definidos e, ao constatarmos que o conteúdo das falas se repetia, pelo critério da saturação<sup>4</sup>, resolvemos encerrar a coleta, pois já possuíamos informações para aprofundar a compreensão sobre a dinâmica do fluxo de informação, construção e difusão do conhecimento no programa de interação ensino-serviço em análise.

Após entrevistar as coordenadoras dos programas, entrevistamos, pela ordem:

- 1) um tutor do PETRedes, pela participação nas reuniões dos Grupos Tutoriais;
- 2) um tutor do PROPET, pela especificidade do curso envolvido;

---

<sup>4</sup> O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Em outras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

- 3) um preceptor, dois trabalhadores e uma aluna de uma mesma unidade, pelo tempo de participação da Unidade de Saúde da Família (USF) como campo de atividades do programa e por possuir representantes do PETRedes e do PROPET;
- 4) uma CD, egressa da UEFS, que foi bolsista do PET-Saúde por três anos, pelas indicações dos demais entrevistados.

Assim, a amostra foi constituída de 10 atores do PET-Saúde (03 coordenadoras, 02 tutores, 01 preceptor, 02 trabalhadores de saúde, 01 aluna e 01 CD, egressa do programa).

No desenvolvimento da coleta, foram considerados alguns riscos a que poderiam estar expostos os sujeitos do PET-Saúde UEFS, a saber: constrangimento do entrevistado, medo ao expor ideias, a não empatia entre o entrevistador e o entrevistado, ou a não compreensão da linguagem estabelecida entre o sujeito participante do estudo e o pesquisador. Assim, na tentativa de reduzi-los, procedemos as entrevistas em áreas privadas, identificamos os participantes por códigos que não obedecem à ordem das entrevistas e procuramos deixar o entrevistado à vontade para responder apenas o que lhe deixasse seguro.

### **3.6 Métodos para Análise dos Dados**

Os dados empíricos coletados foram analisados através da metodologia da Análise de Redes Sociais e da Hermenêutica-Dialética.

Essa escolha se deu em virtude das abordagens apresentarem coerência com os objetivos da investigação e possibilitarem chegar às respostas para as questões elaboradas quando da contextualização do problema de pesquisa (QUADRO 4).

#### **3.6.1 Análise das redes**

Na análise das redes, utilizamos o *software Ucinet*<sup>5</sup> (*Software for social network analysis*) (BORGATTI; EVERETT; FREEMAN, 2002), que possibilitou a configuração das redes a partir dos questionários e a apresentação de medidas que especificam os padrões de relacionamento entre seus atores. Também visualizamos as redes por meio do *Gephi 0.8.2*, plataforma interativa aplicada para visualização e manipulação de redes e sistemas complexos (BASTIAN; HEYMANN; JACOMY, 2011) e fizemos o cálculo das estatísticas com o *Pajek* (BATAGELJ; MRVAR, 2015).

---

<sup>5</sup> *Ucinet* - Software de análise de redes sociais desenvolvidos por Steve Borgatti, Everett e Martin Freeman Lin. O programa é distribuído pela Analytic Technologies. <https://sites.google.com/site/ucinetsoftware/downloads>.  
*Gephi* – [www.gephi.org](http://www.gephi.org)

**Quadro 4 – Matriz de análise dos dados.**

OBJETIVOS	TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	METODOLOGIA PARA ANÁLISE DOS DADOS
Mapear o fluxo de informação e a difusão de conhecimento no processo de formação e capacitação em saúde na Rede PET-Saúde em Feira de Santana.	Questionário	ARS
Analisar como se dá o fluxo de informação e construção do conhecimento e de que forma os mesmos são difundidos na Rede PET-Saúde em Feira de Santana.	Entrevista semiestruturada Questionário	Hermenêutica-Dialética ARS
Identificar quais os sujeitos da Rede PET que se destacam no processo de difusão do conhecimento na interação ensino-serviço.	Questionário	ARS
Compreender como os sujeitos PET-Saúde, na interação ensino-serviço contribuem para a construção do conhecimento na Rede PET e para mudança do processo de produção de saúde.	Entrevista semiestruturada Questionário	Hermenêutica-Dialética ARS
Desenvolver um modelo para análise do fluxo de informação e da construção e/ou difusão do conhecimento em redes na saúde.	Entrevista semiestruturada Questionário	Hermenêutica-Dialética ARS

Fonte: Elaborado pelos autores

### 3.6.1.2 Análise de Redes Sociais

Por meio da análise de redes sociais é possível identificar padrões de comportamento, cooperação e fluxo de informações entre pessoas, grupos e/ou organizações em uma dada sociedade. Esses fatores são importantes indicadores que podem contribuir em ações de avaliação e planejamento estratégico tanto na esfera pública quanto privada de forma à respaldar a gestão (PEREIRA; FREITAS; SAMPAIO, 2007).

Permite-nos uma visão global da interação que ocorre em uma rede social, nos dando pistas sobre o fluxo de informação e o papel dos atores na difusão de conhecimento que

ocorre em um espaço multidisciplinar de aprendizagem, como nos programas de interação ensino-serviço (OLIVEIRA RODRIGUES et al., 2014).

O estudo da informação através das redes sociais considera as relações de poder que ocorrem em uma organização não hierárquica e espontânea, que procura entender até que ponto a dinâmica do conhecimento e da informação interfere no fluxo da informação (MARTELETO, 2001).

Ao se analisar uma rede, em geral observa-se suas propriedades, e.g.: número de vértices ( $n = |V|$ ); número de arcos ( $m = |E|$ ); grau médio ( $\langle k \rangle$ ); densidade ( $\Delta$ ); diâmetro ( $D$ ); coeficiente de aglomeração médio ( $C$ ); caminho mínimo médio ( $L$ ) e quantidade de componentes.

Os vértices de uma rede também podem ser denominados de nós, pontos ou atores. Em nosso estudo, por se tratar da análise de uma rede social, estamos indicando esses elementos por atores e as arestas pelos laços estabelecidos entre eles, que constituem as relações sociais existentes na rede.

Os laços sociais são a unidade de análise da teoria das redes sociais e através deles são produzidos desenhos reticulares de organizações sociais complexas que têm um enorme potencial descritivo e explicativo dos fenômenos sociais (CUNHA, 2014).

A distância geodésica, entendida como a menor distância entre dois pontos, em ARS, refere-se ao número de ligações – graus – entre um ator e outro. É calculada pelo caminho mais curto (HANNEMAN, 2001). O caminho mínimo médio ( $L$ ) de toda rede é a soma dos caminhos mínimos de todos os vértices, dividido pelo número de vértices da rede.

Da geodésica resulta outra importante medida, o diâmetro da rede ( $D$ ). O diâmetro representa a maior distância geodésica, quer dizer, o maior menor caminho entre dois vértices, e informa o quanto os vértices estão afastados na rede. O diâmetro de uma rede é definido como o máximo caminho mínimo entre quaisquer dois pontos da rede.

A densidade ( $\Delta$ ), considerada uma das medidas mais amplas da estrutura de uma rede social (TOMAEL, 2007), permite-nos ter noção da velocidade com que uma informação pode ser difundida na estrutura e sobre o nível de capital social distribuído na rede (HANNEMAM; RIDDLE, 2005).

E o que seria o capital social em uma rede de relações?

Cunha (2014), ao discutir a contribuição de vários autores sobre o conceito de capital social, sintetiza-o, como fruto da produção de laços sociais entre as pessoas, e que a densidade de uma rede pode ser um bom indicador de sua eficiência. Para ele, essa possibilidade

potencializa o uso da ARS como uma abordagem técnica e metodologicamente adequada para análise nas redes sociais.

O coeficiente de aglomeração de um vértice é dado pelo número de arcos que os seus vizinhos têm entre si dividido pelo número total de arcos que eles deveriam possuir para que estivessem totalmente conectados. O coeficiente de aglomeração médio ( $C$ ) é um índice de coesão da rede, calculado pela soma dos coeficientes de aglomeração de todos os vértices dividida pelo número de vértices da rede. Assim, mede a probabilidade de vizinhos de um vértice “ $i$ ” serem vizinhos entre si (FADIGAS, 2011).

Por sua vez, o comportamento dos atores na rede, quanto a sua importância no fluxo de informações e conhecimento, pode ser avaliado a partir das métricas de centralidade de grau ( $CD$ ), de proximidade ( $CC$ ) e de intermediação ( $CB$ ) (WASSERMAN; FAUST, 1994), pela centralidade de informação ( $CI$ ) (STEPHENSON; ZELEN, 1989) e pelo coeficiente de aglomeração ( $C$ ) do vértice (FREEMAN, 1978; WASSERMAN; FAUST, 1994; WATTS, 1999).

Esses indicadores permitem a compreensão dos fenômenos que acontecem nas redes. A análise das centralidades, segundo Everett e Borgatti (2005), tem destaque nas escolhas metodológicas pelos analistas de redes que procuram compreender os fenômenos que ocorrem em suas relações. Tal forma de análise permite indicar, de forma geral, quais os membros mais centrais na rede. Esse tipo de indicador é importante na medida em que ser mais central numa rede pode demonstrar uma boa capacidade de interação com os outros membros e de ter acesso diferenciado a recursos e informação.

A Centralidade de Grau resulta do número de conexões ou arestas que um ator possui com outros atores na rede e, dessa forma, indica a centralidade local do vértice. Logo, o vértice mais central na rede é aquele que possui maior grau, que tem um maior número de conexões adjacentes com outros atores participantes da mesma rede.

De acordo com Marteleto (2001), ao se calcular a centralidade de um ator estamos identificando a posição em que ele se encontra em relação às trocas e à comunicação na rede e, embora, como já colocado anteriormente, não se trate de uma posição fixa, determinada hierarquicamente, a centralidade expressa a ideia de poder.

Se um ator recebe muita informação, alto grau de entrada, diz-se que ele é preeminente ou tem prestígio na rede. Muitos outros atores se comunicam com ele, o que pode indicar sua importância. Um ator que procura outros ou aquele que tem alto grau de saída de ligações, normalmente, são atores influentes (HANNEMAN, 2001).

Preeminência de um ator é o quanto ele está envolvido nas relações com outros atores e o fazem mais visível que outros. Não importa se é devido à entrada ou a transmissão de muitas ligações. O importante é que o ator simplesmente está envolvido. O que leva a considerar primeiro, relações não dirigidas, quando não tem distinção entre quem recebe ou envia. Em uma relação não dirigida, define-se o ator central envolvido em muitas ligações.

O conceito de prestígio é mais restrito porque graus de entrada somente são distinguíveis do de saída em relações dirigidas, nós não somos capazes de quantificar prestígio de um ator a menos que a relação seja dirigida.

Na rede social em estudo, verificamos quais os atores com maior grau de entrada, uma vez que estamos interessados em identificar quais os componentes do PET-Saúde que têm maior prestígio no trabalho realizado na interação ensino-serviço-comunidade. No entanto, entendemos, que dessa forma, também estaremos avaliando a influência desses sujeitos no fluxo dessa rede, pois ao se estabelecer um contato, ainda que considerado em um só sentido, provoca-se uma reação nos dois sujeitos que interagem.

A medida da Centralidade de Proximidade está baseada na distância entre vértices e foca em quão próximo um ator se encontra dos demais atores na rede. Quanto menor o caminho que ele percorre para alcançar os outros atores da rede, maior a sua independência em relação ao controle de outros atores (MARTELETO, 2007b). Portanto, pode-se afirmar que a centralidade de proximidade está inversamente relacionada à distância entre os vértices de uma rede. Assim, quanto menor for a distância de um vértice para o restante da rede, maior será a sua centralidade de proximidade (FREEMAN, 1978; WASSERMAN; FAUST, 1994).

A ideia é que um ator é central se ele pode interagir rapidamente com os demais. No contexto de uma rede de comunicação, por exemplo, os atores centrais podem ser muito produtivos no compartilhamento de informações com o resto do grupo, pois possuem um caminho de comunicação rápido com os demais. Neste caso, a centralidade está inversamente relacionada com a distância.

Como já explicado para a Centralidade de Grau, os valores considerados para a análise das centralidades de proximidade também foram os da Centralidade de Proximidade de entrada - InClose, do output do *Ucinet*.

Por sua vez, por meio da Centralidade de Intermediação, é possível avaliar as interações entre dois vértices não adjacentes a partir dos vértices que se localizam no caminho entre eles (WASSERMAN; FAUST, 1994). Portanto, um vértice possui uma alta centralidade de intermediação quando o mesmo estiver no caminho entre diversos outros.

Dessa forma, essa centralidade expressa o potencial dos intermediários, enquanto mediadores, para facilitar o fluxo de informação em determinada rede, trazendo em si a marca do poder de controlar as informações que circulam na rede e o trajeto que elas podem percorrer (MARTELETO, 2001; TOMAEL; ALCARÁ; DI CHIARA 2005).

A Centralidade de Informação foi criada por Stephenson e Zelen em 1989 e indica quando um indivíduo, por seu posicionamento na rede, recebe informações provenientes da maior parte de seus pares, tornando-se uma fonte estratégica no sistema.

Seus idealizadores consideram que o fluxo da informação em uma rede pode utilizar qualquer canal disponível, que nem sempre será o mais curto e, portanto, sugerem o uso da centralidade de informação, medida que não considera quem transmite informação a quem, mas a existência ou não de um caminho por onde a informação pode fluir.

Na análise de nossas redes, utilizamos as medidas de centralidades para identificar os atores que contribuem para a efetividade da comunicação e, conseqüentemente, para o processo de construção e difusão de conhecimento na relação entre o ensino e o serviço na Rede PET-Saúde.

Para medida do capital social utilizamos os valores encontrados para as densidades, articulando esses indicadores com os resultados da análise por meio da Hermenêutica-Dialética apresentada no capítulo de análise e discussão dos resultados.

### **Formação e Análise da Rede Mapeada**

Após a coleta dos dados por meio dos questionários, procedemos à organização e ao tratamento dos dados. Em seguida, elaboramos o perfil socioprofissional apresentado na primeira parte do capítulo Resultados.

Para construção das redes a partir das respostas às perguntas dos questionários (APÊNDICE D), seguimos os seguintes passos:

1. Utilizando uma planilha eletrônica de cálculo, construímos uma base de dados formada por 14 tabelas, correspondentes a cada questão do questionário, com as respostas dos participantes da pesquisa. Em cada questão, o sujeito da pesquisa indicou de três a cinco nomes, em ordem de preferência, resultando em pesos para as arestas.

Os pesos foram definidos a partir da ordem de indicação na lista de respostas. Foi atribuído peso 1 para o primeiro indicado e, para os seguintes, os pesos foram determinados pela divisão do peso máximo, 1, pela posição na lista de prioridade de indicação, e.g.: 1/2

(0,50), para o segundo indicado; 1/3 (0,33), para o terceiro; 1/4 (0,25) para o quarto e 1/5 (0,20) para o quinto (e.g. FIGURA 3).

2. Em seguida, para o cálculo das medidas de centralidade, utilizamos o Ucinet, que caracteriza as ligações entre atores por meio de gráficos provenientes de uma matriz e, pela aplicação de algoritmos específicos, possibilita o cálculo de medidas e a configuração das redes.

**Figura 3 – Excerto da planilha construída com as respostas dos questionários, com os pesos atribuídos aos sujeitos indicados.**

A	B	C	D
1	<b>C01</b>		
2	<b>T01</b>	T11	1,00
3	<b>T01</b>	C0A	0,50
4	<b>T01</b>	C02	0,33
5	<b>T01</b>	T07	0,25
6	<b>P01</b>		
7	<b>B01</b>	P04	1,00
8	<b>B01</b>	P03	0,50
9	<b>B01</b>	T01	0,33
10	<b>B02</b>	P01	1,00
11	<b>B02</b>	B01	0,50
12	<b>B02</b>	T01	0,33
13	<b>B02</b>	C01	0,25
14	<b>V01</b>		
15	<b>P02</b>	C01	1,00
16	<b>P02</b>	T01	0,50
17	<b>B03</b>		

Fonte: Elaborada pelos autores.

Para tanto, construímos em um editor de texto, para cada tabela resultante do primeiro passo, um arquivo no formato 'txt' e em seguida, importando-os para o *Ucinet*, fizemos a conversão dos arquivos para o formato '.net' (e. g. FIGURA 4), gerando as respectivas redes.

Os vértices das redes são os componentes do PET-Saúde, as unidades de saúde e as instituições participantes ou parceiras, que foram considerados nessa investigação como de mesma natureza (i. e. rede de 1-modo) e as arestas indicam as relações e o fluxo da informação na rede.



A visualização das redes (FIGURA 5) foi realizada com o *Netdraw* (*Network Visualization Software*), pacote gráfico integrado ao *Ucinet*, e pelo *software* livre *Gephi*<sup>6</sup>, versão 0.8.2.

A análise das redes com a apresentação de suas propriedades e dos índices de centralidade será apresentada no capítulo dos resultados.

**Figura 4 – Excerto do arquivo de texto construído com os dados da rede.**

```
d1 n=567, format = edgelist1
labels embedded |
data:
C01
T01      T11      1,00
T01      C0A      0.5
T01      C02      0.33
P01
B01      C01      1,00
B01      T01      0.5
B01      P04      0.33
P02      C01      1,00
P02      T01      0.5
P02      P04      0.33
B02      P01      1,00
B02      T01      0.5
B02      B01      0.33
V01
P02      T01      1
B03
B04
V02      B01      1,00
V02      B02      0.5
V02      P02      0.33
V02      O3      0.25
V02      T01      0,20
P03      T01      1
B05
B06      P03      1,00
B06      T01      0.5
B06      I7      0.33
B06      B07      0.25
```

Fonte: Elaborada pelos autores.

### 3.6.2 *Análise Hermenêutica-Dialética*

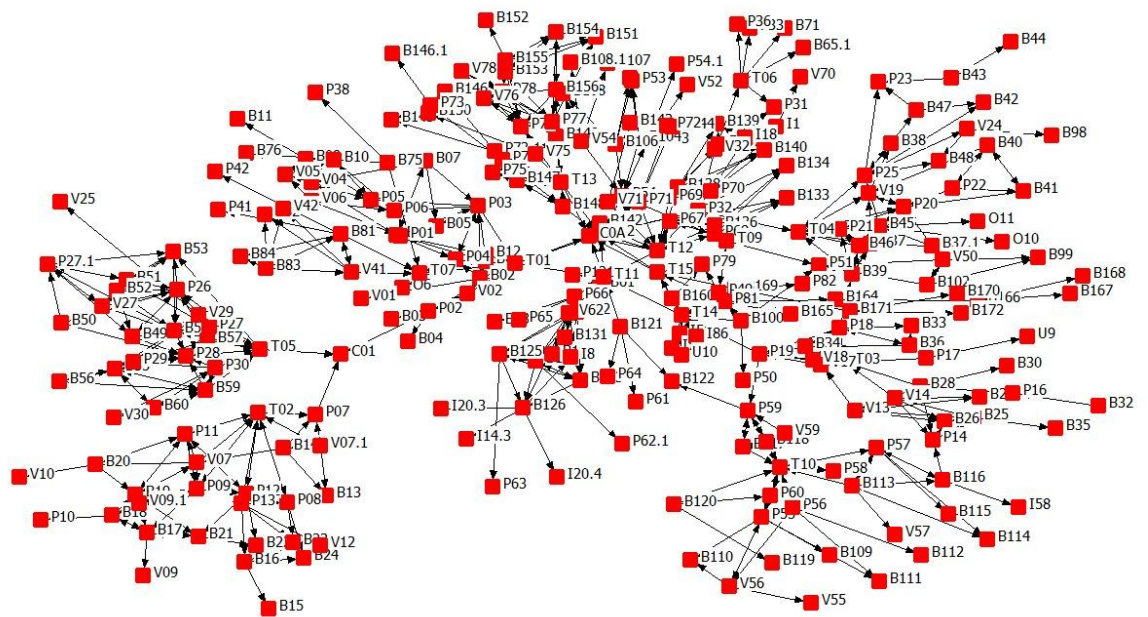
Na análise dos dados qualitativos, fizemos a opção pelo método da Hermenêutica-Dialética, devido à nossa aproximação com essa teoria em estudos realizados anteriormente (RODRIGUES; ASSIS, 2005) e acreditamos que o contexto atual investigado poderia ser deslindado com o auxílio de seus recursos analíticos.

Retomando a discussão da hermenêutica e da dialética na ciência, Gadamer (1999), sem criar dicotomias entre as ciências humanas e as sociais, apresenta a hermenêutica como

<sup>6</sup> *Netdraw* - Software livre, escrito por Steve Borgatti para visualização de dados de redes sociais. Nele as imagens podem ser gravadas em *metalife*, JPG, GIF e *bitmap*. O programa lê arquivos do sistema *UCINET*, arquivos *UCINET DL*, arquivos Pajek, e seu formato próprio VNA (BORGATTI, 2002)

um movimento que se espalha em todos os espaços do conhecimento e inclui toda a experiência científica. Para ele, a hermenêutica origina-se no processo de relação entre os sujeitos em que a compreensão não se restringe a um comportamento subjetivo frente ao objeto dado, mas é um movimento que pertence ao ser daquilo que é compreendido.

**Figura 5 – Maior componente da rede gerada no Ucinet a partir da questão 2A.**



Fonte: Elaborada pelos autores.

Segundo Minayo (2010a), nos estudos com a abordagem hermenêutica, buscamos as diferenças e semelhanças entre os contextos dos atores e o do investigador e exploramos as definições de situação do ator. Devemos considerar o compartilhamento entre o mundo observado e os sujeitos com o mundo da vida do investigador, procurando entender os fatos, os relatos e as observações em um contexto histórico. O investigador julga e toma decisão sobre o que ouve, observa e compartilha, e produz um relato dos fatos em que os diferentes atores se sentem contemplados.

A autora citada ressalta que as subjetividades são sempre fruto das condições do todo e que o todo não pode ser dado antes do individual. Para Gadamer (1999), o conceito de todo é relativo e seus limites podem estar sempre se ampliando, levando a contextos cada vez maiores que afetam a compreensão do individual e conclui dizendo que compreender é mover-se em círculo.

A associação dos elementos da hermenêutica com os da dialética possibilita a compreensão de uma realidade em que sujeitos expressam seus comportamentos a partir de

suas visões e do lugar em que se colocam no mundo. Os sujeitos são atores sociais em ação, analisados pelo olhar do investigador que se fundamenta em sua história de vida, no referencial teórico e nas experiências do campo estudado, e, assim interferem nos resultados encontrados.

A dialética, como a ciência da arte e do diálogo, da pergunta e da controvérsia, busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica sobre eles. O pensamento dialético precisa criar instrumentos de crítica e de apreensão das contradições da linguagem, compreender que a análise dos significados necessita ser colocada no chão das práticas sociais e valorizar os processos na dinâmica das contradições, no interior das quais ocorre a própria oposição entre o avaliador e o avaliado (MINAYO, 2010a).

Dadas estas características situacionais e dinâmicas das informações do viver humano, não há como separar os pesquisadores dos seus objetos de estudo e de seus informantes. Os conceitos, convicções e orientações do pesquisador são importantes e implicam no processo de pesquisa, uma vez que são membros de uma cultura em particular, em um momento histórico específico (MINAYO, 2010a)

Habermas (1987) entende que o mundo se compõe de trabalho, poder e linguagem, e que a linguagem, ao refletir esse mundo, está marcada e limitada pelo caráter ideológico das relações de trabalho e poder.

No intento de captar as marcas da linguagem, na transcrição das gravações, mantemos a informação como foi dada, na forma usada pelo interlocutor, com vícios de linguagem e pausas, mesmo em desacordo com as normas gramaticais oficiais.

Realizamos a análise dos dados durante todo o percurso da pesquisa, na intenção de compreender os aspectos revelados nas entrevistas e no próprio processo da investigação. Continuamos a análise com a leitura e interpretação dos textos gerados pelas entrevistas, conforme os passos a seguir: ordenação, classificação e análise final dos dados.

#### **a) Ordenação dos dados**

Essa etapa tem o objetivo de estabelecer uma identificação do material empírico coletado no campo de estudo. Para tanto, no primeiro contato com o material gravado, realizamos a transcrição fiel e a leitura geral do conjunto das entrevistas, o que nos possibilitou visualizar os núcleos de sentido nos textos. Em seguida, procedemos à organização dos dados em diferentes conjuntos, classificando-os nos Grupos A e B.

Grupo A – Sujeitos do PET-Saúde vinculados à UEFS: Coordenadoras (Ent.1 Grupo A, Ent.4 Grupo A, Ent.5 Grupo A); Tutores (Ent.2 Grupo A, Ent.3 Grupo A); Aluno (Ent.6 Grupo A).

Grupo B – Sujeitos vinculados aos Serviços de Saúde: Preceptor (Ent.8 Grupo B); Profissionais da rede de saúde (Ent.9 Grupo B, Ent.10 Grupo B); Egressa do PET-Saúde (Ent.7 Grupo B).

## **b) Classificação dos dados**

A classificação dos dados possibilita a construção dos dados empíricos a partir dos pressupostos teóricos e da teoria que sustenta a pesquisa.

Após a transcrição das entrevistas, utilizamos o *software Atlas.ti*<sup>7</sup>, como recurso computacional para auxiliar na análise qualitativa dos dados. Esse *software* foi estruturado com base na Teoria Fundamentada em Dados, mas não se restringe a esse método, uma vez que o pesquisador é quem detém o poder da análise, e pode conduzi-la conforme sua escolha epistemológica. Uma de suas vantagens está na possibilidade da obtenção das informações para análise por meio de diversas fontes - entrevistas, grupos focais, observação, áudios, vídeos, entre outros (RODRÍGUEZ; CALDERON, 2014).

Primeiro, importamos os textos para o Projeto PET-Saúde UEFS, criado no *Atlas.ti*, como documentos primários, e, conforme orientação de Minayo (2010a), realizamos a leitura exhaustiva e flutuante dos textos contidos nas entrevistas, para identificar as ideias centrais sobre o objeto de estudo.

Durante essa leitura, destacamos trechos que poderiam ser associados aos núcleos de sentido previamente elaborados, com base em toda problematização do objeto (no *Atlas.ti*, identificados por citas). Os núcleos de sentido caracterizam o sentido das representações das falas ou outras formas de expressão, relacionadas ao objeto de estudo, com direcionamento para sistematizar a análise (ASSIS; JORGE, 2010).

A partir do referencial teórico e do objeto da investigação encontramos no momento da leitura das entrevistas os núcleos de sentido listados na Figura 6, denominados de *codes* no *Atlas.ti*.

---

<sup>7</sup> *Atlas.ti – Qualitative Data Analysis - Scientific Software Development GmbH*. <http://atlasti.com>. No endereço [atlasti.com/free-trial-version/](http://atlasti.com/free-trial-version/) pode-se ter acesso a uma versão livre, que não dispõe de todos os recursos do pacote pago.

**Figura 6 – Núcleos de sentido identificados na leitura dos textos gerados pelas entrevistas.**

Name	Grounded	Density
⊗ Ações desenvolvidas no PETREDES	22	5
⊗ Ações desenvolvidas PET PROSAÚDE	15	1
⊗ Ações desenvolvidas PET VS	1	0
⊗ Ações integradas PROPET PETREdes	10	0
⊗ Ações interdisciplinares	29	1
⊗ Ações transdisciplinares	19	1
⊗ Apoio Institucional	10	0
⊗ Complexidade do Sistema Único de Saúde	26	1
⊗ Construção e Difusão de conhecimento	83	0
⊗ Contexto do PETREDES	13	0
⊗ Desafios	32	1
⊗ Desafios PETREDES	4	0
⊗ Dificuldades	79	0
⊗ Dificultadores do fluxo	12	0
⊗ Disputas políticas no cenário do PET	7	0
⊗ Eixos do PROSAUDE	3	0
⊗ Espaço de Educação permanente	21	0
⊗ Espaço inovador de ensino-aprendizagem	62	0
⊗ Facilitadores do fluxo	32	0
⊗ Financiamento	17	0
⊗ Gestão do PETSaúde	25	0
⊗ histórico	29	0
⊗ Integralidade	29	0

Fonte: Elaborada pelos autores.

O *Atlas.ti* nos fornece um relatório com os núcleos de sentido e o número de vezes que aparecem nas narrativas (FIGURA 7).

Na leitura do texto, ao identificarmos um novo núcleo de sentido, ou uma fala coerente com determinado núcleo já existente, destacávamos o trecho e associávamos ao novo núcleo ou a um núcleo existente, respectivamente. Na Figura 8, podemos visualizar o núcleo de sentido “Ações transdisciplinares” com três dos 18 trechos encontrados nas falas dos entrevistados.

**Figura 7 – Listagem com os Núcleos de Sentidos e o número de citações por entrevistado.**

	P 1: E5	P 2: E1	P 3: E4	P 4: E2	P 6: E1	P 8: E1	TOTALS:
1 CODES-PRIMARY-DOCUMENTS-TABLE							
2 Report created by Super - 18/11/2015 17:59:17							
3 HU: [C:\Users\USUARIO\Documents\Scientific Software\ATLAsTi\TextBank\PET-SaúdeUEFS140815I.hpr7]							
4							
5 Code-Filter: All [40]							
6 PD-Filter: All [10]							
7 Quotation-Filter: All [647]							
8							
9							
10							
11 Ações desenvolvidas PET PROSAÚDE	2	0	1	0	2	0	5
12 Construção e Difusão de conhecimento	11	7	21	17	5	10	71
13 Espaço de Educação permanente	4	3	7	2	0	3	19
14 Espaço inovador de ensino-aprendizagem	9	5	14	3	4	5	40
15 Facilitadores do fluxo	2	3	11	6	1	1	24
16 TOTALS:	28	18	54	28	12	19	159
17							
18							
19							

Fonte: Elaborada pelos autores.

Para dar seguimento à análise, elaboramos dois quadros com os trechos das falas dos sujeitos participantes dos grupos A e B, para todas as unidades de análise, exportando os núcleos de sentido com os dados correspondentes para uma planilha (APÊNDICE H).

Em seguida, dando continuidade ao processo de elaboração do corpus analítico, deslindando os dados da comunicação, fizemos a síntese de todos os trechos recortados, por núcleo de sentido, elaborando o quadro de análise para os Grupos I e II (QUADRO 5).

Após a leitura e identificação e classificação dos trechos nos núcleos de sentido, realizamos a síntese vertical das entrevistas, utilizando o campo para anotações do *Atlas.ti – Memos* (FIGURA 9). Dessa forma, temos uma ideia geral da interpretação dada por cada entrevistado sobre as questões destacadas nos núcleos de sentido. Após a construção dos quadros de análise, realizamos a leitura transversal dos *corpus* de comunicação de cada grupo, confrontando os dados empíricos, a partir da síntese horizontal de cada núcleo de sentido e da síntese vertical de todos os núcleos de cada ator, retomando as questões norteadoras, os objetivos, os pressupostos e as categorias analíticas.

No confronto entre as falas dos sujeitos pesquisados, por meio da síntese horizontal dos núcleos de sentido, identificamos as convergências, as divergências, o diferente e o que é complementar entre as entrevistas.

**Figura 8 – Code “Ações transdisciplinares” com trechos das falas dos entrevistados que se referem ao núcleo de sentido.**

**P 3: E4 - 3:93 [O estudante de medicina perceb..] (23:23) (Super)**  
 Codes: [Ações interdisciplinares - Family: O PET-Saúde como espaço inovador de ensino aprendizagem] [Ações transdisciplinares - Family: O PET-Saúde como espaço inovador de ensino aprendizagem] [Papel do aluno - Family: O papel desempenhado pelos sujeitos que compõem a rede PET-Saúde na construção e/ou difusão do conhecimento] [Qualificação da rede SUS - Family: A interação ensino-serviço e a possibilidade de novas práticas na saúde.]  
 No memos

O estudante de medicina percebe que ele não é o Deus dentro da sala, e aí ele começa também a pegar informações dos alunos de odontologia, dos alunos de enfermagem, a questão da psicologia, biologia... é... os alunos na verdade estão frescos para isso, a ... a... mente está muito aberta e a gente percebe que eles estão valorizando isso e eles como eu falei da possibilidade de J. ... Ele já está saindo trabalhando isso.

**P 4: E2 - 4:51 [A receptividade com relação ao..] (23:23) (Super)**  
 Codes: [Ações transdisciplinares - Family: O PET-Saúde como espaço inovador de ensino aprendizagem] [Construção e Difusão de conhecimento - Family: O PET-Saúde como espaço inovador de ensino aprendizagem] [Espaço inovador de ensino-aprendizagem - Family: O PET-Saúde como espaço inovador de ensino aprendizagem]  
 No memos

A receptividade com relação aos nossos alunos foi impactante, porque tirou-se da cabeça que lugar de dentista é somente no consultório odontológico, trancadinho lá, esperando pra fazer profilaxia. Então hoje eu tenho estudante de odontologia que anda na unidade de

Fonte: Elaborada pelos autores.

**Figura 9 – Excerto da Síntese Vertical da E.1, realizada com o auxílio do Atlas.ti.**

Name	Type	Grou...	De...	Size	Author	Created	Modified	PDs	Families
E 1 - Síntese V...	Com...	0	0	40...	Super	20/07/2...	18/11/2...	-	
E. 7 Síntese Verti...	Com...	0	0	7644	Super	24/07/20...	24/07/20...	-	

**Trabalha no U3 e participou da elaboração da proposta do Projeto Urgência e Emergência no PROPET, que tinha por objetivo implantar o acolhimento classificação de risco na unidade - U3 e fazer uma interface com a U2. Depois foi convidada para coordenar o PETREDES, cuja proposta era de fortalecer o acolhimento na rede de atenção à saúde de Feira de Santana. A proposta aprovada possui cinco grupos. Dificuldades encontradas: Redução do número de equipes do PROPET, com cortes no número de tutores, preceptores e bolsistas; articular os horários dos preceptores, principalmente da área hospitalar e dos alunos dos diversos cursos. O contexto às vezes é favorável, às vezes não. Vê o contexto como desfavorável para implantação do acolhimento com classificação de risco pela alta rotatividade dos trabalhadores. Avança e tem que recuar. O projeto urgência e emergência tem bem definidas as ações a serem desenvolvidas. Cinco subprojetos de pesquisa, artigos encaminhados para revistas importantes. Trabalhos apresentados em congressos. Existe a conexão do ensino, com a pesquisa e a extensão. No PETREDES é um desafio maior pelo tamanho do projeto, mas já observa as práticas de acolhimento acontecendo em cada uma dessas redes. Ressalta que existe um número grande de demandas que dificulta o trabalho. O trabalho dos preceptores, alunos e tutores do PETREDES busca desenvolver atividades educativas, estabelecer protocolos, realizar oficinas,**

Fonte: Elaborada pelos autores.

**Quadro 5 – Excerto do Quadro de análise com os núcleos de sentido dos sujeitos E1 a E5, PET-Saúde-UEFS, Feira de Santana, 2014.**

ENTREVISTADO NÚCLEOS DE SENTIDO	E.1	E.2	E.3	E.4	E.5	SÍNTESE HORIZONTAL
	Construção e Difusão de conhecimento	[...] quando eu sai da tutoria do PET Urgência e emergência nós deixamos cinco subprojetos de pesquisa. [...] já com	Eu percebi que tinha uma montanha a ser transposta, porque tinha um coordenador de colegiado da área de botânica e um	Essa experiência toda foi muito positiva, tanto para a universidade como para o	Mas a gente viu a importância disso quando a gente se refere ao curso de odo, de biologia, que	[...] no próprio PET, como o PET, ele foi estruturado em várias redes temáticas, ele também tem a
Espaço de Educação permanente	[...]buscando desenvolver esse trabalhos, buscando desenvolver atividades	uma aproximação dos servidores da prefeitura, da secretaria municipal de	uma aproximação mesmo dos estudantes, dos	A gente agora ... ele já tem essa visão. Então, já não	[...] CIES - é preciso ocupar esses espaços que são de	
Espaço inovador de ensino-aprendizagem	foi um aprender fazendo mesmo, nós fomos fazendo e aprendendo e aí melhorando as nossas	A receptividade com relação aos nossos alunos foi impactante, porque tirou-se da cabeça que	Essa experiência toda foi muito positiva, tanto para a universidade	Integração da academia com o serviço, da academia com a comunidade,	[...] durante todo o processo formativo, vivenciando o SUS em toda sua cadeia de	
Papel do aluno		[...] aplaudindo os alunos que estão no PET, os alunos que estão na área de saúde, os alunos que	Os alunos já desenvolvem algumas práticas porque eles foram	[...] os alunos transformam muita coisa é muito bom.		
Papel do preceptor	[...] os preceptores hoje buscam mais a qualificação, através da inserção deles em mestrado , seja no mestrado profissional, seja	Então, o indivíduo se viu pelo menos que ler alguma coisa, pelo menos participar desse cursos que	Os preceptores fazem parte da equipe executora dos projetos. o preceptor ficou	Então, a gente vê trabalhos sendo bem desenvolvidos. A maioria desses preceptores, eles têm		
Papel do tutor	[...] quando era funcionária do U3 e professora aqui da universidade nós fazíamos uma interface bem	Então nós fizemos um trabalho assim de corpo a corpo com algumas turmas que eu ministrava aula e	E no caso o tutor como coorientador. Eu fico como coorientador. Nos	[...] os tutores... Os tutores levam material novo, e aí como criam esse		
SÍNTESE VERTICAL						

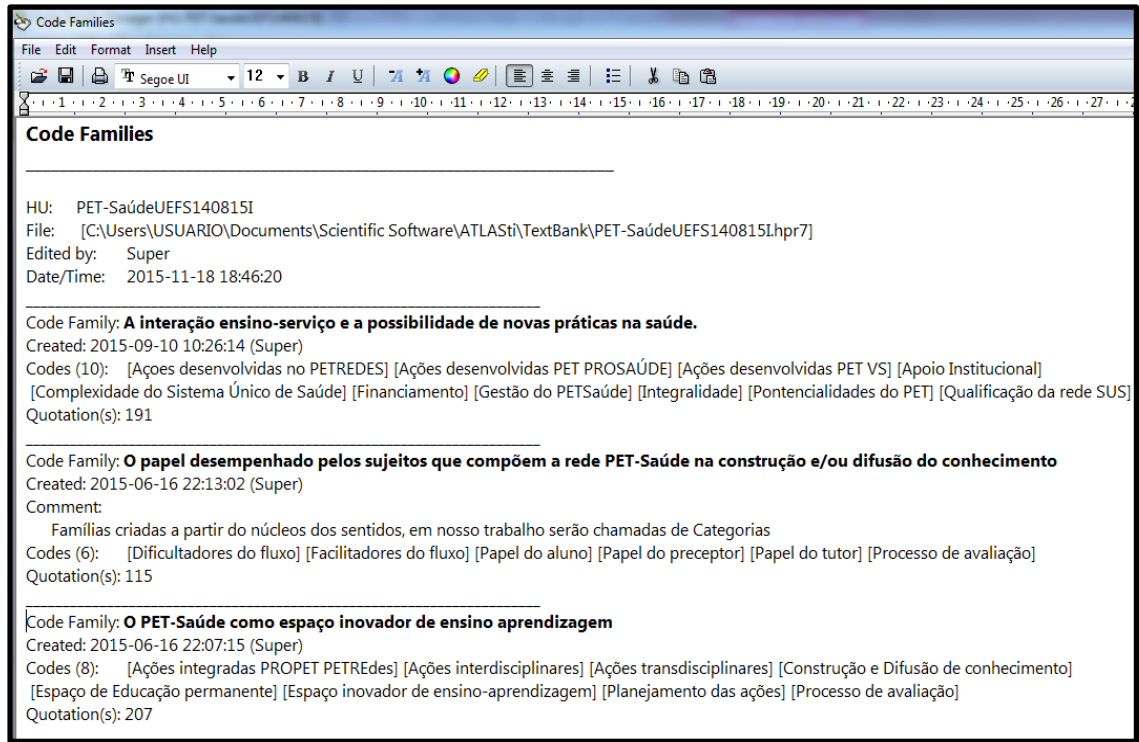
Fonte: Elaborado pelos autores.

Em um movimento de confronto entre as diferentes representações específicas e singulares, num processo de refinamento e aprofundamento classificatório, realizamos a filtragem dos temas mais relevantes relacionados ao objeto e agrupamos os núcleos de sentido e seus textos, em três categorias analíticas definidas a priori: Categoria 1: O PET-Saúde como espaço inovador de ensino aprendizagem; Categoria 2: O papel desempenhado pelos sujeitos que compõem a rede PET-Saúde na construção e/ou difusão do conhecimento e Categoria 3: A interação ensino-serviço e a possibilidade de novas práticas na saúde (FIGURA 10 e FIGURA 11).

No *software Atlas.ti*, desenvolvido em inglês, as categorias foram agrupadas nas “*Families*”. Realizamos uma nova leitura do corpus resultante e identificamos núcleos de sentido que não ficaram muito adequados às categorias, reclassificando-os.

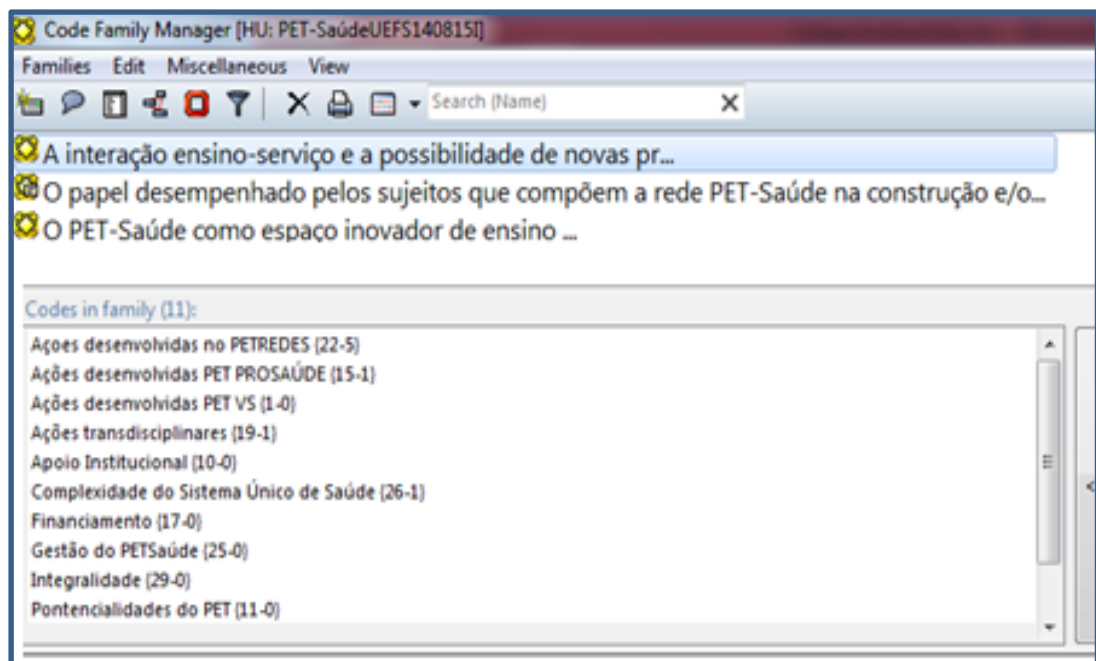


Figura 10 – Relação das categorias analíticas com o número de citações



Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 11 - Categorias Empíricas e os núcleos de sentido visualizados por meio do Atlas.ti



Fonte: Elaborada pelos autores.

### **Análise final dos dados**

Na análise final dos dados, além das técnicas, utilizamos a contribuição dos autores do referencial teórico, bem como nossas experiências enquanto sujeitos do mundo e da pesquisa em busca do conhecimento, permitindo uma reelaboração teórica com a construção das categorias empíricas, que se expressam nas informações obtidas a partir do trabalho de campo por meio das entrevistas, que têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica. Essa interação entre a realidade desvelada e as nossas impressões favoreceu a produção de resultados e considerações que outros métodos de análise qualitativos não possibilitariam.

Os procedimentos até aqui realizados, orientados pela Análise Hermenêutica-Dialética resultaram na elaboração do *corpus* analítico (APÊNDICE J), inicialmente classificado em três categorias empíricas: CATEGORIA 1: O PET-Saúde como um espaço de potência para práticas de ensino-aprendizagem mais alinhadas com a transformação de sujeito implicados com a realidade; CATEGORIA 2: Importância do PET-Saúde para a qualificação do sistema único de saúde: possibilidade de práticas não centradas no profissional, não apenas biocentradas e CATEGORIA 3: Construção e difusão de conhecimentos e a qualificação dos serviços de saúde do SUS local e estadual.

No entanto, após uma nova leitura das informações categorizadas, por um processo de refinamento analítico, entendemos que as informações agrupadas nas categorias 1 e 3 se complementavam e assim, procedemos a um novo agrupamento do *corpus* produzido, que resultou nas seções apresentadas no subtítulo Resultado da Análise Hermenêutico-Dialética: “O Pet-Saúde como um espaço de potência para construção e difusão de conhecimento: a efetividade de práticas de ensino-aprendizagem mais alinhadas com a transformação de sujeito implicados com a realidade” e “Importância do Pet-Saúde para a qualificação do SUS: a possibilidade de práticas não centradas no profissional, não apenas biocentradas”.

### **3.7 Método para Análise Final dos Dados**

Para análise final dos dados qualitativos e quantitativos, utilizamos a triangulação de métodos, que não se caracteriza por um método em si, mas por uma estratégia de pesquisa com fundamentos interdisciplinares, que se apoia em métodos científicos testados e consagrados (MINAYO, 2005) e tem por finalidade produzir um informe único, que reflita o

intercâmbio de teorias e métodos em favor do esclarecimento e do aprofundamento dos vários aspectos da realidade e superar as limitações de um método único, dando-lhes igual relevância.

Na triangulação de métodos distinguem-se dois subtipos, a triangulação dentro do método e triangulação entre métodos. Optamos por triangular métodos da ARS e Hermenêutico-Dialética visando enriquecer e complementar ainda mais o conhecimento sobre o objeto e superar os potenciais epistemológicos do método individual (FLICK, 2009).

Essa técnica envolve todos os momentos da pesquisa e foi realizada por etapas, que se iniciaram com a formulação do objeto de estudo, a escolha do referencial teórico e das fontes de informação que orientaram a investigação.

O uso dessa dinâmica de investigação não se deu apenas no momento da Análise Final dos resultados, mas desde o início do estudo, na escolha do referencial teórico - triangulamos epistemologias e teorias, na definição das fontes de informação, dos sujeitos de diferentes grupos sociais, na coleta e análise das informações, nos métodos e técnicas de abordagens qualitativas e quantitativas. Os métodos não são estratégias passivas, pois produzem, revelam e permitem a exibição de diferentes tipos de identidades de maneiras diversas (DENZIN; LINCOLN et al., 2006). A triangulação propicia maior clareza teórica e permite aprofundar uma discussão interdisciplinar de forma interativa e intersubjetiva.

Na triangulação dos métodos, ressalta-se a importância do processo reflexivo, cujo ponto crucial é apontar ser possível exercer uma superação dialética sobre o objetivismo puro, em função da riqueza de conhecimento que pode ser agregada com a valorização do significado e da intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais. A postura dialética leva a compreender que dados subjetivos (significados, intencionalidade, interação, participação) e dados objetivos (indicadores, distribuição de frequência e outros) e dados objetivos são inseparáveis e interdependentes.

No processo de triangulação dos métodos aqui apresentado, iniciamos a análise e discussão dos resultados, a partir da ARS, pois tomamos como ponto de partida os resultados quantitativos. Essa escolha se justifica pela possibilidade de, por meio das informações obtidas na análise das redes, identificarmos questões consideradas importantes no processo de construção de conhecimento que podem ser mais aprofundadas por uma análise qualitativa.

A análise quantitativa articulada com a Hermenêutica-Dialética e transversalizada pelo referencial teórico e subjetividade dos investigadores, levou-nos a elaboração de um “Modelo para Análise do Fluxo de Informação e da Construção e/ou Difusão de Conhecimento em Redes na Saúde”, apresentado na Seção 4.1, do Capítulo Resultados, cuja experimentação

nessa investigação mostrou viabilidade para compreensão das relações estabelecidas na rede PET-Saúde, dos fluxos de informação gerados nessas relações, bem como do potencial da rede para a construção e difusão de conhecimento.

Ainda no Capítulo 4 Resultados, a seguir, apresentamos o Perfil Socioprofissional dos componentes do PET-Saúde e os resultados obtidos por meio da Análise de Redes e da Hermenêutica-Dialética, sob a perspectiva da triangulação de métodos.

## **4 RESULTADOS**

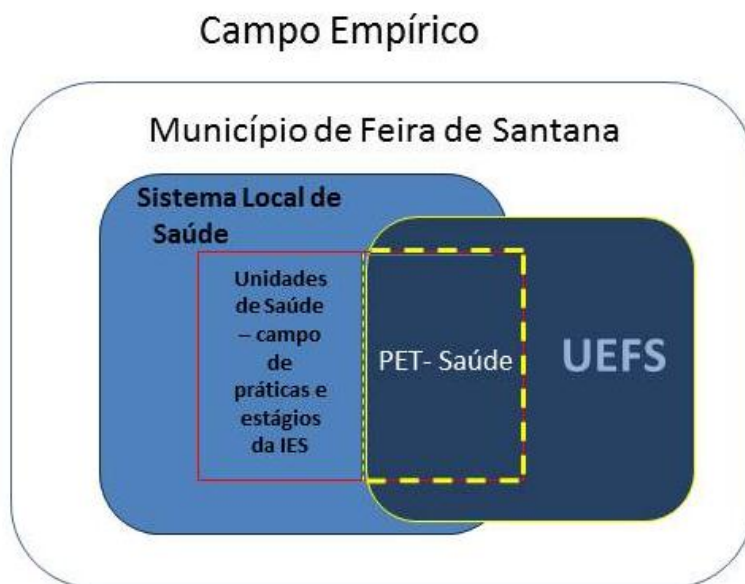
### **4.1 Modelo para Análise do Fluxo de Informação e da Construção e/ou Difusão de Conhecimento em Redes na Saúde**

Nesta seção apresentamos a sistematização do modelo para Análise do fluxo de informação e da construção e/ou difusão de conhecimento, desenvolvido e utilizado para realização dessa investigação sem a pretensão de apresentá-lo como um modelo acabado e completo. Ao contrário, o desenho resultante de um processo dialético de pesquisa, que considera a importância do contexto e da subjetividade para a compreensão das relações estabelecidas em uma rede que integra os espaços de formação e do trabalho na saúde, construído a partir do olhar dos pesquisadores, constituído por suas vivências e crenças, como uma criação cultural, está aberto a outras elaborações por aqueles que venham a adotá-lo como referência para seus estudos.

Estamos inseridos no DMMDC, cuja proposta é formar Analistas Cognitivos, ancorados na “Análise Cognitiva”, enquanto epistemologia e método, que orienta a elaboração de processos de modelagem do conhecimento, concretizada por uma diversidade de modelos, matemáticos, qualitativos, por análises de textos, de redes sociais, entre outros (MICHINEL, 2010) o que nos possibilitou a construção de uma metodologia de trabalho analítico para compreensão de um problema, que pode potencializar os sujeitos envolvidos a resolvê-lo.

Nosso contexto é dado pela Relação entre Ensino e Saúde e seus espaços de práticas e de educação permanente, quer sejam nas instituições de ensino ou nos próprios serviços, com toda complexidade inerente aos humanos e às relações que estabelecem para resolver problemas comuns. Entendemos, a partir da leitura de (HABERMAS apud AFONSO, 2013), que o contexto (FIGURA 12) é parte fundamental e constitutiva em um estudo de sistematização de programas complexos na abordagem da avaliação e que nele se manifesta a construção social da realidade resultante dos sucessivos eventos históricos, políticos e econômicos, que provocam interações nos diferentes níveis das relações entre os atores sociais.

**Figura 12 – Campo empírico de aplicação do modelo**



Fonte: Elaborada pelos autores

O modelo possui três níveis, denominados de meta-nível, meso-nível e micro-nível (LOPES, 2014), constituídos por concepções, processos e resultados, que não se apresentam como fases isoladas, mas como momentos que se imbricam e podem sofrer alterações por mudanças dadas em um nível superior ou inferior.

Os momentos do modelo – Meta-nível, Meso-nível e Micro-nível (FIGURA 13), iniciam e terminam de acordo com nossa compreensão, referenciada na teoria e nos métodos que orientam a investigação. Como a realidade muda constantemente, é preciso que o planejamento seja a mediação entre o conhecimento e a práxis, sendo assim continuamente construído.

Várias etapas do processo de elaboração e aplicação do modelo estão detalhadas no Capítulo Desenvolvimento do Modelo de Análise. Assim, faremos referência aos textos, sempre que for necessário para melhor entendimento da constituição do estudo.

A observação do objeto da análise, do contexto, das relações e do problema a ser deslindado, levou-nos a adoção de uma base epistemológica para definição do aporte teórico-metodológico, fio condutor fundamental da investigação, que possibilitou nossa compreensão das estruturas e relações no processo de comunicação e construção e/ou difusão de conhecimento na rede PET-Saúde. Esse ponto de partida, por meio da abstração do problema, ajudou-nos a definir os pontos importantes em nosso desenho metodológico.

A dimensão epistemológica e os pressupostos filosóficos que orientam o processo de aprendizagem do pesquisador no desenvolvimento da pesquisa, tanto nas pesquisas

qualitativas quanto quantitativas, relacionam-se ao conhecimento e como ele, podem ser obtidos, desde a concepção do objeto até a análise final dos resultados.

Pelas características da estrutura e das relações no espaço de interação saúde e educação, e, por nossa vivência enquanto pesquisadores, optamos por compreender o fluxo de informação e a construção e/ou difusão do conhecimento na rede PET-Saúde, fundamentados, primeiro pela epistemologia que orienta o Movimento da Reforma Sanitária, concepções que transversalizam todo o estudo (PAIM, 2008; ALMEIDA FILHO, 1997; CAMPOS; CAMPOS, 2006) na Teoria de Redes (WATTS; STROGATZ, 1998; ALBERT; BARABASI, 2002) com ênfase na Análise de Redes Sociais (FREEMAN, 1978; WASERMAN; FAUST, 1994; STEPHENSON; ZELEN, 1989; MARTELETO, 2001) nos princípios da Hermenêutica-Dialética (GADAMER, 1999; HABERMAS, 1986; MINAYO, 2010a, 2010b) e nos espaços multirreferenciais de aprendizagem (FAGUNDES; FRÓES BURNHAM, 2004) como orientadores para análise da relação entre o ensino e o serviço na saúde.

Definidos os fundamentos epistemológicos para compreensão do problema e a base teórico-metodológica do estudo, influenciados pelas concepções dos pesquisadores sobre o problema, passamos a uma busca pela literatura científica que nos ajudasse a construir nossas categorias analíticas e as metodologias mais apropriadas ao problema a ser desvelado.

O capítulo 2 - Referencial Teórico compõe o Meso-nível, mas os autores citados em outras seções e outros lidos e não citados também se constituem no aporte para condução da investigação. Não podemos pensar o modelo como algo rígido que não permita ser manipulado, repensado e ajustado aos interesses dos sujeitos implicados com a pesquisa.

Por entendermos ser a relação entre o ensino e o serviço na saúde um problema que envolve questões estruturais que influenciam o processo da micropolítica, e por ele são influenciadas, optamos por realizar um estudo misto, considerando o uso de abordagens metodológicas quantitativa e qualitativa - Análise de Redes Sociais e Hermenêutica-dialética. Nesse momento do modelo, no Meso-nível, estamos construindo a interface, os instrumentos mediadores entre os fundamentos epistemológicos e o desenvolvimento da análise do objeto de pesquisa (FIGURA 13).

Guiados pelo olhar sobre o problema a ser deslindado; orientados pelas abordagens teórico-metodológicas, definimos o campo de estudo e os sujeitos da pesquisa (Seções 3.2 e 3.3 do Desenvolvimento do Modelo de Análise). Este processo, articulado com as proposições do Meta-nível, levou-nos a uma representação do contexto em estudo: A Rede do PET-Saúde na UEFS.

No passo seguinte, que constitui o Micro Nível (FIGURA14, FIGURA 15), definimos o caminho adotado no campo da pesquisa, a elaboração e aplicação dos instrumentos para coleta dos dados, a coleta (Seções 3.4 e 3.5), e os meios para análise e interpretação dos resultados, conforme descrito minuciosamente nas seções 3.6 e 3.7 da Desenvolvimento do Modelo de Análise.

Figura 13 – Estrutura geral do Modelo para Análise do fluxo de informação e da construção e/ou difusão de conhecimento em redes na saúde

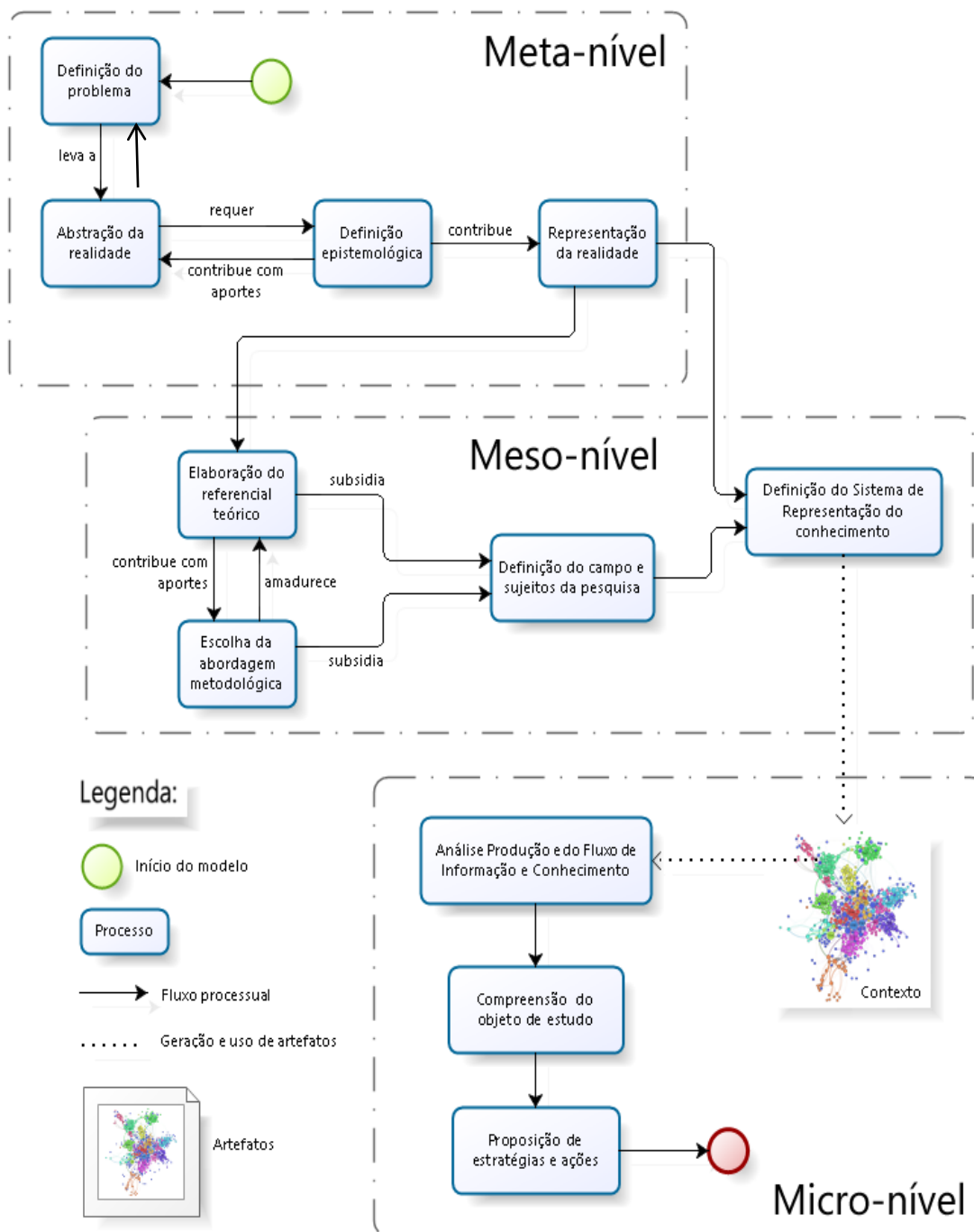
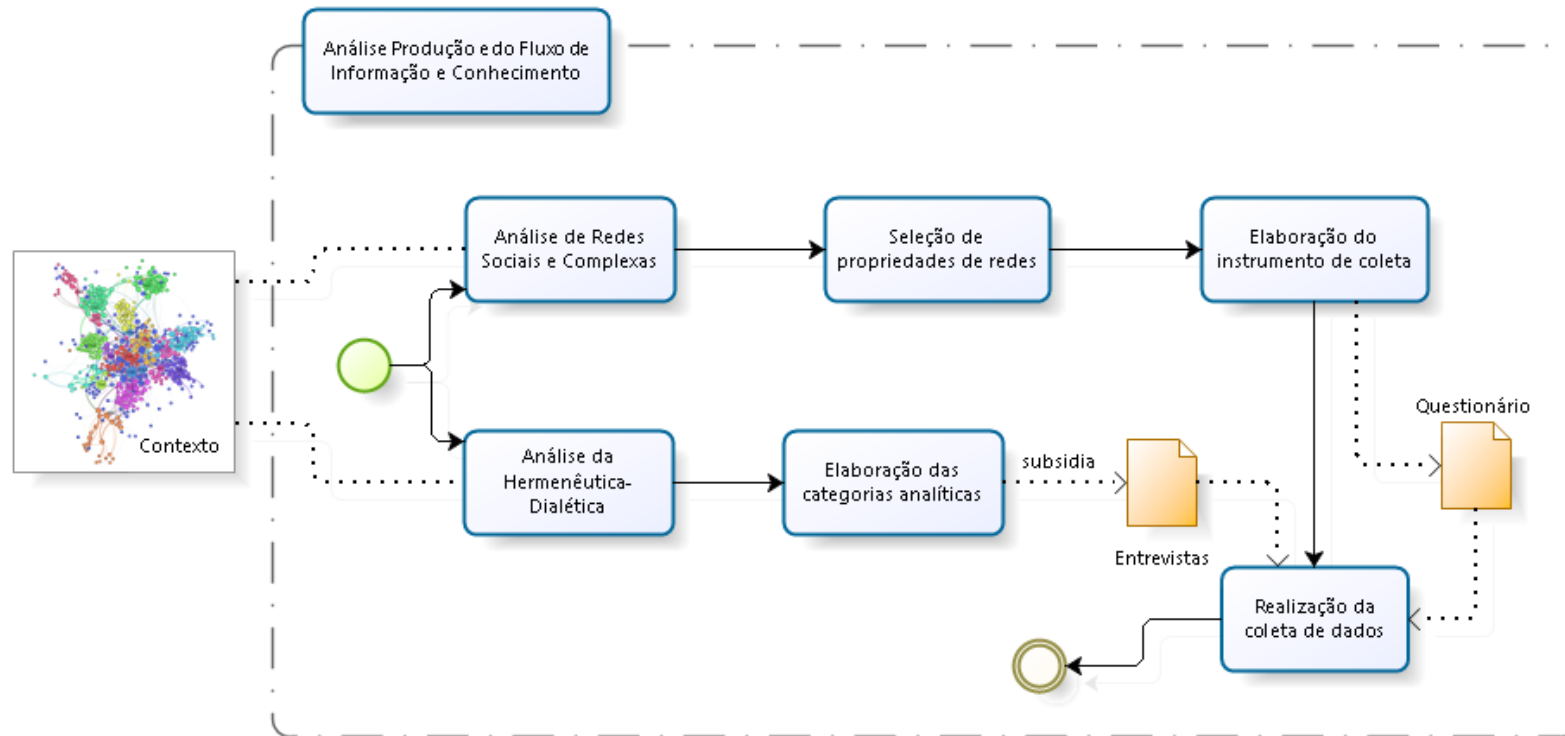
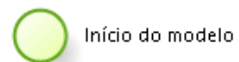




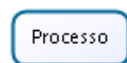
Figura 14 - Micro-nível do Modelo para Análise do fluxo de informação e da construção e/ou difusão de conhecimento em redes na saúde, até a realização da coleta de dados



### Legenda:



Início do modelo



Processo



Fluxo processual



Geração e uso de artefatos



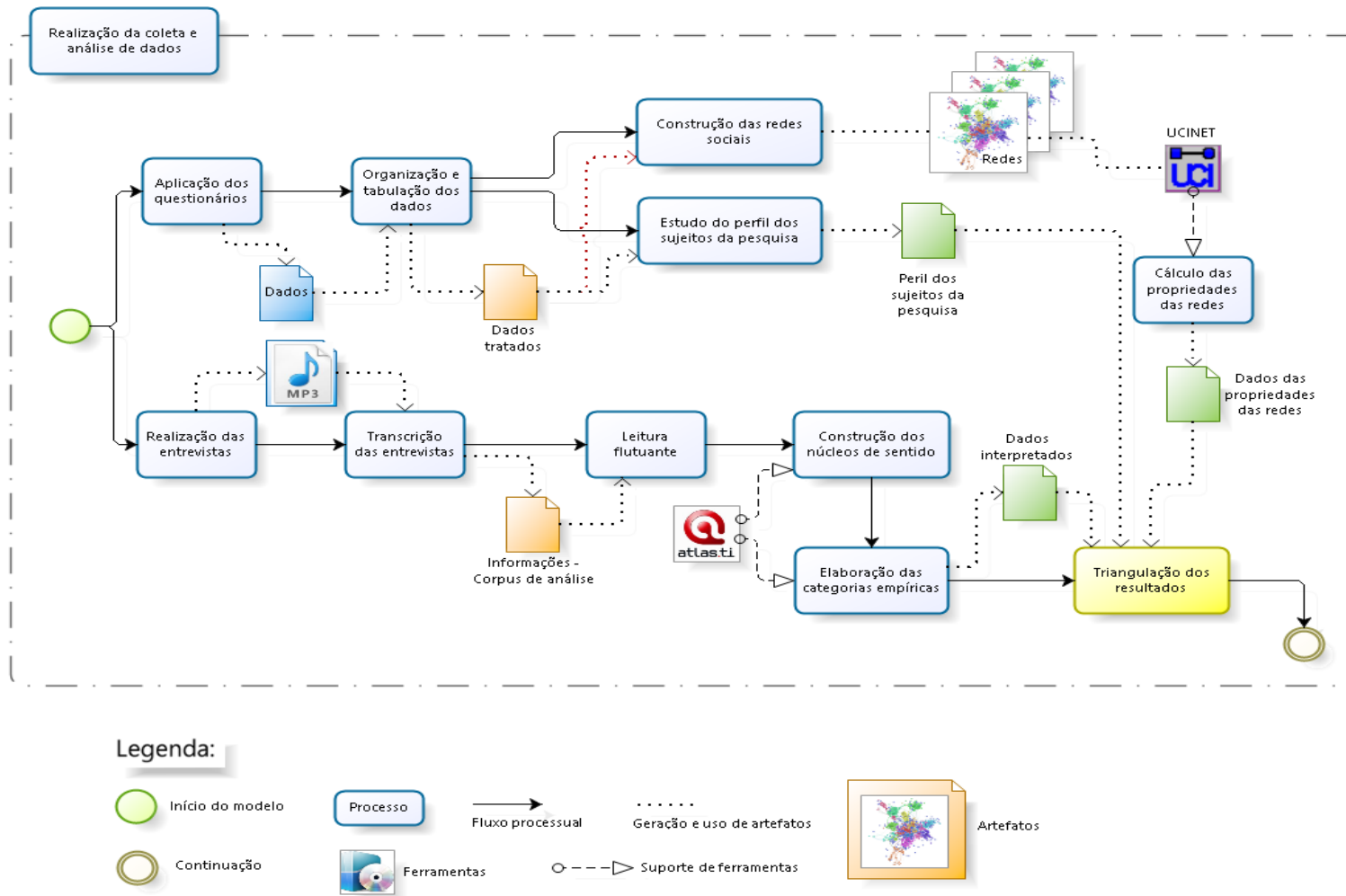
Artefatos



Continuação

Fonte: Elaborada pelos autores

**Figura 15 – Micro-nível do Modelo para Análise do fluxo de informação e da construção/difusão de conhecimento em redes na saúde, da realização da coleta à triangulação dos métodos.**



Fonte: Elaborada pelos autores

## 4.2 Perfil Socioprofissional dos componentes do Pet-Saúde

O PET-Saúde UEFS, constituído pelo PETRedes, PROPET e PET-VS, possui três coordenadoras, 15 tutores, 89 preceptores, 173 alunos bolsistas e 85 alunos voluntários.

O projeto PETRedes é formado por cinco grupos tutoriais – cinco tutores, 29 preceptores, 57 bolsistas e 25 voluntários. Destes, responderam ao questionário (APÊNDICE D): os cinco tutores, 25 preceptores, 40 alunos bolsistas e 15 alunos voluntários (TABELA 1).

**Tabela 1– Distribuição de tutores, preceptores e bolsistas do PETRedes – UEFS, Feira de Santana – Bahia, 2014.**

<b>Componentes</b>	<b>N</b>	<b>Participantes*</b>	<b>Participantes %</b>
Tutores	5	5	100,00
Preceptores	29	25	86,21
Bolsistas	57	40	70,18
Voluntários	25	15	60,00
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>85</b>	<b>73,28</b>

\*Respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas.

Fonte: Elaborada pelos autores

Entre os preceptores, alunos bolsistas e alunos voluntários do PROPET, a proporção de respondentes ficou abaixo de 50% (TABELA 2), e entre os alunos bolsistas e preceptores do PET-VS, abaixo de 30% (TABELA 3), sendo que, deste último, nenhum dos voluntários participou. Destacamos ainda que, em um dos grupos tutoriais do PROPET, participaram apenas bolsistas e voluntários.

**Tabela 2 – Distribuição de tutores, preceptores e bolsistas do PROPET – UEFS, Feira de Santana – Bahia, 2014.**

<b>Componentes</b>	<b>N</b>	<b>Participantes*</b>	<b>Participantes %</b>
Tutores	5	7	87,50
Preceptores	53	25	47,17
Bolsistas	96	45	46,88
Voluntários	48	15	31,25
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>92</b>	<b>44,88</b>

\*Respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas.

Fonte: Elaborada pelos autores

**Tabela 3 – Distribuição de tutores, preceptores e bolsistas do PET-VS – UEFS, Feira de Santana – Bahia, 2014.**

<b>Componentes</b>	<b>N</b>	<b>Participantes*</b>	<b>Participantes %</b>
Tutores	2	2	100,00
Preceptores	4	1	25,00
Bolsistas	17	4	23,53
Voluntários	7	0	0,00
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>7</b>	<b>44,88</b>

\*Respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas.

Fonte: Elaborada pelos autores

Considerando os três componentes do programa, PROPET, PETRedes e PET-VS, participaram do estudo: 14, dos 15 tutores; 51, dos 89 preceptores; 89, alunos bolsistas dos 173 e 30, dos 85 alunos voluntários, totalizando 184 atores. Faz-se importante registrar que vários dos voluntários que constam nas listagens dos componentes do PET-Saúde já não se encontravam mais atuando no programa.

Para uma melhor compreensão do objeto estudado, daremos início à apresentação dos resultados, analisando o perfil dos sujeitos que participaram da pesquisa, conforme os dados coletados na primeira parte do questionário. Essas informações permitem visualizar as características predominantes dos grupos que constituem o PET-Saúde em Feira de Santana quanto ao perfil socioprofissional dos seus integrantes, o tempo de permanência no programa e o número de unidades em que cada um atuou.

Iniciaremos a apresentação dos dados socioprofissionais com a caracterização do perfil das coordenadoras dos projetos, C0A, C01 e C02.

As três profissionais têm graduação em Enfermagem e são docentes do curso de Enfermagem da UEFS. Possuem média de idade de 48 anos.

A coordenadora adjunta do PROPET (C0A) é mestre em Saúde Coletiva, com experiência em Participação Social, e exerce função na Pró-reitoria de Graduação da UEFS. A coordenadora do PETRedes (C01) possui mestrado e doutorado em Enfermagem, tem experiência técnica nas áreas de gestão, avaliação e planejamento no SUS, e trabalhou em hospital estadual em Feira de Santana, onde desenvolveu atividades no Núcleo de Educação Permanente. Por sua vez, a coordenadora do PROPET (C02) é mestre em Enfermagem, com experiência técnica nas áreas de Saúde Coletiva, Nefrologia, Unidade de Terapia Intensiva e Emergência, além de trabalhar na Pró-reitoria de Graduação. Quanto ao tempo de

permanência no PET-Saúde, as coordenadoras do PROPET estão desde a implantação do programa, há cinco anos, e a C01, a coordenadora do PETRedes há dois anos.

#### 4.2.1 Sexo e Idade

A composição do PET-Saúde, quanto ao sexo, reflete a realidade brasileira na qual as mulheres já são maioria nos cursos universitários. Nos três grupos estudados, a presença do sexo feminino corresponde a mais de 70% dos componentes, com destaque para os alunos voluntários, cujas mulheres representam 90% da equipe (TABELA 4). A maior proporção feminina entre os preceptores (76%) está de acordo com resultado de estudo publicado por Gomes, Araújo e Santos (2011), realizado entre profissionais de saúde de Feira de Santana, que encontraram 78,9% de mulheres entre os trabalhadores da rede local.

**Tabela 4 – Distribuição, por sexo, de tutores, preceptores e bolsistas do PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**

	<b>Sexo</b>	<b>N*</b>	<b>%</b>
<b>Tutores</b>	Feminino	11	79,00
	Masculino	3	21,00
<b>Preceptores</b>	Feminino	38	75,00
	Masculino	13	25,00
<b>Bolsistas</b>	Feminino	68	76,00
	Masculino	21	24,00
<b>Voluntários</b>	Feminino	27	90,00
	Masculino	3	10,00
<b>Total</b>		184	

\*Respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas.

Fonte: Elaborada pelos autores

Os alunos bolsistas e voluntários participantes do estudo têm média de 23 e 21 anos, respectivamente, com 72 % dos voluntários com idade de até 21 anos. Entre os bolsistas, 56% têm entre 22 e 25 anos e 26% entre 18 e 21 anos, distribuídos conforme a Tabela 5. Esses dados mostram que os alunos voluntários são mais novos que os alunos bolsistas, o que pode ser explicado pelo fato da maioria daqueles estar nos semestres iniciais dos cursos.

Os discentes do PET-Saúde UEFS são mais novos do que a média nacional dos alunos matriculados nos cursos presenciais das universidades brasileiras, a qual é de 26 anos (PINTO et al., 2013).

A distribuição por sexo dos discentes (83% feminino) supera a média nacional da participação da mulher nos cursos universitários, que é de aproximadamente 57%, e se aproxima do número divulgado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) para o curso de enfermagem (MEC-INEP, 2012; PINTO et al., 2013; GUEDES, 2008).

A forte representação feminina entre os preceptores e a faixa etária desse grupo – que variou de 26 a 62 anos, com 57% possuindo de 31 a 40 anos (TABELA 4, TABELA 5) – coadunam com o estudo de Barbosa e outros autores (2012), que realizaram pesquisa entre os trabalhadores das Equipes de Saúde da Família de Feira de Santana no ano de 2012 e chegaram aos seguintes dados: a idade média dos participantes era de  $38,4 \pm 13$ , sendo que 76,3% pertenciam ao sexo feminino.

Os diferentes componentes do PET-Saúde têm faixas etárias que se distanciam, principalmente entre os estudantes e os profissionais (preceptores e tutores), por isso optamos por diferenciá-las na apresentação dos dados.

**Tabela 5 – Distribuição, por faixa etária, de tutores, preceptores e bolsistas do PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**

	Faixa Etária	N*	%
<b>Tutores</b>	31-42	14	35,00
	43-54		42,00
	55-58		21,00
<b>Preceptores</b>	26-40	49	63,00
	41-55		32,00
	56-65		4,00
<b>Bolsistas</b>	18-21	88	26,00
	22-29		71,00
	30-35		3,00
<b>Voluntários</b>	18-21	29	72,00
	22-29		25,00
	30-35		3,00

\*Respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas.

Fonte: Elaborada pelos autores

A maioria dos tutores participantes da investigação é do sexo feminino, com idade entre 31 e 58 anos, e média de 46 anos (TABELA 4, TABELA 5). Ademais, a faixa etária de 39 a 50 anos concentra 42% do grupo.

#### 4.2.2 Graduação e Perfil Profissional

O curso com maior número de alunos bolsistas participantes do PETRedes é o de Enfermagem, seguido pelo curso de Medicina, o que também ocorre entre os voluntários deste projeto (TABELA 6, TABELA 7).

**Tabela 6 – Distribuição, por curso, dos bolsistas do PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**

	<b>PETRedes</b>	<b>PROPET</b>	<b>PET-VS</b>	<b>N*</b>	<b>%</b>
<b>Ciências Biológicas</b>	1	3	1	4	5,62
<b>Educação Física</b>	3	3	0	6	6,74
<b>Enfermagem</b>	17	16	1	34	38,20
<b>Ciências Farmacêuticas</b>	2	4	0	6	6,74
<b>Medicina</b>	6	14	1	21	23,60
<b>Odontologia</b>	4	5	1	10	11,24
<b>Psicologia</b>	7	0	0	7	7,87
<b>Total</b>				89	100,00

\* Respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas.

Fonte: Elaborada pelos autores

**Tabela 7 – Distribuição, por curso, dos voluntários do PET- Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**

	<b>PETRedes</b>	<b>PROPET</b>	<b>PET-VS</b>	<b>N*</b>	<b>%</b>
<b>Ciências Biológicas</b>	0	1	0	1	3,30
<b>Educação Física</b>	0	1	0	1	3,30
<b>Enfermagem</b>	8	6	0	14	46,70
<b>Ciências Farmacêuticas</b>	0	1	0	1	3,30
<b>Medicina</b>	4	1	0	5	16,70
<b>Odontologia</b>	0	4	0	4	13,30
<b>Psicologia</b>	3	1	0	4	13,30
<b>Total</b>				30	100,00

\* Respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas.

Fonte: Elaborada pelos autores

A distribuição das profissões entre os preceptores que participaram da pesquisa, mostra uma equipe com profissionais de quase todos os cursos oferecidos pela UEFS inseridos no programa, além do assistente social e o médico veterinário (TABELA 8). No

grupo, também, trabalham biólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e engenheiro de alimento, que não aparecem na tabela porque não responderam ao questionário.

**Tabela 8 – Distribuição, por curso de graduação, dos preceptores do PET- Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**

<b>Curso</b>	<b>Projeto</b>	<b>N*</b>	<b>%</b>
			1,96
<b>Educação Física</b>	PETRedes	0	
	PROPET	1	
	PET-VS	0	
			49,02
<b>Enfermagem</b>	PETRedes	15	
	PROPET	9	
	PET-VS	1	
			7,84
<b>Ciências Farmacêuticas</b>	PETRedes	2	
	PROPET	2	
	PET-VS	0	
			9,80
<b>Medicina</b>	PETRedes	2	
	PROPET	3	
	PET-VS	0	
			17,65
<b>Odontologia</b>	PETRedes	2	
	PROPET	7	
	PET-VS	0	
			5,88
<b>Psicologia</b>	PETRedes	2	
	PROPET	1	
	PET-VS	0	
			5,88
<b>Serviço Social</b>	PETRedes	2	
	PROPET	1	
	PET-VS	0	
			1,96
<b>Medicina Veterinária</b>	PETRedes	0	
	PROPET	1	
	PET-VS	0	
<b>Total</b>		51	100,00

\* Respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas.

Fonte: Elaborada pelos autores

Os enfermeiros, também, são maioria nos grupos de tutores e preceptores, como acontece com os bolsistas e voluntários, com cerca de 50% dos profissionais da rede e 57% dos professores tutores, seguidos dos cirurgiões-dentista, 29 e 17%, respectivamente (TABELA 9).



**Tabela 9 – Distribuição, por curso de graduação, dos tutores do PET- Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**

<b>Curso</b>	<b>Projeto PET</b>	<b>N*</b>	<b>%</b>
<b>Ciências Biológicas</b>	PETRedes	0	7,00
	PROPET	1	
	PET-VS	0	
			57,00
<b>Enfermagem</b>	PETRedes	3	7,00
	PROPET	4	
	PET-VS	1	
			29,00
<b>Ciências Farmacêuticas</b>	PETRedes	1	7,00
	PROPET	0	
	PET-VS	0	
			29,00
<b>Odontologia</b>	PETRedes	1	29,00
	PROPET	2	
	PET-VS	1	
<b>Total</b>		14	100,00

\* Respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas.

Fonte: Elaborada pelos autores

Com relação aos cursos de pós-graduação realizados pelos tutores, observamos que cinco (36%) possuem doutorado e nove (64%) mestrado (TABELA 10).

Na equipe de preceptores, apenas três não informaram ter curso de pós-graduação. Quatro possuem mestrado, cujas áreas de concentração são Enfermagem, Saúde Pública, Saúde da Família e Clínica Odontológica. Entre os cursos de especialização, o destaque está na área de Saúde Coletiva com abordagens mais gerais e também os com enfoque mais específico, como o de gestão hospitalar (TABELA 11).

Como já visto os programas no PET-Saúde UEFS foram implantados em épocas diferentes, o PROPET, oriundo do PET-Saúde da família com mais de cinco anos, PET-VS, com quatro anos e o PETRedes com apenas um ano e meio, no momento da coleta dos dados. Por isso, a análise do tempo de permanência no programa foi realizada por grupo, como descrito a seguir.

**Tabela 10 – Distribuição, por nível de pós-graduação, dos tutores do PET- Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**

Nível de Pós –graduação	Cursos	N*	%
<b>Doutorado</b>	Cuidar na enfermagem	1	36,00
	Bioética	1	
	Medicina e Saúde	1	
	Patologia	1	
	Saúde Pública	1	
<b>Mestrado</b>	Saúde Coletiva	4	64,00
	Enfermagem	4	
	Organização dos Serviços de Saúde	1	
<b>Total</b>		14	100,00

\* Respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas.

Fonte: Elaborada pelos autores

**Tabela 11 – Distribuição dos cursos de especialização informados pelos preceptores do PET- Saúde-UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**

Cursos de Especialização	N*
Saúde Pública (10), Saúde Coletiva(7), Saúde da Família(4), Linhas de Cuidado(1)	22
Educação Profissional na área de enfermagem (1), Metodologia do Ensino (1)	2
Gestão de Saúde (4), Administração Hospitalar (1), Gestão hospitalar (1), Auditoria (3), Gestão da Assistência Farmacêutica (3), Administração dos Serviços Saúde (1)	13
Urgência e Emergência (1), UTI (3), Intensivismo (1)	5
Enfermagem do trabalho (3)	3
Obstetrícia (2), Enfermagem na UTI Pediátrica e neonatal(1), Saúde Materna e Neonatal(1), Neonatologia (1)	5
Endodontia (2), Prótese dentária (1)	3
Outros (Radioterapia(1), Cirurgia geral(1), Otorrinolaringologia(1), Cirurgia de cabeça e pescoço(1), Saúde Mental (2), Processamento e Controle de qualidade em carne, leite e ovos (1), Gerontologia (1)	8
<b>Total</b>	61

\* Respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas.

Fonte: Elaborada pelos autores

### 4.2.3 Tempo de permanência no PET-Saúde

Mais de 40% dos bolsistas do PROPET estão no programa há mais de dois anos, com uma média de permanência de vinte cinco meses, no geral (TABELA 12)

**Tabela 12 – Tempo de permanência dos tutores, preceptores e bolsistas no PROPET, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**

Participantes	Tempo de permanência (meses)	N*	%
Tutores	00-24	5	28,57
	25-36		28,57
	37-48		28,57
	49-60		14,29
Preceptores	00-24	25	16,00
	25-36		32,00
	37-48		32,00
	49-60		20,00
Bolsistas	00-24	45	60,00
	25-36		28,89
	37-48		4,44
	49-60		6,67

\*Respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas.

Fonte: Elaborada pelos autores

No PETRedes (TABELA 13), quase todos os alunos tem mais de um ano como bolsistas, com tempo médio de catorze meses, mostrando uma vinculação ao projeto desde o início e, ademais também se encontram discentes com tempo maior do que o da instalação do programa, egressos de outras linhas do PET-Saúde. O tempo médio de permanência dos participantes do PET-VS no projeto é de 13 meses.

Nas equipes de preceptores do PETRedes o tempo médio de permanência é de 18 meses, com a maioria dos profissionais atuando no programa há mais de 12 meses. Quatro desses preceptores são oriundos do PET-Saúde da Família, dois no programa há cinco anos, e os outros dois, há três anos.

No PROPET apenas um profissional tem menos de doze meses como preceptor e a média de atuação do grupo é de 40 meses, ou seja, quase quatro anos de atividade.

Os tutores do PETRedes estão no programa desde a sua implantação, a maioria informou ter um ano de permanência e desde o início das atividades atuam nas mesmas unidades de saúde, com responsabilidade pelas mesmas equipes.

Por sua vez, os tutores do PROPET estão em média há 38 meses desenvolvendo o trabalho junto aos alunos e preceptores e todos aqueles com mais de dois anos de programa, já mudaram de unidade. No PET-VS, um tem 48 meses e o outro um ano e quatro meses, conforme dados obtidos por meio dos questionários.

**Tabela 13 – Tempo de permanência dos participantes nos projetos PETRedes, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**

Participantes	Tempo de permanência (meses)	N*	%
Tutores		5	
	00-12		80,00
	13-24		20,00
	25-36		0,00
	37-48		0,00
Preceptores	49-60		0,00
		25	
	00-12		52,00
	13-24		32,00
	25-36		8,00
Bolsistas	37-48		0,00
	49-60		8,00
		40	
	00-12		42,50
	13-24		55,00
			2,50
			0,00
			0,00

\*Respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas.

Fonte: Elaborada pelos autores

### 4.3 Resultados da Análise de Redes Sociais

Um dos usos da ARS é medir a importância de um vértice dentro da rede, pois um ator da rede é considerado importante ou preeminente se os seus relacionamentos o tornam particularmente visível aos outros nós da rede.

Segundo Wasserman e Faust (1994), existem duas classes de preeminência: Centralidade e Prestígio.

1. Centralidade do ator: um ator central é aquele que está intensivamente envolvido em relacionamentos com outros atores, seja como transmissor ou como receptor. Este envolvimento o torna mais visível aos outros. Existem quatro tipos de métricas de

centralidade (WASSERMAN; FAUST, 1994): Centralidade de grau, Centralidade de proximidade, Centralidade de intermediação e Centralidade de informação.

2. Prestígio do ator: um nó de prestígio é objeto de muitos relacionamentos, desde que ele seja o receptor destes relacionamentos. O conceito de prestígio é mais restrito que o de centralidade e só pode ser medido em um grafo direcionado.

Conforme descrito na metodologia, foram geradas redes para representação da estrutura e das relações no PET-Saúde, a partir das 14 questões do questionário, para as quais, cada participante da pesquisa indicou até cinco pessoas ou entidades pertencentes ou envolvidas com o PET-Saúde da UEFS.

Nos estudos das redes sociais o uso do questionário pode levar a formação de diferentes redes para um mesmo grupo, a partir da pergunta elaborada, possibilitando comparar múltiplos processos interativos.

Em nosso estudo, as perguntas, conforme abordagem na seção 3 Metodologia, buscaram respostas para os objetivos da investigação, definidos a priori, de forma que nos dessem informações sobre o panorama atual – sua estrutura e as relações entre os atores – e uma perspectiva futura do comportamento da rede PET-Saúde (FIGURA 16).

Aos participantes da pesquisa foi solicitado responder às questões, considerando as atividades desenvolvidas durante a permanência em qualquer um dos projetos do PET-Saúde.

Seguiremos a apresentação dos resultados com uma descrição das métricas de cada uma das redes construídas, e, em seção posterior, procederemos à discussão dos mesmos, juntamente com os achados encontrados na análise qualitativa.

Calculamos com o auxílio do *software Pajek* (BATAGELJ; MRVAR, 2002) as estatísticas básicas, que definem as propriedades gerais das redes e.g.: número de vértices ( $n = |V|$ ); número de arcos ( $m = |E|$ ); densidade ( $d$ ), grau médio ( $\langle k \rangle$ ); diâmetro ( $D$ ); coeficiente de aglomeração médio ( $C$ ); caminho mínimo médio ( $L$ ) e quantidade de componentes das 14 redes geradas a partir do questionário (TABELA 14).

Para estudar o papel do atores nas redes, obtivemos as métricas de centralidade, destacando na Tabela 14 os dez atores com os maiores valores, considerados os mais importantes. As tabelas com as centralidades podem ser consultadas no Apêndice I – Tabelas com as centralidades de grau, proximidade, intermediação e informação das redes Q.1A (**Quem você procura para buscar informação administrativa?**), Q.1B (**Quem você procura para buscar informação acadêmica?**), Q.1C (**De quem você recebe informação administrativa?**), Q.1D (**De quem você recebe informação acadêmica?**), Q.1E (**A quem você gostaria de recorrer para buscar informação administrativa?**), Q.1G (**A quem você gostaria de recorrer para buscar**

informação acadêmica?), Q.2A (Com quem você gosta de trabalhar?), Q.2B (Com quem você gostaria de trabalhar?), Q.3 (Indique pelo menos três unidades do PET-Saúde com as quais você já realizou alguma ação conjunta (qualquer tipo de ação de saúde) durante sua atuação no programa), Q.4 (Indique pelo menos três unidades do PET-Saúde com as quais você pretende realizar ações compartilhadas), Q.5 (Caso você ou sua equipe já tenha necessitado de atendimento para usuários de sua área em outra unidade do PET-Saúde, indique quais foram), Q.6 (Cite outra(s) pessoa(s) ou instituição(ões) que já lhe prestou(aram) informações importantes para seu trabalho no PET), Q.7 (Cite outra(s) pessoa(s) ou instituição(ões) com as quais já realizou ação compartilhada) e Q.8 (Cite outra(s) pessoa(s) ou instituição(ões) com as quais pretende realizar ação compartilhada).

Os vértices são as pessoas, as unidades de saúde e as instituições parceiras que participam do PET-Saúde e as arestas são os laços que envolvem os sujeitos, geradas a partir do tipo de pergunta.

Utilizando as informações obtidas por meio do *Ucinet*, construímos com o auxílio de uma planilha eletrônica, gráficos de linha, de modo a facilitar a compreensão do leitor (e.g. FIGURA 17). Nessa interface gráfica, apresentamos para cada centralidade, em um mesmo desenho, a distribuição com todos os atores para todas as redes. Representação que permite avaliar o comportamento dos atores pela visualização da posição do nó plotado no cruzamento das perpendiculares imaginárias, possibilitando uma análise rápida da importância de cada um para a comunicação na rede de interesse.

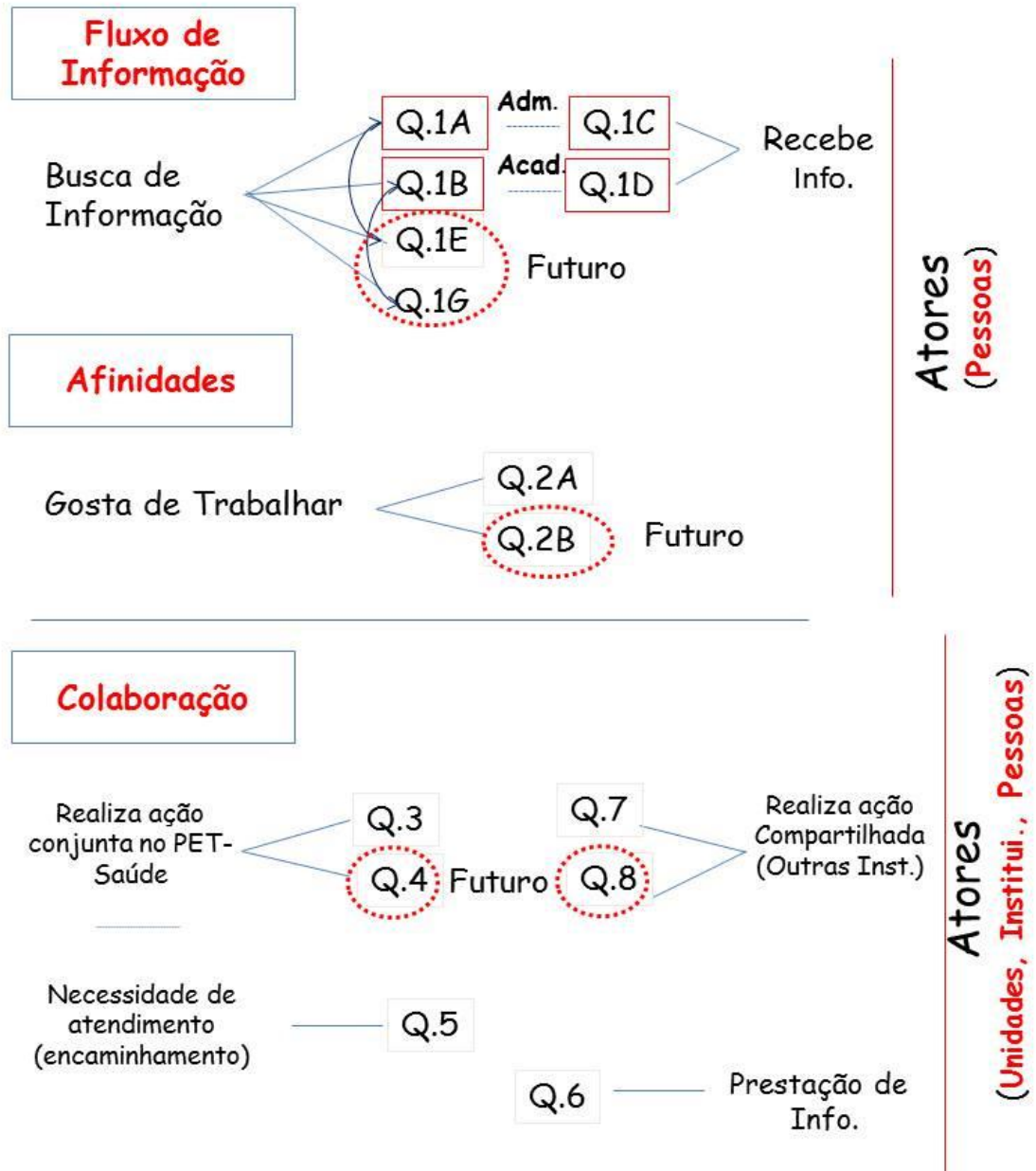
A densidade ( $D$ ) é uma medida que leva em conta o número e a proporção das arestas, sendo uma medida de coesão da rede. explicita o número de ligações existentes no momento em que a rede é mapeada. Seu valor está entre 0 e 1, e quanto mais se aproxima de 1 mais densa é a rede. Quanto mais arestas uma rede tiver, quanto maior o número de ligações entre os atores, mais densa a rede será. Uma rede densa tem considerável comunicação direta entre todos os membros (TOMAEL, 2007).

Esse indicador pode ser utilizado para medir o potencial de uma rede na efetividade de seus objetivos. Em geral os valores encontrados para as redes deste estudo foram muito baixos, por isso, não utilizamos seus valores para avaliar individualmente a rede, mas como balizas para diferenciá-las quanto ao seu capital social para a produção de conhecimento na saúde.

A distância geodésica, entendida como a menor distância entre dois pontos, em ARS, refere-se ao número de ligações – graus – entre um ator e outro. É calculada pelo caminho

mais curto (HANNEMAN, 2001). O caminho mínimo médio ( $L$ ) de toda rede é a soma dos caminhos mínimos de todos os vértices, dividido pelo número de vértices da rede.

**Figura 16 – Descrição dos objetivos do questionário aplicado aos componentes do PET-Saúde-UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**



Fonte: Elaborada pelos autores

**Tabela 14 – Propriedades das redes do PET-Saúde e os atores mais importantes, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**

Rede	$n =  V $	$m =  E $	Comp.	> Comp.	$\Delta$	$C$	$L$	$\langle k \rangle$	$D$	Atores mais importantes (10)
Q.1A	567	486	340	228	0.001514	0.1954	2.074	1.714	7	C02, C0A, T01, T11, T04, T05, P28, T10, T13, O3
Q.1B	567	475	337	230	0.001477	0.2408	2.201	1.675	7	T04, T05, C02, T11, C0A, T10, T01, C01, P28, T02
Q.1C	567	467	348	205	0.001455	0.2257	1.815	1.647	6	C02, T04, T05, T11, C0A, T10, T13, T03, C01, O3
Q.1D	567	478	338	230	0.001476	0.2537	2.122	1.686	7	T04, T05, C02, T11, T01, C0A, T13, T02, C01, T14
Q.1E	567	389	348	205	0.001209	0.1873	1.777	1.372	5	C02, T10, T13, T04, T02, T05, C01, C0A, T11, P28
Q.1G	567	403	344	220	0.001253	0.1728	1.906	1.421	5	C02, T02, T04, T05, C0A, C01, T10, T01, T11, P28
Q.2A	567	616	279	273	0.001916	0.2755	2.798	2.173	10	T11, C02, C0A, T14, T02, T04, T13, T10, T12, T05
Q.2B	567	449	309	249	0.001396	0.0734	4.332	1.583	13	P28, T07, C01, T05, P55, T10, P76, T13, T14, T04
Q.3	567	313	367	196	0.000973	0.0000	1.034	1.104	3	U3, U13, U9, U2, I1, I3, U11, U10, U1, U12
Q.4	567	366	358	208	0.001138	0.0000	1.032	1.291	3	U3, U8, U9, U11, U2, U14, U6, U10, U5, U12
Q.5	567	101	482	65	0.000314	0.0000	1.028	0.356	2	U3, U13, U11, U14, I16, U26, I5, U12, U4, U2
Q.6	567	351	315	235	0.001091	0.0272	1.456	1.238	4	I8, I3, U13, I23, C01, C02, U3, T07, I15, I24
Q.7	567	324	315	224	0.001007	0.0244	1.874	1.143	7	I8, U13, I1, P38, U5, I24, U3, U14, I16, I3
Q.8	567	304	336	211	0.000945	0.0290	1.398	1.072	4	U3, U11, I1, I8, U2, U13, U14, I7, U5, I15

Fonte: Elaborada pelos autores



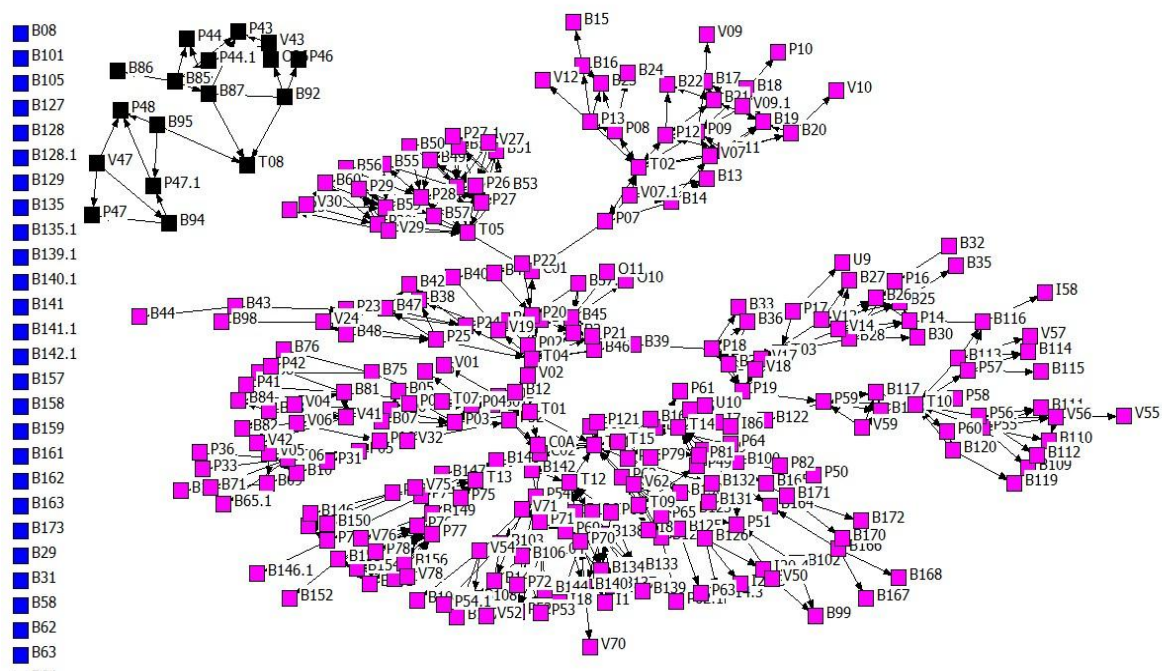
### 4.3.1 Descrição dos Resultados

As redes possuem 567 vértices e diferentes números de arestas, determinados pelas relações investigadas. A que tem o maior número de arestas é a Q.2A (Com quem você gosta de trabalhar?) (616), e o menor é a Q.5 (Caso você ou sua equipe já tenha necessitado de atendimento para usuários de sua área em outra unidade do PET-Saúde, indique quais foram), (101), que também se destacam com o maior e o menor grau 2.173 e 0.356, respectivamente.

As métricas calculadas mostram que as redes geradas apresentam similaridades com relação ao número de componentes. Todas têm muitos componentes em virtude dos atores que não participaram da pesquisa e daqueles que não são citados, nas diferentes configurações.

As redes Q.2A e Q.5 fogem ao padrão. A Q.2A (FIGURA 17) tem o menor número de componentes (279) e a Q.5, o maior (482), a maioria constituída por vértices isolados.

Figura 17 – Representação gráfica da rede gerada a partir da Questão Q.2A.



Fonte: Elaborada pelos autores

Com relação aos componentes, em geral, o maior componente das redes têm entre 200 e 250 atores, com exceção para Q.2A, Q.3 (Indique pelo menos três unidades do PET-Saúde

com as quais você já realizou alguma ação conjunta (qualquer tipo de ação de saúde) durante sua atuação no programa) e Q.5. A rede que tem o maior componente, com 273 atores é a Q.2A. Q.3 tem 196 e Q.5 apenas 65.

Quanto à densidade das redes ( $d$ ), os resultados são coerentes com o número de arestas das mesmas, com Q.2A se destacando com a maior densidade das 14 redes elaboradas e Q.5, com a menor.

Ao observarmos o resultado dos cálculos dos coeficientes de aglomeração ( $C$ ), verificamos que a rede Q.2A, também tem o maior valor e que as redes Q.3, Q.4 e Q.5 têm valores nulos para o referido indicador.

O maior caminho mínimo médio ( $L$ ) e o maior diâmetro foram encontrados para Q.2B (4.332; 13) e os menores para Q.5 (1.028; 2).

As métricas de centralidade dos atores serão apresentadas a seguir.

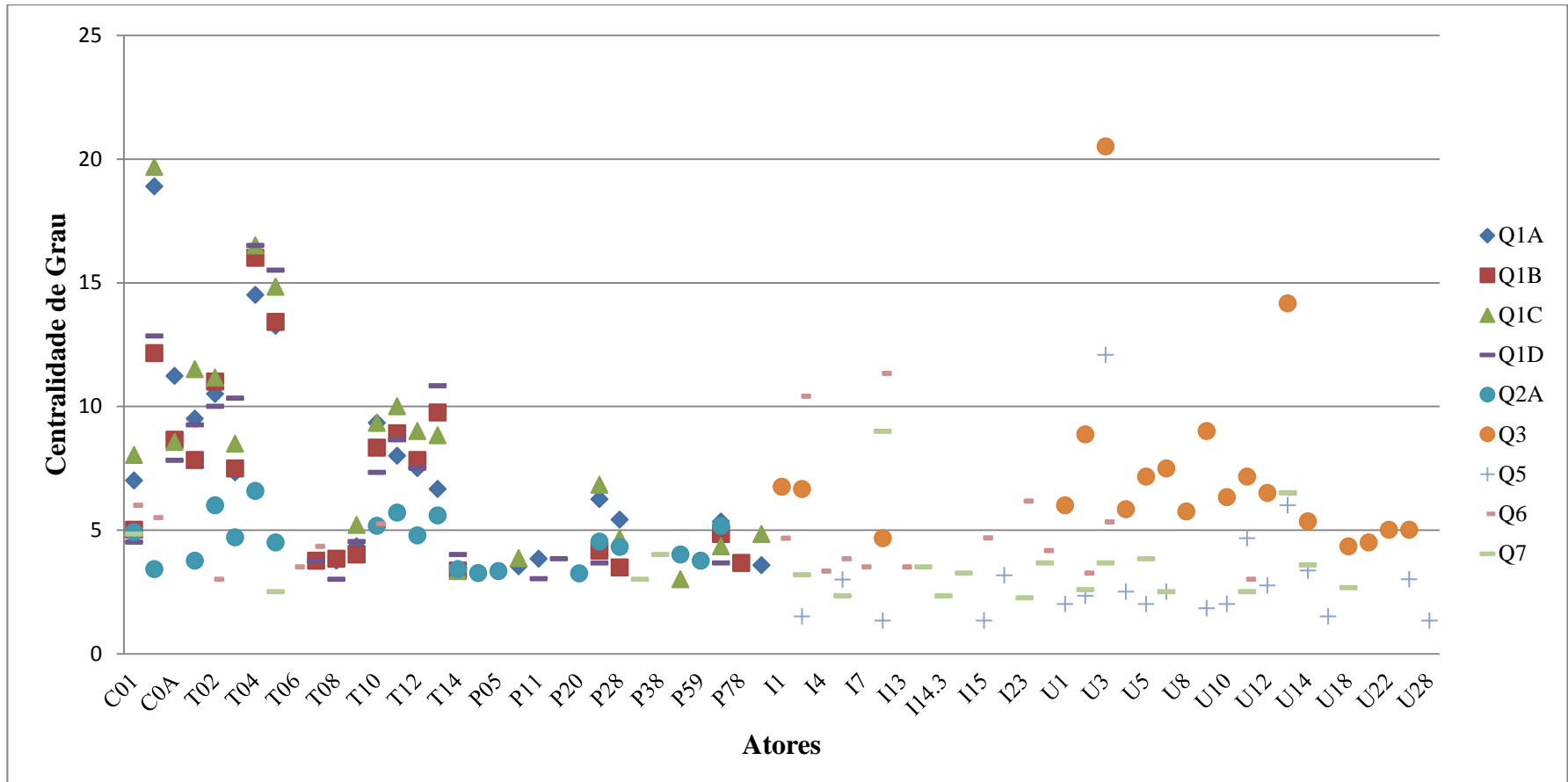
As redes Q.1A (**Quem você procura para buscar informação administrativa?**), Q.1B (**Quem você procura para buscar informação acadêmica?**), Q.1C (**De quem você recebe informação administrativa?**), Q.1D (**De quem você recebe informação acadêmica?**), Q.3 (**Indique pelo menos três unidades do PET-Saúde com as quais você já realizou alguma ação conjunta (qualquer tipo de ação de saúde) durante sua atuação no programa**), Q.5 (**Caso você ou sua equipe já tenha necessitado de atendimento para usuários de sua área em outra unidade do PET-Saúde, indique quais foram**), Q.6 (**Cite outra(s) pessoa(s) ou instituição(ões) que já lhe prestou(aram) informações importantes para seu trabalho no PET**) e Q.7 (**Cite outra(s) pessoa(s) ou instituição(ões) com as quais já realizou ação compartilhada**) representam a realidade atual das relações vivenciadas no PET-Saúde.

E as redes Q.1E (**A quem você gostaria de recorrer para buscar informação administrativa?**), Q.1G (**A quem você gostaria de recorrer para buscar informação acadêmica?**), Q.2B (**Com quem você gostaria de trabalhar?**), Q.4 (**Indique pelo menos três unidades do PET-Saúde com as quais você pretende realizar ações compartilhadas**) e Q.8 (**Cite outra(s) pessoa(s) ou instituição(ões) com as quais pretende realizar ação compartilhada**) sugerem uma situação futura.

#### ***4.3.2 Representação do estado atual da Rede PET-Saúde UEFS***

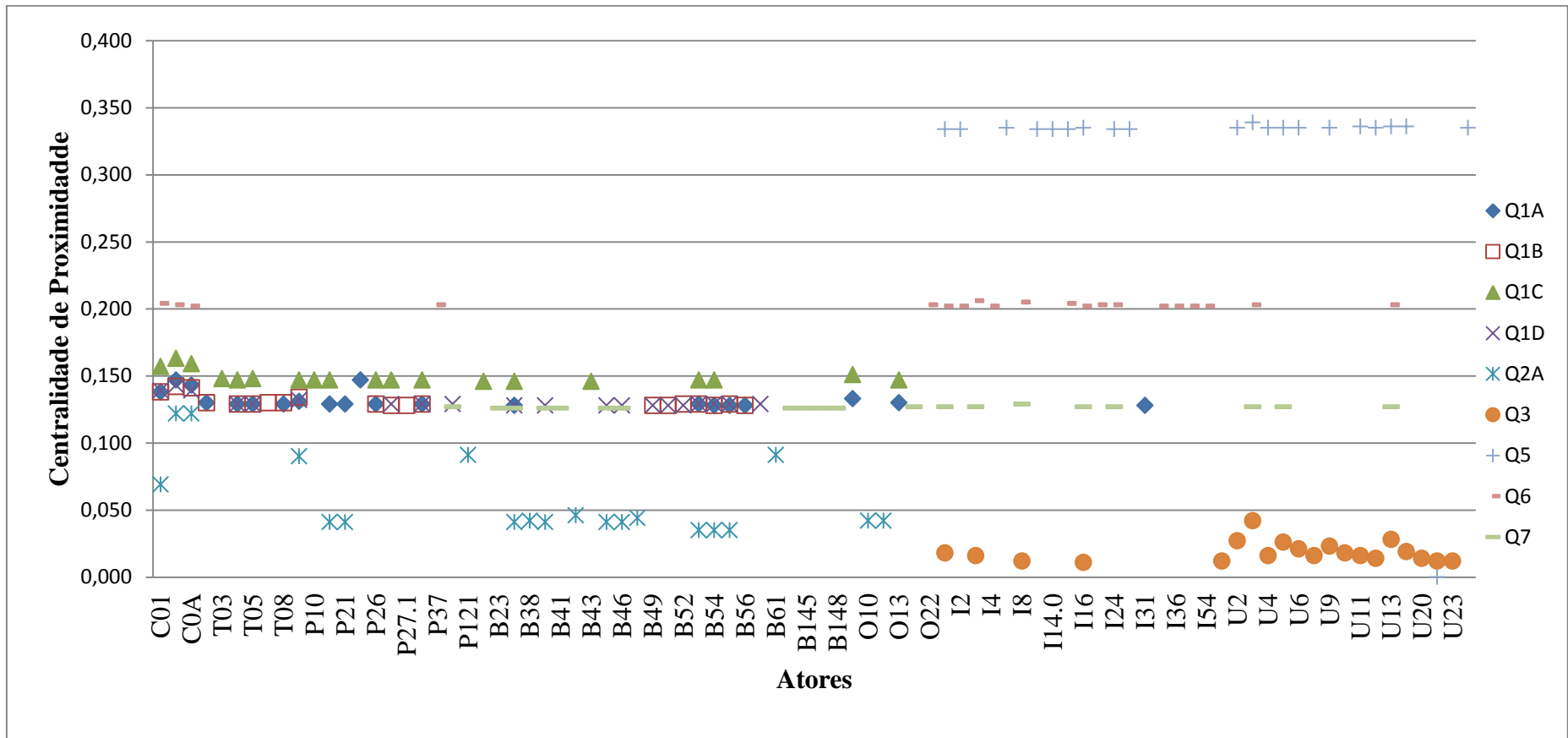
As métricas de centralidades calculadas para as redes Q.1A e Q.1B evidenciam que, na busca por informações administrativas e acadêmicas, alguns atores se destacam por aparecerem na lista dos dez mais importantes em cada centralidade. São eles: C02, C0A, T01, T11, T04, T05, P28, T10, T13 e O3 (FIGURAS 18, 19, 20 e 21).

Figura 18 – Distribuição das CENTRALIDADES DE GRAU dos atores do PETSaúde – UEFS, das questões 1A, 1B, 1C,1D,2A, 3, 5, 6, 7, Feira de Santana, Bahia, 2014



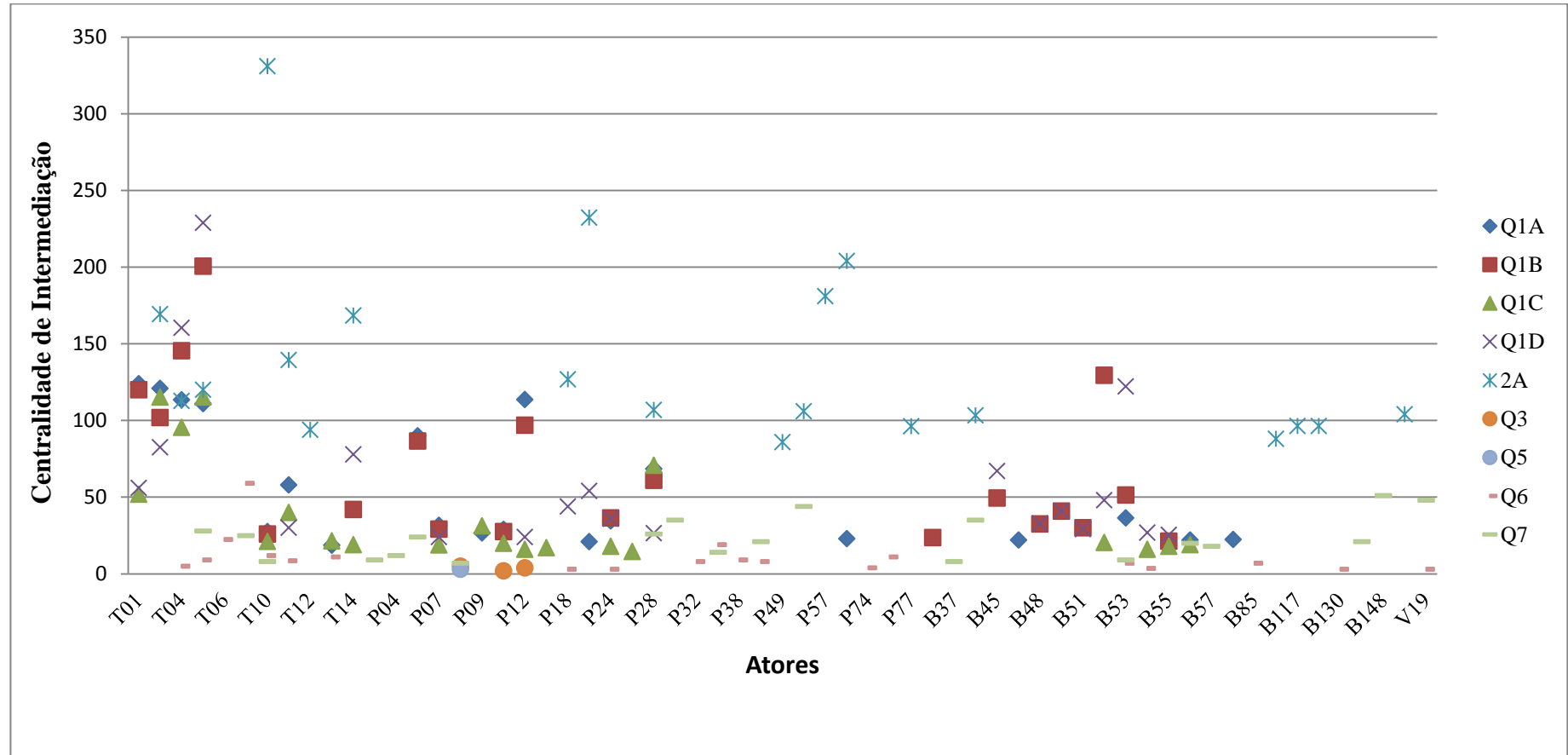
Fonte: Elaborada pelos autores

Figura 19 – Distribuição das CENTRALIDADES DE PROXIMIDADE dos atores do PET-Saúde – UEFS, das questões 1A, 1B, 1C,1D,2A, 3, 5, 6, 7, Feira de Santana, Bahia, 2014.



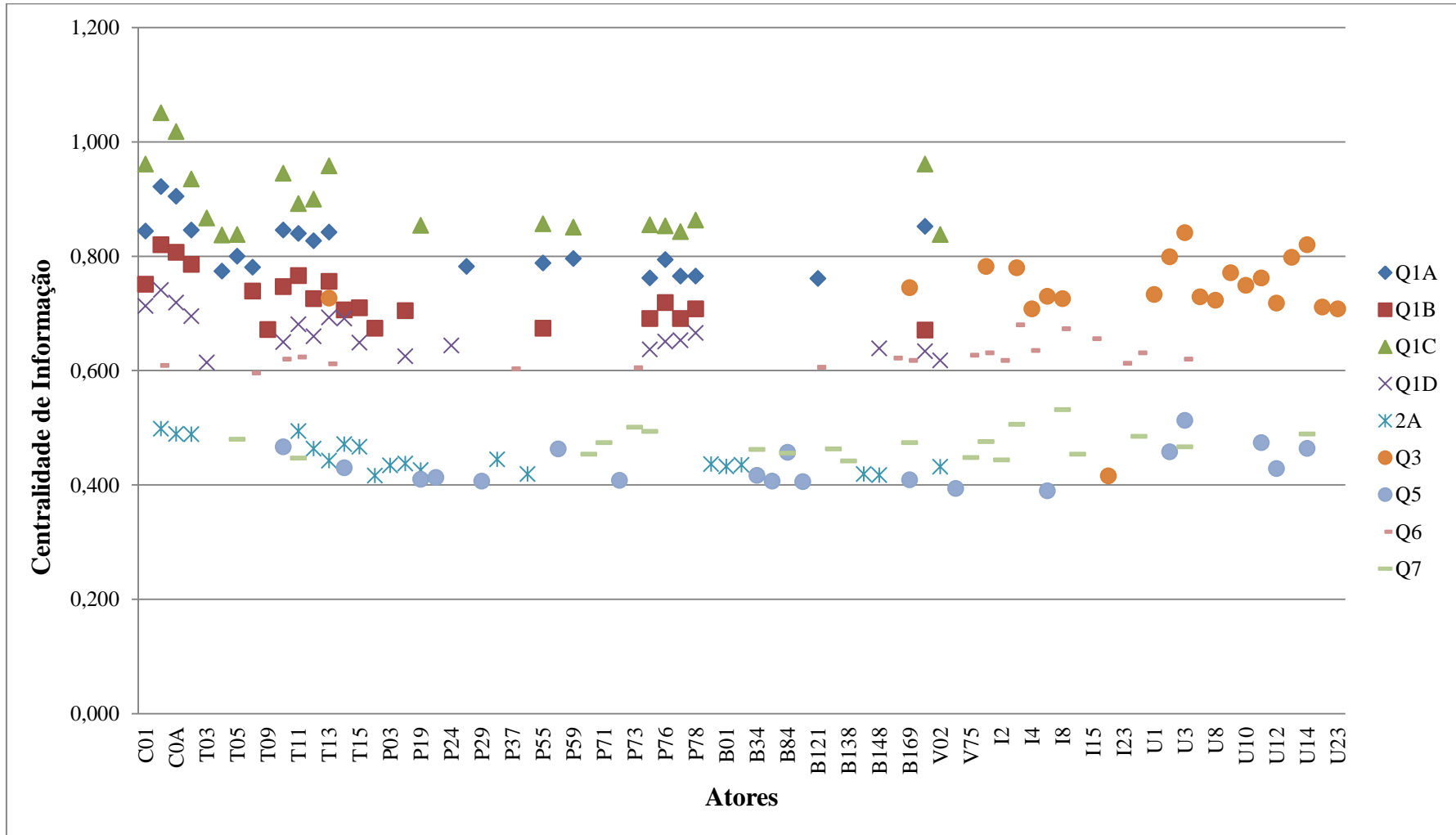
Fonte: Elaborada pelos autores

**Figura 20 – Distribuição das CENTRALIDADES DE INTERMEDIACÃO dos atores do PET-Saúde – UEFS, das questões 1A, 1B, 1C,1D,2A, 3, 5, 6, 7, Feira de Santana, Bahia, 2014**



Fonte: Elaborada pelos autores

**Figura 21 – Distribuição das CENTRALIDADES DE INFORMAÇÃO dos atores do PET-Saúde – UEFS, das questões 1A, 1B, 1C,1D,2A, 3, 5, 6, 7, Feira de Santana, Bahia, 2014.**

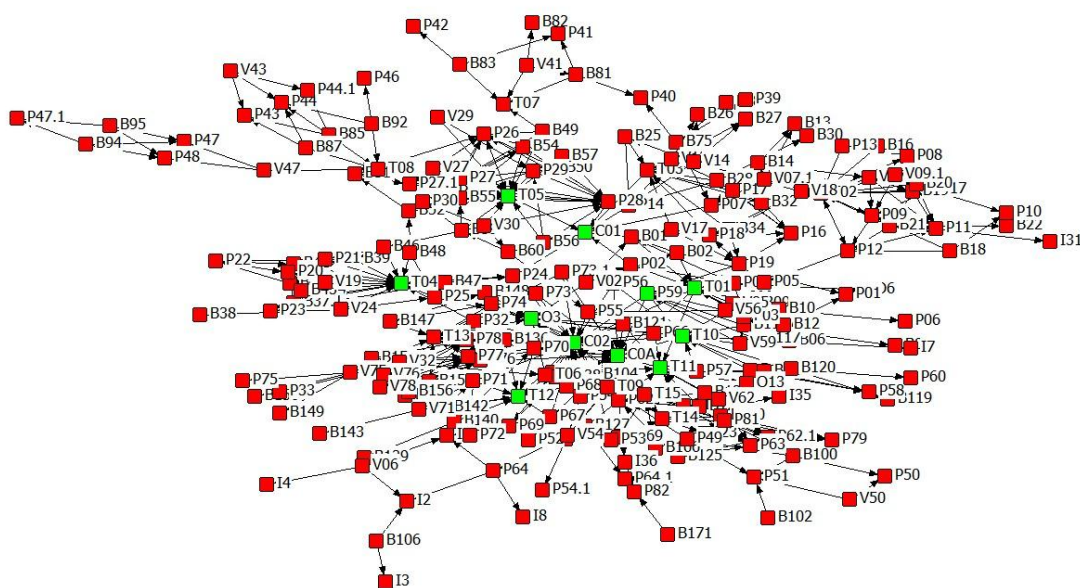


Fonte: Elaborada pelos autores

Considerando a centralidade de grau de Q1.A, são as coordenadoras que aparecem entre os atores com maiores centralidades, com destaque para C02 ( FIGURA 18 e FIGURA 23), juntamente com os tutores os mais solicitados para resolução de problemas administrativos. Outro ponto importante é que quatro, dos cinco tutores do PETRedes estão entre os dez com as maiores centralidades de grau.

Na rede em estudo, as maiores centralidades de intermediação foram encontradas para os tutores do PETRedes, seguidos de seus preceptores e de um tutor do PROPET ( FIGURA 20).

**Figura 22 – Rede gerada a partir de Q.1 A(Quem você procura para buscar informação administrativa?), PET- Saúde-UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**

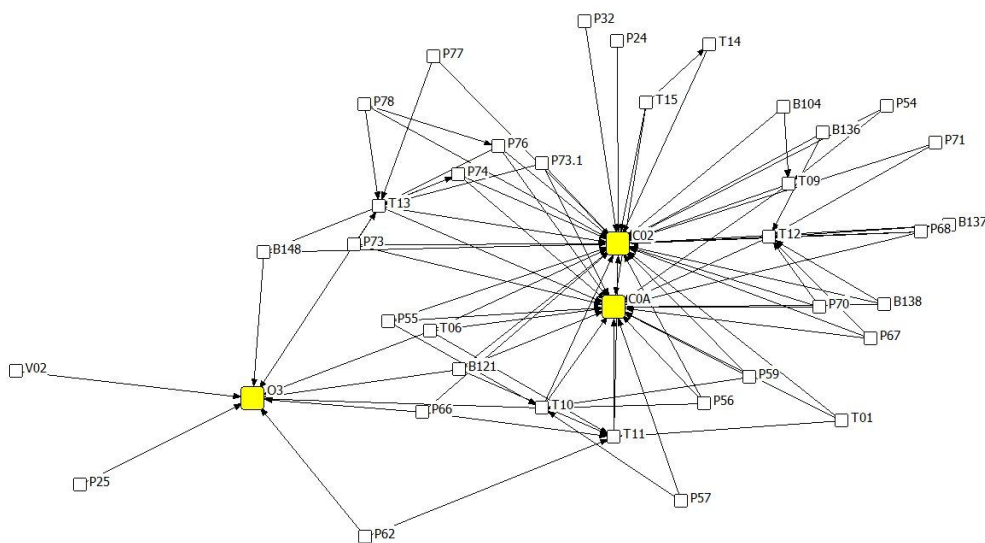


Fonte: Elaborada pelos autores

Ao observarmos as centralidades de informação, também ocorre um destaque para C01, C02 e, C0A, no entanto chamou-nos, novamente, a atenção para a presença das secretárias do programa (FIGURA 22, FIGURA 23), logo em seguida na classificação e de alguns preceptores dos GT.04 e GT.05 (APÊNDICE I).

Observando-se as métricas para a rede construída a partir da Questão1C (**De quem você recebe informação administrativa?**), podemos constatar que as relações são semelhantes às da Questão1A (**Quem você procura para buscar informação administrativa?**). Em geral os componentes do PET-Saúde procuram por e recebem informações das mesmas pessoas, com destaque mais uma vez para o papel desempenhado pelos coordenadores e tutores do programa.

**Figura 23 – Subgrupo da rede Q.1A, com os vértices que possuem as maiores centralidades de informação, C0A, C02 e O3, no PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**



Fonte: Elaborada pelos autores

Na rede da Q.1B (**Quem você procura para buscar informação acadêmica?**), se destacam por suas centralidades os vértices T04, T05, C02, T11, C0A, T10, T01, C01, P28, T02 (TABELA 14). Esse comportamento se repete na rede da Questão 1D (**De quem você recebe informação acadêmica?**). São as coordenadoras do PET-Saúde, juntamente com os tutores do PETRedes e outros tutores que proporcionam as informações relativas às questões acadêmicas e que aparecem como escolhas preferenciais dos atores que compõem a rede PET-Saúde. Podemos ver, na Figura 17, que esses atores aparecem entre os que possuem as maiores centralidades de grau, mudando apenas a ordem.

O T01 tem um papel importante na articulação entre o PETRedes e o PROPET, pois tem arestas dirigidas para o C0A e C02 e para o T11.

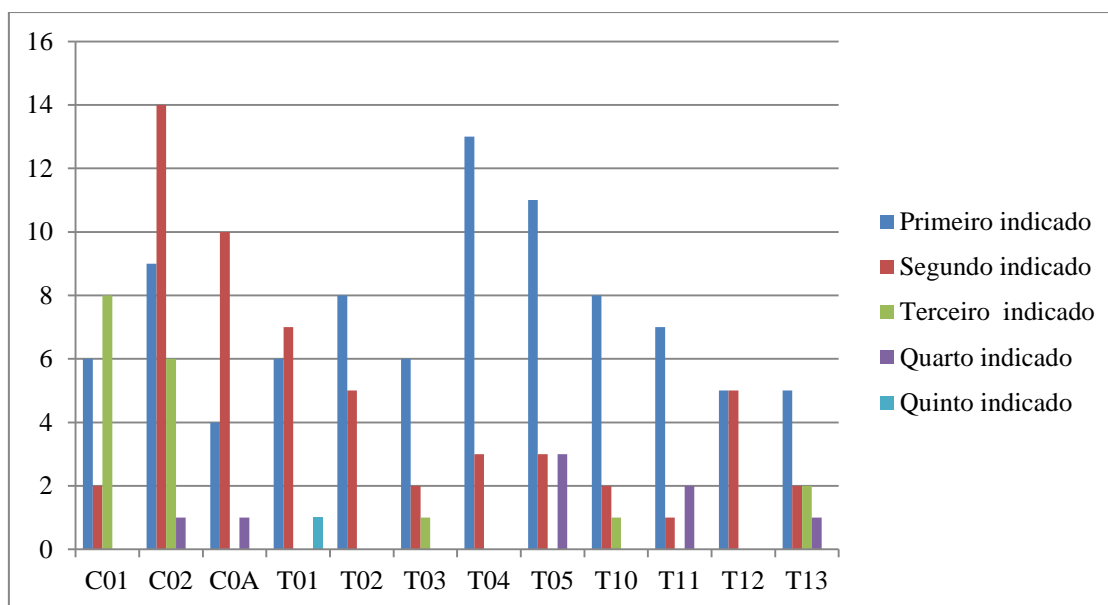
Como já explicitado na seção sobre a formação das redes, Capítulo III - Desenvolvimento do Modelo de Análise, ao responder ao questionário, solicitamos ao participante da pesquisa fazer de uma a cinco indicações em cada questão, estabelecendo uma ordem de prioridade na indicação das pessoas ou instituições. A ordem de citação que gerou um peso nas arestas das redes.

Na Figura 24, apresentamos a distribuição, por ordem de indicação dos coordenadores e tutores, cujas centralidades de grau são as maiores da rede. O ator mais indicado como primeira opção foi o T04, seguido pelo T05 e logo após C02, que



também foi o mais apontado nas segundas e terceiras opções. C0A teve seu nome lembrado com destaque nas segundas indicações.

**Figura 24 – Distribuição da ordem de indicação na resposta à Questão 1.A para os coordenadores e tutores do PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014**



Fonte: Elaborada pelos autores

Frente a esses resultados, podemos inferir que ao serem questionados sobre a quem recorre para buscar informações acadêmicas, os primeiros nomes lembrados são de tutores e coordenadoras do programa.

Com relação à proximidade entre os atores da rede da Questão Q.1B, os que apresentam maiores valores são C01, C02 e C0A, mas também são importantes para aproximação da rede tutores, preceptores e bolsistas. Salientamos que mesmo com a rede construída com os componentes dos três programas que fazem parte do PET-Saúde-UEFS, destaca-se uma equipe do PETRedes (GT.05), com doze representantes, incluindo o tutor, preceptores e bolsistas, entre os vinte primeiros atores com maiores centralidades de proximidade (APÊNDICE I).

Coordenadoras, tutores e preceptores são os principais responsáveis pela informação na rede, agora com maior número de tutores do PROPET (T11, T13, T10 e T12), diferente das demais centralidades, onde os tutores do PETRedes apresentaram os maiores valores. Faz-se necessário registrar que o cálculo da Centralidade de Informação só foi realizado para o maior componente, pois esse indicador só pode ser calculado para redes conectadas.

Na análise da Rede da Questão1B podemos ver que o B100, aluno bolsista do PROPET tem aresta dirigida para o P81 preceptor do PET-VS e que o V59 se dirige ao V41, aluno voluntário com a maior centralidade de intermediação. Dessa forma, viabiliza a interlocução entre os GT.07 e 10.

As respostas fornecidas pelos atores do PET-Saúde a serem questionados sobre com quem gosta de trabalhar – Q.2A, permitiu-nos gerar uma rede com as características topológicas descritas na Tabela 14, que mostram ser a mais coesa das 14 descritas, com vários vértices isolados e dois componentes com vários atores conectados, o maior com 273 vértices e o menor com 17. O componente menor é formado pelos atores do grupo tutorial 08.

Os atores com as maiores centralidades são T11, C02, C0A, T14, T02, T04, T13, T10, T12 e T05. No entanto, é importante destacar que existem preceptores que também receberam muitas indicações, mostrando ter prestígio nessa rede.

O tutor T04 tem a maior centralidade de grau e, entre os preceptores, aquele que tem o maior número de indicações é o P76. No grupo das vinte maiores centralidades de grau estão todos os tutores do PETRedes, os tutores 10, 11, 12 e 13, do PROPET e o T14 do PET-VS, mas não aparece nenhum aluno, bolsista ou voluntário (APÊNDICE I).

Na análise do componente formado pelo GT.08, constatamos que o T08 recebe arestas de alunos bolsistas (B87, B92, B95) que trabalham em unidades de saúde diferentes. Observamos na rede a presença do O16, que representa uma professora do curso de enfermagem, da área de saúde mental, citada pelo bolsista B92.

O T10 tem a maior centralidade de intermediação da rede e faz interface com o grupo T03 por intermédio do P59, de seu próprio grupo e do P19, do GT.03; e com T11, por meio do P59 e do B122. O P19 (PETRedes) e P59 (PROPET) são da mesma unidade de saúde (U10), porém de projetos diferentes, como também o P14(U8) e o B116 (U8). O B122 (GT.11) é de outra unidade (U20), e do mesmo projeto que P59. No Apêndice I, pode-se observar que P19 e P59 têm a segunda e terceira maiores centralidades de intermediação.

No GT.05, encontramos três alunos bolsistas (B53, B54 e B55) com centralidades de proximidade entre as vinte maiores e P26 entre os que possuem as maiores centralidades de grau. B54 e B55 são bolsistas de equipes diferentes (U12, U13) que atuam em campos de estágio diferentes e possuem laços entre si. P26 recebe

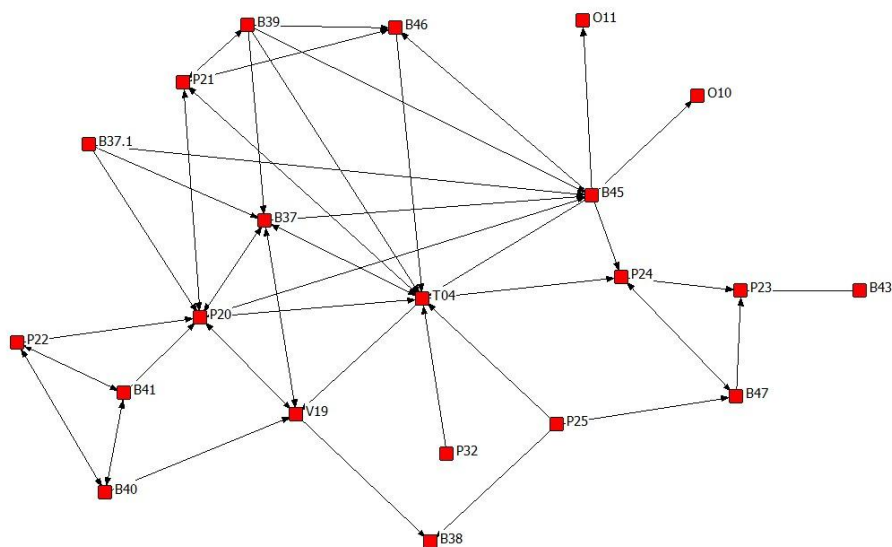
arestas de diversos atores da rede, que desenvolvem seu trabalho em várias unidades do PETRedes (B57, B49, B53 e B52).

No GT.13, que possui o tutor com a quarta maior centralidade de grau da rede, também estão localizados os atores com as maiores centralidades de grau entre os preceptores (P76) e (P26). P75 recebe arestas de B147 e V75, de grupos e unidades diferentes.

Ao observarmos P18, que possui a quarta maior centralidade de intermediação dos preceptores, verificamos que liga seu grupo tutorial (GT.03) com o GT.04, através da aresta dirigida para B39, garantindo a esse grupo a interação com a rede 2A.

No GT.04 o ator B45 se destaca, por ter centralidade de proximidade entre as maiores da rede, possuir laços com diversos outros sujeitos de seu grupo tutorial e por agregar os atores O10 e O11, equipe da unidade U3 e comunidade adstrita ( moradores que fazem parte da área de abrangência de uma unidade de saúde), ao PET-Saúde (FIGURA 25).

**Figura 25 – Rede referente à Questão Q.2A, do Grupo tutorial 04, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**



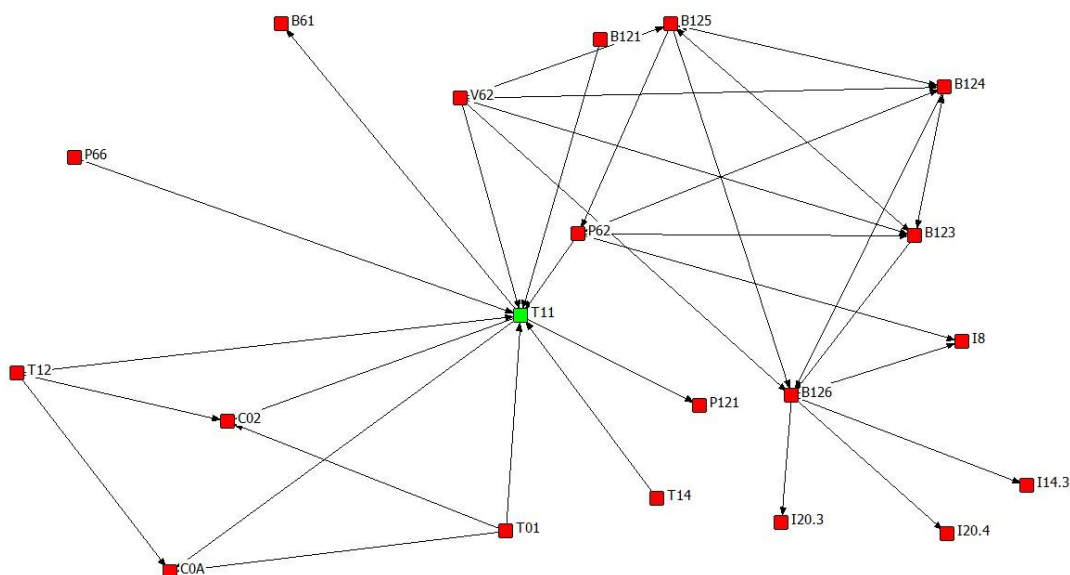
Fonte: Elabora pelos autores

Ao recorrermos aos valores das centralidades para os atores desse grupo, encontramos que os vértices P20 e P21 (centralidade de proximidade), P18 e V17 (centralidades de intermediação) e o P19 (centralidade de informação), estão entre os vinte primeiros da rede da Questão 2A.

Dando continuidade a análise, observamos T11, tutor com as maiores centralidades de grau e proximidade do PROPET e quais os atores que possuem arestas dirigidas para ele. Verificamos que T11 foi citado por tutores, preceptores e alunos bolsistas e voluntários de seu próprio grupo, como também por tutores de outros projetos, T01 do PETRedes e T14 do PET-VS.

O aluno bolsista B126, do curso de Ciências Farmacêuticas com mais de 4 anos no PET-Saúde, indicou as instituições I8, I14.3; I20.3 e I20.4, como aquelas que gosta de trabalhar (FIGURA 26). A rede ego foi construída com os atores T11 e B126 centrais, a partir dos quais identificamos os sujeitos que estão diretamente relacionados com os mesmos.

**Figura 26 – Rede ego dos atores T11 e B126 do GT 11, na rede da Questão Q.2A, do PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**



Fonte: Elabora pelos autores

O ator T01, o segundo em Centralidade de Informação na rede Q.2A, indicou além das coordenadoras do PROPET, T11 e T07 que também são do PROPET. T07 também foi citado por P04, do GT. 01. Os GT.01 e GT.07 possuem equipes tutoriais localizadas em uma mesma unidade hospitalar (U3) e em um serviço móvel de urgência (U2). Alguns atores do GT.01, tutor, preceptores (P02, P03, P04) e bolsistas (B01, B02), possuem centralidades de informação entre as maiores da rede. A preceptora representada pelo vértice P04 tem aresta dirigida para uma professora do curso de farmácia (O16), que já atuou no PET-Saúde.

Por sua vez T12, com centralidade de grau e de informação entre as dez maiores do PET-Saúde, é citado apenas por sujeitos de suas equipes de trabalho. Entretanto em muitos dos casos as arestas são bidirigidas, pois no quesito afinidade de trabalho, as indicações foram recíprocas. T12 possui arestas dirigidas para as coordenadoras do PROPET, para a tutora do GT.11 e para preceptoras de seu GT. Nesse grupo, encontra-se o B142, cuja centralidade de informação está entre as vinte maiores da rede.

Seguindo os valores de centralidades mais altos, passamos a analisar o GT.14, do projeto PET-VS, visto que seu tutor (T14) possui a 5ª maior centralidade de informação e a 6ª de proximidade. Observamos que esse ator tem arestas dirigidas para pessoas e instituições: T11; I5, I79, I86 e U10. E recebe indicação de vários atores da rede, ao serem questionados “com quem gosta de trabalhar” – do preceptor (P81) e bolsista (B160) de seu grupo tutorial, como também do preceptor (P49) e bolsista (B100), do GT.09; e tutor e bolsista (B169), do GT.15.

Concluimos a análise da rede da Questão 2A, observando as relações entre os componentes do GT.03, que está distribuído em três Unidades de Saúde da Família, duas urbanas (U8 e U9) e uma rural (U10), onde também atuam atores do GT.10 (U8 e U10) e do GT.13 (U9). Verificamos que o B116 (GT.10-U8) do PROPET tem aresta dirigida para o P14 (GT.03-U8), do PETRedes.

A rede formada a partir das respostas à Q.3 – Indique pelo menos três unidades do PET-Saúde com as quais você já realizou alguma ação conjunta (qualquer tipo de ação de saúde) durante sua atuação no programa – foi estruturada a partir da indicação de instituições realizadas por preceptores, alunos bolsistas e alunos voluntários.

Trata-se de uma rede fragmentada com 397 componentes, vários vértices isolados e cinco com mais de um ator. Com relação às propriedades gerais das redes, comparada com as demais, apresenta baixa densidade (0,000973) e coeficiente de aglomeração médio (C) nulo, o que indica tratar-se de uma rede esparsa (TABELA 14).

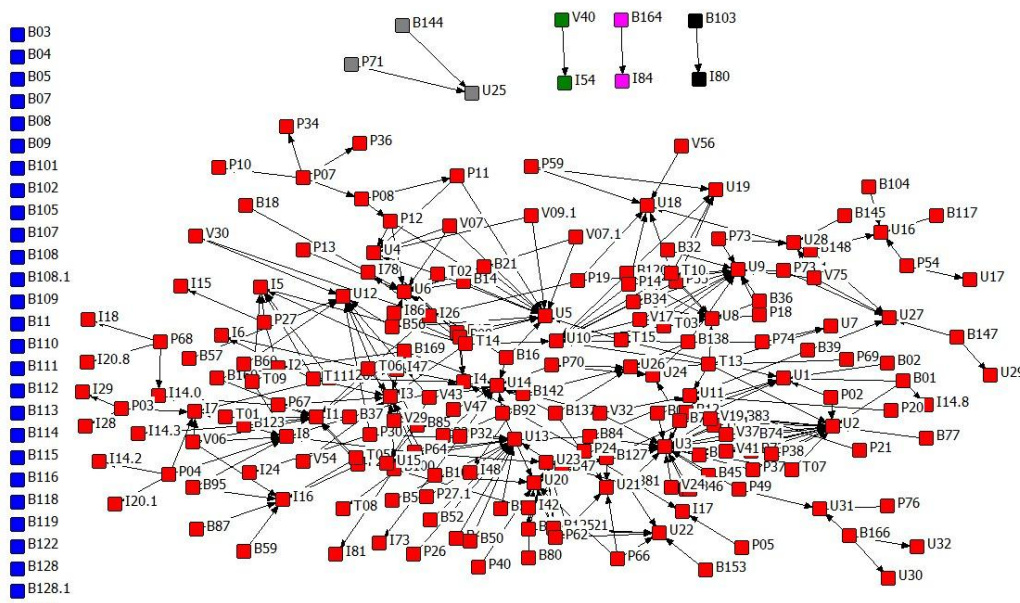
As métricas de centralidade mostram que os atores com os maiores valores são U3, U13, U9, U2, I1, I3, U11, U10, U1 e U12 (TABELA 7), unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades do PET-Saúde (U) e instituições parceiras (I).

Chamamos atenção para a centralidade de intermediação, com valores diferentes de zero, apenas para três atores. E o que possui maior valor é o P08, do GT.02 (PETRedes).

Entre os componentes podem ser visualizados três, cujos atores são alunos

bolsistas ou aluno voluntário e uma instituição parceira e outro em que um preceptor e um aluno bolsistas indicam a mesma unidade (FIGURA 27).

**Figura 27 – Rede referente à Questão 3 do PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**



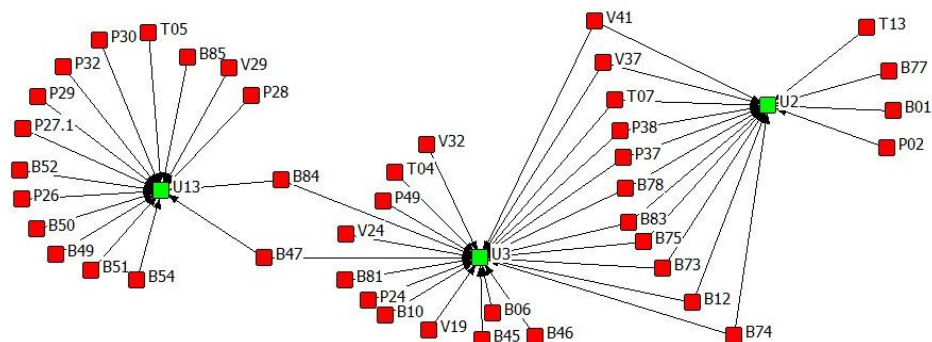
Fonte: Elaborada pelos autores

Verificamos que o vértice U3, representante de equipes que integram o PET-Saúde em um hospital estadual em Feira de Santana, possui as maiores centralidades de grau, proximidade e informação.

Na Figura 28, estão representados os atores do PET-Saúde que realizaram atividades conjuntas com as equipes U3. São cinco GT com equipes localizadas em serviços de urgência e emergência (U3, U2), em hospital obstétrico municipal (U11) e em unidade de vigilância epidemiológica, representados por bolsistas, preceptores e tutores - B06, B10 e B12 do GT.01 – PETRedes; T04, B45, B46, B47, P24, V19 e V24 – GT.04 PET-REDES; V32 – GT.06 – PROPET; T07, P37, P38, B73, B74, B75, B78, B81, B83, B84, V37 e V41 – GT.07 – PROPET e P49 –GT.09 – PROPET.

Após análise das relações com a U3, procedemos ao estudo do ator U13, unidade hospitalar estadual localizada em Feira de Santana especializada em saúde mental. Esse vértice possui as segundas centralidades de grau e proximidade e a quarta de informação da rede da Questão 3.

**Figura 28 – Rede ego dos atores U2, U3 e U13, na rede da Questão Q.3 do PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**



Fonte: Elaborada pelos autores

Na U13 funcionam três equipes do GT.05 – PETRedes. Os grupos que realizaram ações conjuntas com U13 foram bolsistas e preceptores do GT.05 que atuam em uma unidade municipal de atenção psicossocial (U12) – P26, P27.1, P28, B49, B50, B51, B52, B54 e o T05; preceptores do GT.05 que trabalham em U13, P29 e P30; bolsistas do GT.07 e 08, B84, de unidade de atendimento móvel de urgência e B85, equipe de saúde mental do PROPET, respectivamente; preceptor do GT.06, P32 e voluntários dos GT.03 e GT.13 (V17 e V75).

U2, unidade de atendimento móvel de urgência, onde funcionam quatro equipes tutoriais, duas do GT.01 e duas do GT.07 também foi citada por vários atores do PET-Saúde. Analisando as indicações desses sujeitos constatamos que a maioria, também faz parte do grupo que realizou atividade com as equipes da U3 e que entre eles apenas B12 que é do GT.01, não pertence ao GT.07- PROPET. Os vértices, B01 e P02 (GT.01), B77 (GT.07) e T13 completam a lista.

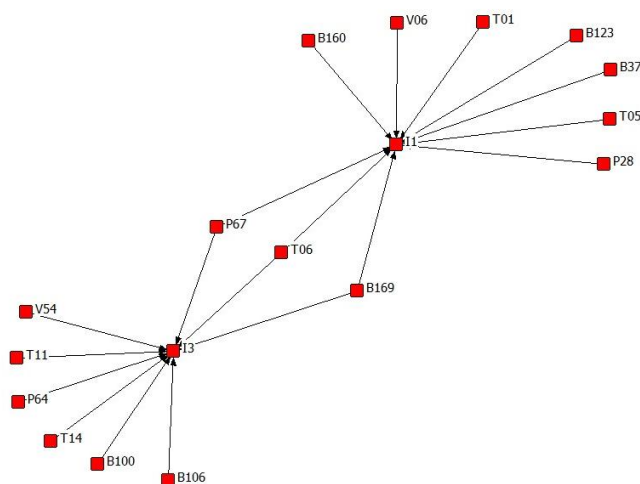
As unidades de saúde da família U9 e U10 aparecem entre os atores com as maiores centralidades. Ao informarem as equipes com quem realizaram atividade conjunta, quatro atores indicaram simultaneamente U9 e U10 e todos são do GT.03 – T03, P14, B34 e V17. Também realizaram atividades com U9, T03, P18, P19, B32, B34 e B36 do GT.03; V29, do GT.05; B138 do GT.12, P73 e P73.1 do GT. 13 e T15.

Juntamente com os atores do GT.03, também realizaram atividades com a U10, o tutor, P55 e B120 do GT.10; P74 e T13 do GT.13 e T14.

As instituições parceiras que primeiro aparecem na lista das maiores centralidades são I1 e I3, equipes vinculadas diretamente à Prefeitura Municipal de Feira de Santana e sua divisão de vigilância sanitária.

Os atores T06, P67 (GT. 12) e B169 (GT.15) realizaram atividades com I1 e I3. T01 e V06 (GT.01); B37 (GT.04); T05 e P28 (GT.05); B123 (GT.11) e B160 (GT.14) trabalharam com equipes de I1 e B100, B106 e V54 (GT.09); P64 e T11 (GT.11) e T14 desenvolveram ações conjuntas com I3 (FIGURA 29).

**Figura 29 – Rede ego dos atores I3 e I1, na rede da Questão Q.3 do PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**



Fonte: Elaborada pelos autores

Para a U12, encontramos dois GT que realizaram atividades conjuntas com sua equipe, GT.05 e GT.08. P30, B56, B57, B60, V29, V30 do GT.05 e V43 e B85, do GT.08. Ademais, observamos que P30, V29 e B85 também citaram a U13.

**Q.5- Caso você ou sua equipe já tenha necessitado de atendimento para usuários de sua área em outra unidade do PET-Saúde, indique quais foram.**

Ao apresentarmos as estatísticas básicas calculadas para as redes desse estudo, já mostramos que Q.5 tem um comportamento que se distingue das demais.

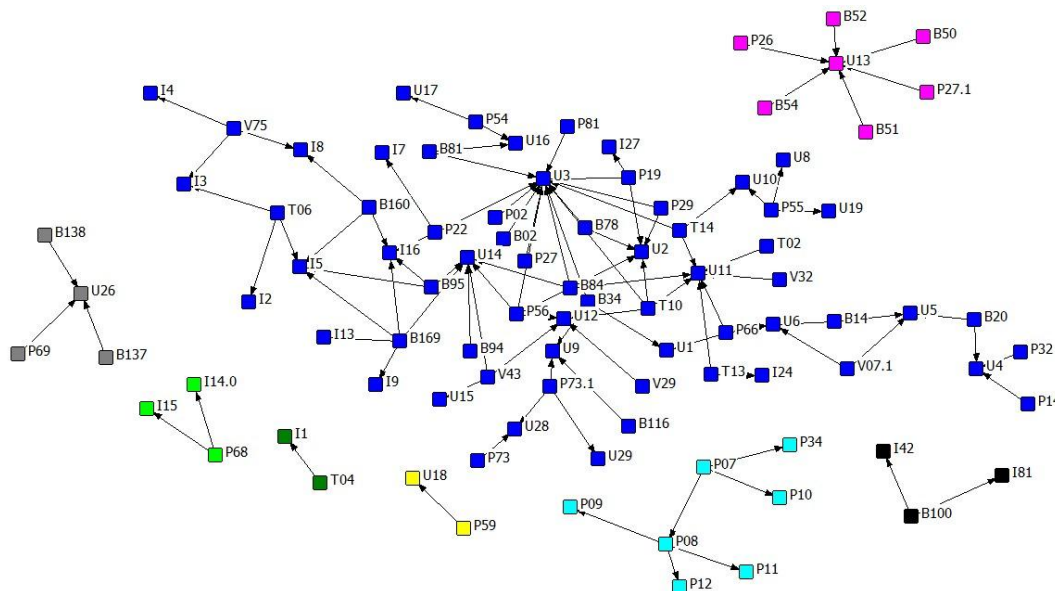
Nesta seção vamos continuar apresentando os resultados encontrados partindo das métricas de centralidades de seus atores. As métricas das unidades U3, U13, U11, U14, I16, U26, I5, U12, U4 e U2 foram as maiores calculadas para essa rede.

Na Figura 30, que representa as relações na rede verificamos que a U13 constitui um componente isolado, tipo estrela, com seis arestas dirigidas em sua direção,



todas originadas em atores do GT.05 que trabalham em um centro de atenção psicossocial.

**Figura 30 – Rede referente a Questão Q.3 retirados os vértices isolados, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**



Fonte: Elabora pelos autores

Outro componente isolado é constituído pelos atores que trabalham na rede de proteção a pessoa com câncer. P07, centro municipal que atende pessoas com câncer, encaminha para as unidades em que trabalha P08 (centro especializado de atenção à pessoa com câncer), P10 e P34 hospital municipal e estadual, respectivamente. Por sua vez P08 referencia para P11, P12 e P09, que trabalham no mesmo hospital que P10.

Em outro grupo visualizamos três componentes do GT.12, P.69, B137 e B138, que atuam na U25, encaminhando para U26, USF localizadas no mesmo bairro.

No grupo de atenção psicossocial temos entre as maiores centralidades U14 e U12, dois centros de atenção psicossocial que receberam usuários encaminhados por P56 de USF, participante do GT.10 e de V43, do GT.07, que atua em serviço de atendimento móvel de urgência. U12, também recebeu paciente do T10, preceptor do PROPET- Saúde da Família e do V29, aluno voluntário que faz parte do GT.05 na unidade hospitalar de atenção à saúde mental (U13).

E citaram U14, B84 do GT.07 (U2), B94 e B95, alunos bolsistas do GT. 08, U12, B169 e do GT. 15, U32 – unidade municipal DST/AIDS.

A unidade hospital (U3) que tem as maiores indicações da rede, foi citada por bolsistas, preceptores e tutor de unidades de saúde da família (B02, B34, P02, P19, P56

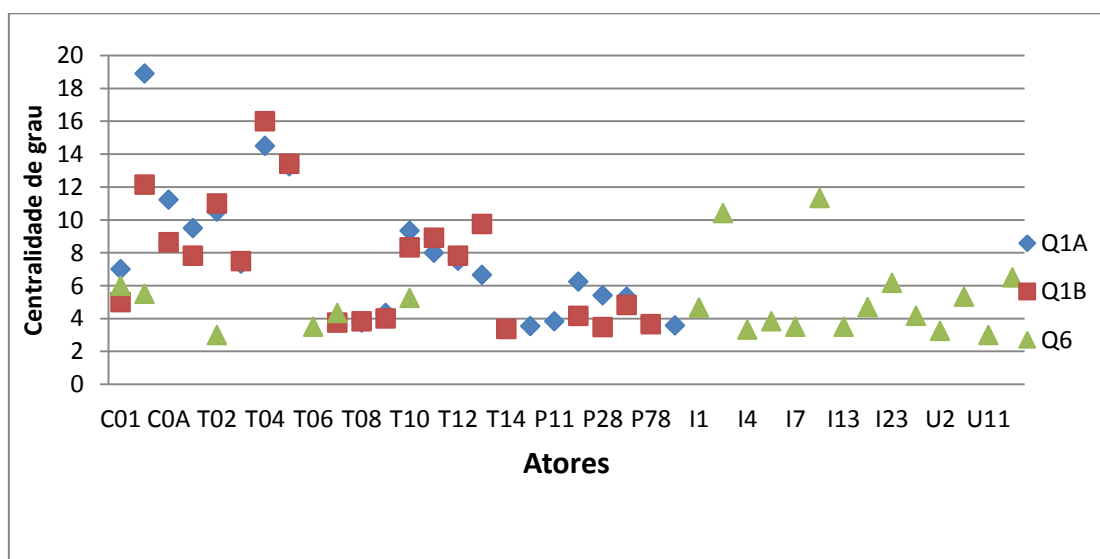
e T10), por bolsistas que atuam em serviço de atendimento móvel de urgência (B81 e B84), bolsista e preceptor de outras unidades hospitalares (B78, P22 e P29), preceptor de centro de atenção psicossocial (P27) e preceptor e tutor do PET-VS (P81 e T15).

A maioria das unidades citadas são serviços de média e alta complexidade e de atendimento de urgência e emergência.

Para entender como outras instituições contribuem para a comunicação na rede PET-Saúde, solicitamos aos atores, por meio da Q.6 citar **outra(s) pessoa(s) ou instituição(ões) que já tenham prestado informações importantes para o trabalho realizado no programa.**

Ao compararmos essa rede com as da Q.1A (**Quem você procura para buscar informação administrativa?**) e Q.1B (**Quem você procura para buscar informação acadêmica?**), que também abordam o processo de comunicação entre os atores, verificamos que alguns sujeitos são citados nas três ou em duas possibilidades, como as coordenadoras do programa, C01 e C02 e os tutores T02, T06, T07 e T10 e que surgem vários novos sujeitos, principalmente instituições e unidades de saúde (FIGURA 31). Entre elas destacamos I8, I3, U13, I23, U3, I15 e I24, com as maiores métricas de centralidade do grupo.

**Figura 31 – Distribuição de Centralidade de grau para as redes Q.1A, Q.1B e Q6, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014**



Fonte: Elaborada pelos autores

As instituições I3 e I8 são órgãos da Secretaria Municipal de Saúde que prestam apoio às Unidades de Saúde da Família, e I15 é o Núcleo de Educação Permanente da SMS de Feira de Santana. I3 é uma unidade de vigilância epidemiológica.

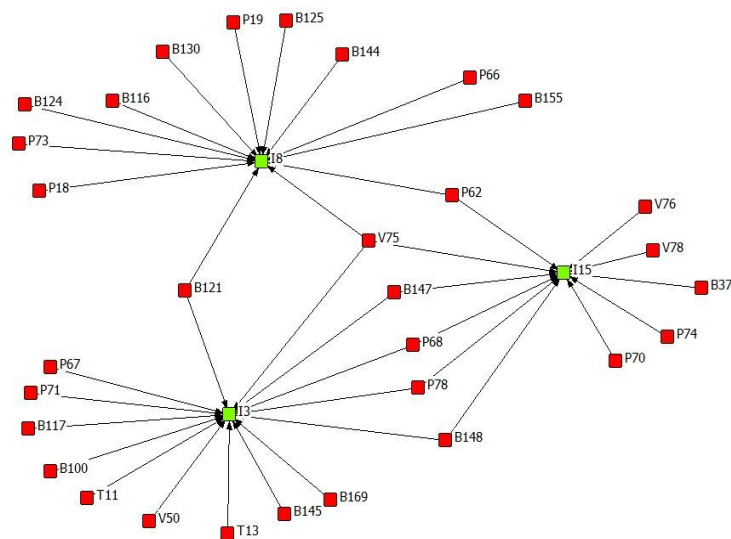
A seguir relacionamos as unidades nas quais os atores que citaram as instituições I3 e I8 (FIGURA 32) desenvolvem suas ações.

**Instituição I3:** U16 do GT.9, que funciona no mesmo local que I3; U10 do GT.10; U20 do GT.11; U24 e U26 do GT.12; U27, U28 e U29 do GT.13; U32 do GT.15 e os tutores dos GT.11 e GT.13.

**Instituição I8:** U8 e U10 do GT.10; U20, 21, 23 do GT.11; U26 do GT.12; U9, U27 e U29 do GT.13, todas são Unidades de Saúde Família.

O ator B121 da U20, também, buscou informação na I8. O V75 da U29, recebeu informação das três instituições e os atores B147, B148, P68 e P78, todos da U28, apontaram, além de I3, I15 como fonte de informações importantes.

**Figura 32 – Rede ego I3, I8 e I15 da Questão 3 , PET-Saúde – UEFS Feira de Santana, Bahia, 2014.**



Fonte: Elaborada pelos autores

Para I15 ainda são dirigidas arestas com origem nas unidades 11 do GT.04, 25 do GT.12, 9 e 28 do GT.13.

Quanto à U13, hospital especializado em saúde mental, os atores do GT.05, que desenvolvem suas atividades na U12 e no próprio U13, já obtiveram informações importantes com seus funcionários.

E quando observamos as relações com as instituições I23, I24 e U3, que representam a SMS-Feira de Santana, a UEFS e um hospital geral estadual, encontramos atores de diversas unidades de saúde, U6 e U7, GT. 02; U8 e U9, GT.03; U24 e U26, GT.12 e o T04, que receberam informações de I23. O P14, da U8 do GT03, que se liga a I23, também citou I24 como instituição que lhe forneceu informação.

Localizamos na rede arestas dirigidas para I24, cujos atores estão vinculados às unidades U17, GT.09, U21, GT.11; U26, GT. 12; U27, GT.13 e T13. Além destes atores, P24 da U3, do GT.04 que também possui aresta dirigida para I24, se refere a própria U3.

U3, juntamente com P24, recebe arestas de sujeitos vinculados às unidades U1 e U3, GT.01; U4, GT.02; U10, GT.03; U2, GT.07 e de T02.

A última questão que nos dá informação sobre a situação atual do PET-Saúde é a Q.7 que solicita aos sujeitos citar **outra(s) pessoa(s) ou instituição(ões) com as quais já realizou ação compartilhada.**

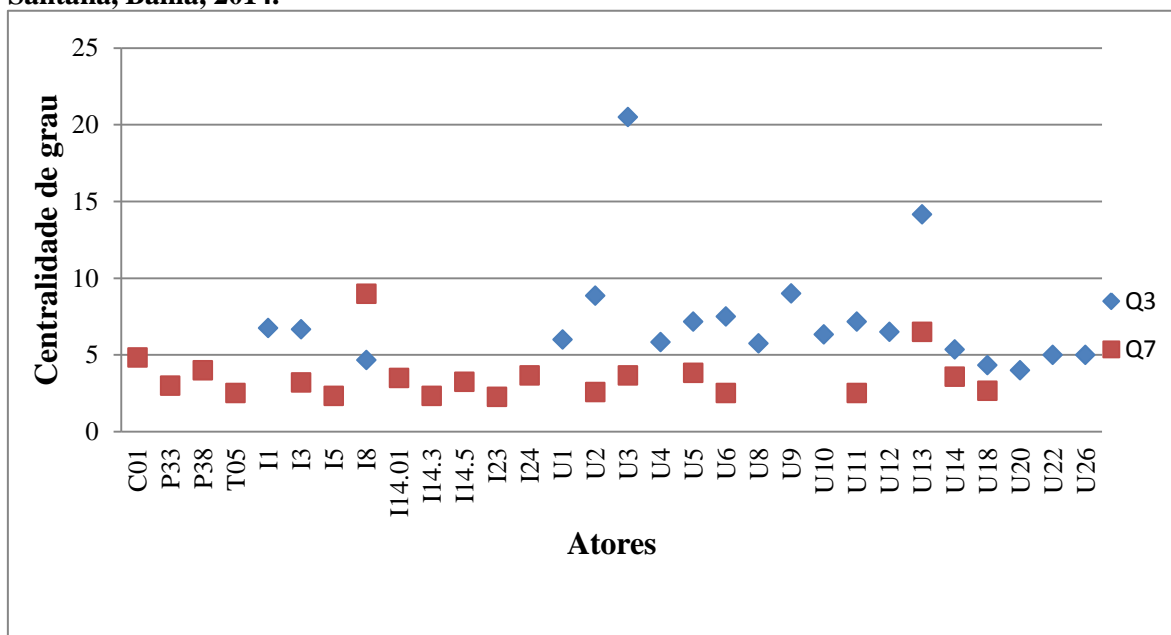
Nessa rede, os atores com as maiores centralidades foram I8, U13, I1, P38, U5, I24, U3, U14, I16, I3.

Essa rede complementa aquela que foi obtida por meio da Questão Q.3 (**Indique pelo menos três unidades do PET-Saúde com as quais você já realizou alguma ação conjunta (qualquer tipo de ação de saúde) durante sua atuação no programa**), que trata das atividades conjuntas realizadas com unidades do PET-Saúde. Podemos observar na Figura 33 que alguns atores, que não foram citados na primeira, estão na segunda e vice-versa. Por exemplo, C01, P33, P38, T05 e U20, U22 ,U26, respectivamente.

I8, U13 e U3 tem destaque nas duas redes, por suas centralidades (APÊNDICE D).

A rede gerada tem componentes isolados, como o que faz parte o T06 que realizou atividades conjuntas com instituições que desenvolvem atividades de extensão vinculadas à UEFS, I55, I56 e I57, o que une B166 do GT.14 a três pessoas do setor de vigilância epidemiológica da Prefeitura Municipal de Feira de Santana, outro componente articulado pelo V50 e diversos atores do GT09, que citam uma bolsista do T14; B07, GT.01, cita um colégio (I14.1); B120, cita atores da própria equipe do GT. 10. B19 (GT.02) cita outras dois alunos bolsistas de outra equipe do mesmo GT.

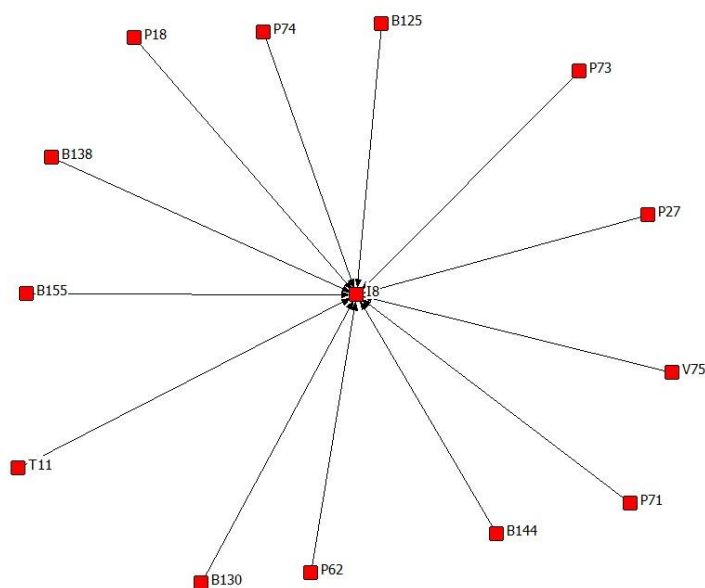
**Figura 33 – Distribuição de grau das redes Q.3 e Q.7, PET-Saúde – UEFS Feira de Santana, Bahia, 2014.**



Fonte: Elaborada pelos autores

A maioria dos atores que relataram ter realizado atividades conjuntas com I8, atuam em Unidades de Saúde da Família, exceto P27, que trabalha em um centro de atenção psicossocial (FIGURA 34).

**Figura 34 – Rede ego I8, da Questão Q.7 (Cite outra(s) pessoa(s) ou instituição(ões) com as quais já realizou ação compartilhada), PET-Saúde – UEFS Feira de Santana, Bahia, 2014.**



Fonte: Elaborada pelos autores

A equipe tutorial do GT.07, liderada pelo P37, B73, B74 e V37 citam ter realizado atividade com P38, do próprio grupo, que por sua vez, tem aresta dirigida para O21, professora da área de enfermagem do adulto da UEFS. Indicaram U3 como parceira em atividade os bolsistas B81, B83, B84 do GT.07, B34, do GT.03 e P02 do GT.01.

Realizaram atividade com U13 a equipe tutorial do GT.05 composta por P26, P27.1, B50, B51, B52, B54, que atuam na U12, e P29, que atua na U3.

#### ***4.2.3 Tendência da Rede do PET-Saúde***

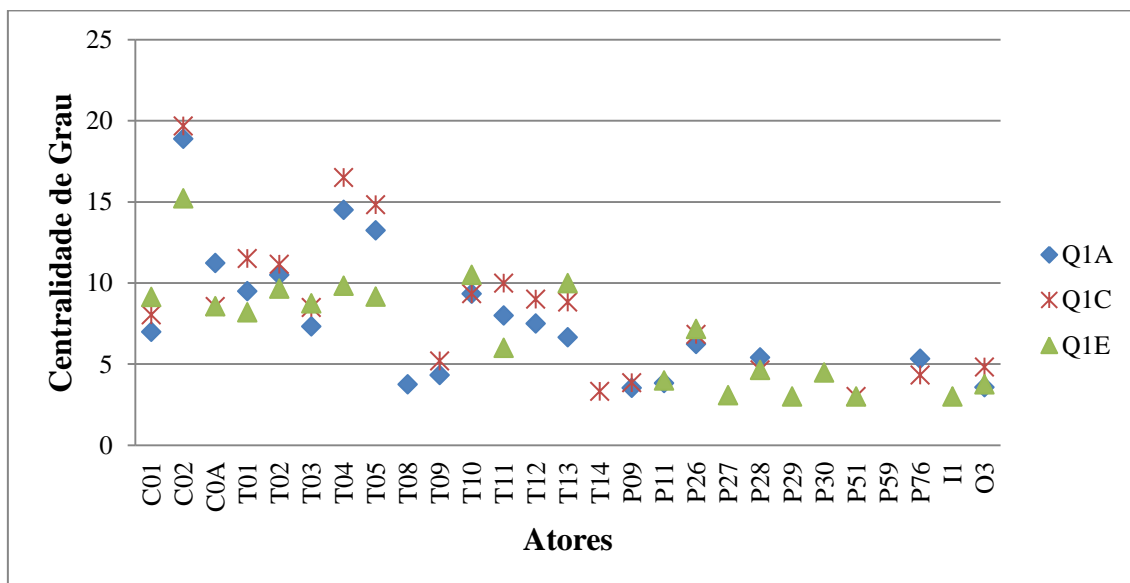
As questões Q.1E (A quem você gostaria de recorrer para buscar informação administrativa?), Q.1G (A quem você gostaria de recorrer para buscar informação acadêmica?), Q.2B (Com quem você gostaria de trabalhar?), Q.4 (Indique pelo menos três unidades do PET-Saúde com as quais você pretende realizar ações compartilhadas), Q.8 (Cite outra(s) pessoa(s) ou instituição(ões) com as quais pretende realizar ação compartilhada), como já explicitado no início deste capítulo, foram elaboradas com a intenção de se obter a tendência futura da rede PET-Saúde. Pretendíamos com essas perguntas projetar uma rede das relações que poderiam ser estabelecidas, a partir do desejo dos sujeitos que participam da rede.

Ao compararmos as questões Q.1A, Q.1C com a Q.1E (FIGURA 35), em que a pergunta é sobre a quem você gostaria de solicitar informação administrativa, verificamos, pela centralidades de grau e de proximidade, que existe uma tendência de se manter o mesmo comportamento das redes reais, Q.1A e Q.1C, com relação à comunicação com as coordenadoras e tutores da rede. A coordenadora C02 continua como a mais indicada, seguida de T04, T05 e T02 e as secretárias do programa continuam entre os atores mais indicados para obtenção de informação administrativa.

No entanto, na rede Q.1E, visualizamos a inclusão de vários preceptores e de II como sujeitos que podem vir a ser procurados pelos atores do PET-Saúde.

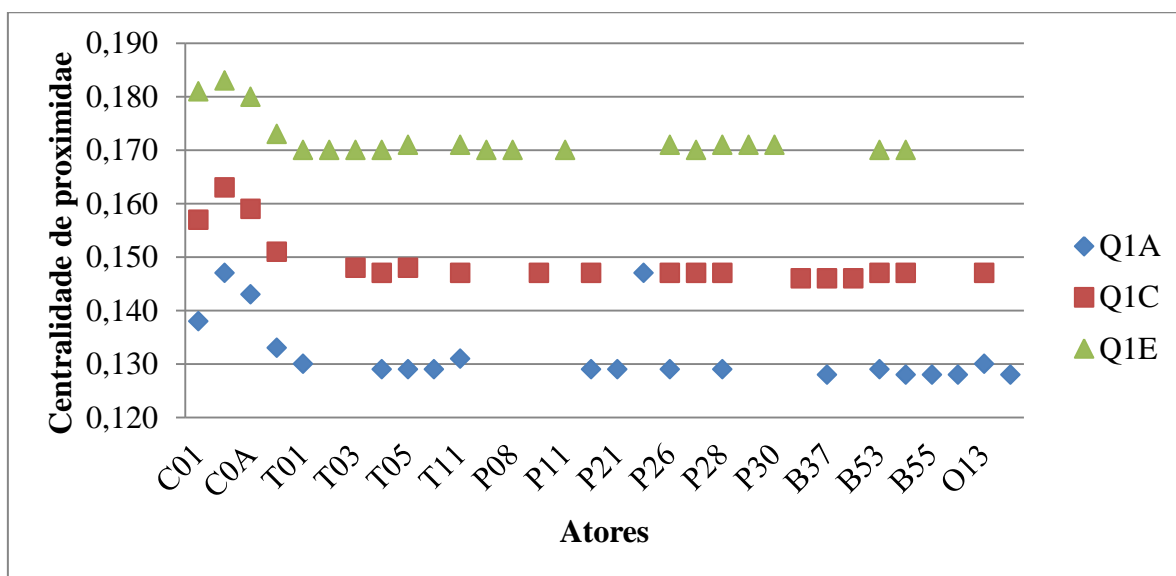
A regularidade no comportamento da rede pode ser visualizada também na distribuição das centralidades de proximidade (FIGURA 36).

**Figura 35 – Distribuição de grau das Questões 1A, 1C e 1E, PET-Saúde – UEFS Feira de Santana, Bahia, 2014.**



Fonte: Elaborada pelos autores

**Figura 36 – Distribuição da centralidade de proximidade das Q.1A, Q.1C e Q.1E, PET-Saúde – UEFS Feira de Santana, Bahia, 2014.**



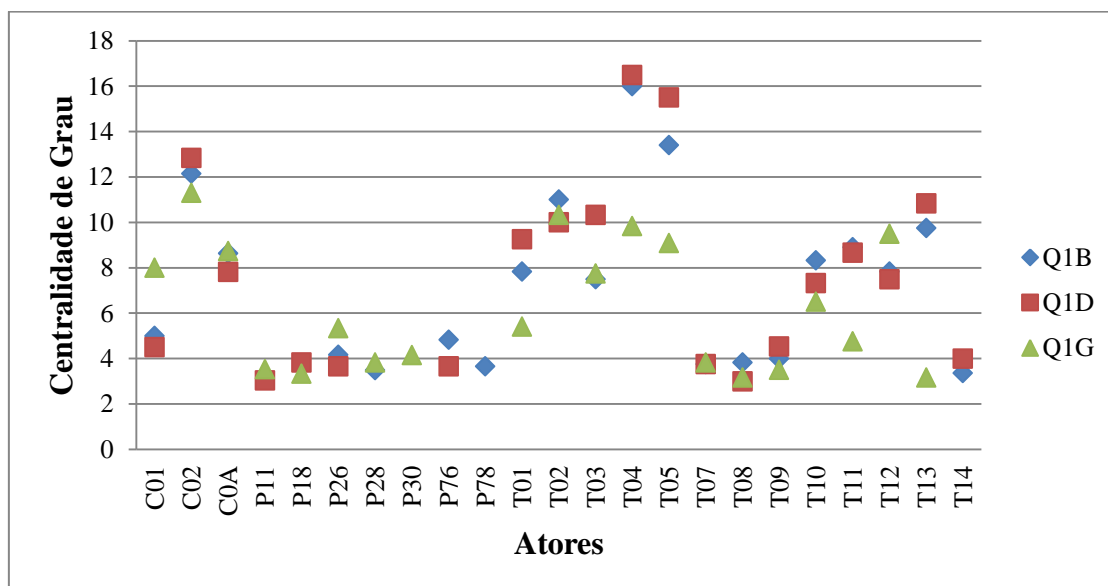
Fonte: Elaborada pelos autores

Na análise das maiores centralidades de grau para a questão 1G, sobre informação acadêmica, para entender como seria o comportamento da rede a partir das

aspirações de seus atores, observamos que ocorreria uma pequena mudança quanto à importância dos preceptores. P76 e P78, que estavam nas redes Q.1C (**De quem você recebe informação administrativa?**) e Q.1D (**De quem você recebe informação acadêmica?**); não aparecem mais entre os primeiros indicados como opção para busca de informação acadêmica, sendo incluído P30.

No entanto, as coordenadoras do PET-Saúde, juntamente com os tutores do PETRedes e outros tutores que proporcionam as informações relativas às questões acadêmicas, aparecem na rede 1G como escolhas preferenciais dos atores (FIGURA 37).

**Figura 37 – Distribuição da centralidade de grau das Q.1B, Q.1D e Q.1G, PET-Saúde – UEFS Feira de Santana, 2014.**



Fonte: Elaborada pelos autores

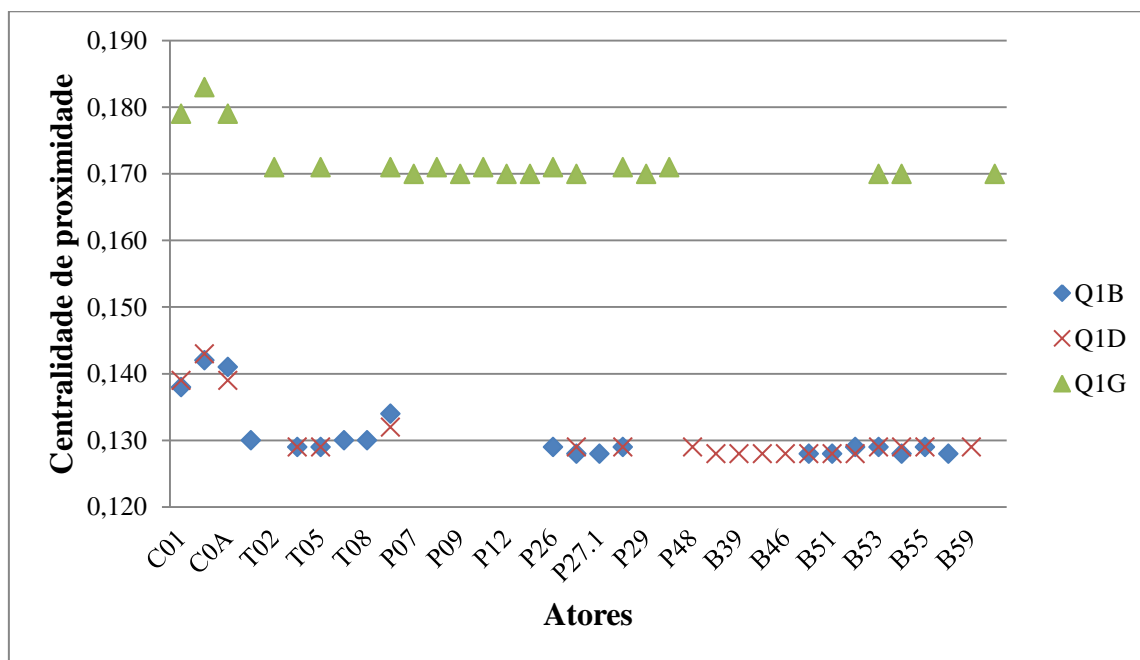
Com relação aos atores que aproximam os sujeitos na rede, percebemos que nas redes Q.1D e Q.1G mantêm-se o comportamento da primeira, Q.1B, com relação às coordenadoras do programa, que aparecem com as maiores medidas (APÊNDICE I). Mas ocorre uma mudança na rede Q.1G, quando vários preceptores do PET-Redes se destacam e aparecem como opção de busca de informação O17 (Coordenador do curso de enfermagem).

Observamos também que T05 e T11 estão entre os sujeitos com as maiores centralidades de proximidade nas três redes e, T02 aparece na rede da Questão Q.1G.



Com relação aos demais vértices, ocorrem variações na importância dos atores. Na rede da Questão Q.1G, ocorre uma alteração com a entrada de bolsistas e preceptores dos GT.01 e GT.05 entre os atores com maiores centralidades (FIGURA 38).

**Figura 38 – Distribuição da centralidade de proximidade das Questões Q.1B, Q.1D e Q.1G, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**



Fonte: Elaborada pelos autores

Na análise da Questão Q.2B (**Com quem você gostaria de trabalhar?**) observamos que alguns atores que aparecem entre as primeiras centralidades de grau na Q.2A, como C01, C02, vários tutores e preceptores, se repetem e que novos sujeitos foram apontados pelos atores da rede.

Entendemos que as duas perguntas se completam, dando-nos um panorama da satisfação dos sujeitos em relação aos parceiros de trabalho. Por isso, resolvemos agrupar os dados em apenas uma rede, cujas estatísticas básicas estão apresentadas no Quadro 6.

Na análise das maiores centralidades de grau para a questão Q.1G (**A quem você gostaria de recorrer para buscar informação acadêmica?**), para entender como seria o comportamento da rede a partir das aspirações de seus atores, observamos que ocorreria uma pequena mudança quanto à importância dos preceptores. P76 e 78, que estavam nas redes Q.1C (**De quem você recebe informação administrativa?**) e Q.1D (**De**

quem você recebe informação acadêmica?), não aparecem mais entre os primeiros indicados como opção para busca de informação acadêmica, sendo incluído P30.

**Quadro 6 – Estatísticas básicas e atores mais importantes das redes Q.2A, Q.2B e Q.2A2B, PET-Saúde, UEFS, Feira de Santana, 2014.**

Rede	Q.2A	Q.2B	Q.2A2B
$n =  V $	567	567	567
$m =  E $	616	449	888
Comp.	279	309	251
> Comp.	273	249	317
$\Delta$	0.001916	0.001396	0.0027
$C$	0.2755	0.0734	0.2386
$L$	2.798	4.332	5.860
$\langle k \rangle$	2.173	1.583	3.132
$D$	10	13	17
Atores mais importantes (10)	T11, C02, C0A, T14, T02, T04, T13, T10, T12, T05	P28, T07, C01, T05, P55, T10, P76, T13, T14, T04	T04, T14, P28, T11, P59, V20, T08, T07, I5, I2

Fonte: Elaborada pelos autores

Essa representação da afinidade na rede do PET-Saúde tem uma configuração que se diferencia das outras duas, quanto a suas distâncias geodésicas, grau médio e densidade, cujos valores são superiores.

Os atores que se destacam nessa rede incluem um voluntário, V20 e, duas instituições, I2 e O11, que não apareceram nas demais redes (FIGURAS 39 e 40).

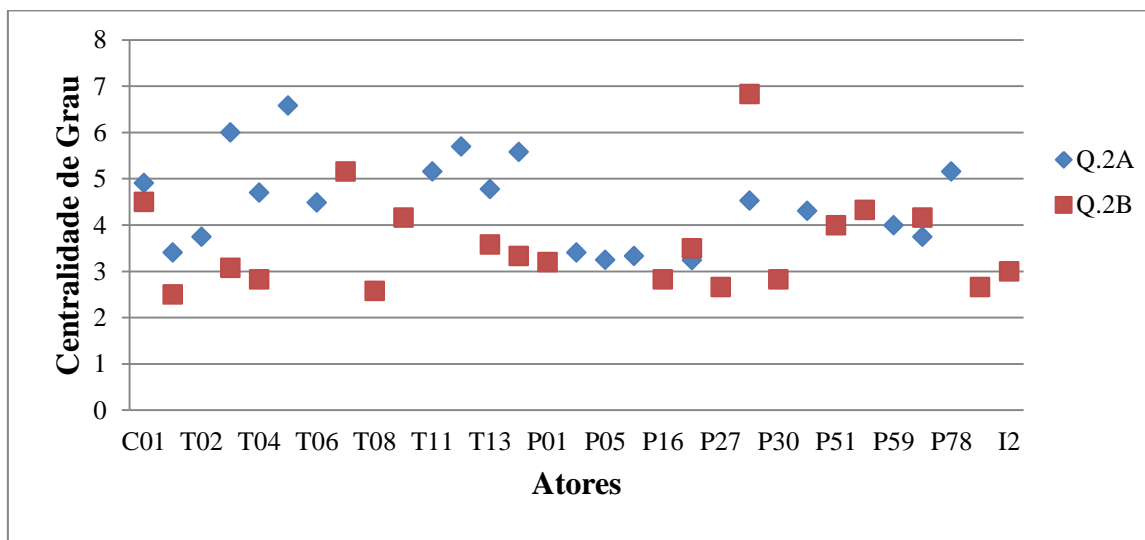
As questões Q.4 ( **Indique pelo menos três unidades do PET-Saúde com as quais você pretende realizar ações compartilhadas**) e Q.8 ( **Cite outra(s) pessoa(s) ou instituição(ões) com as quais pretende realizar ação compartilhada**) procuram conhecer as pessoas, unidades ou instituições com as quais atores do PET-Saúde pretendem realizar ações conjuntas.

Os atores com as maiores centralidades (TABELA 14) são:

Na rede Q.4 – U3, U8, U9, U11, U2, U14, U6, U10, U5, U12

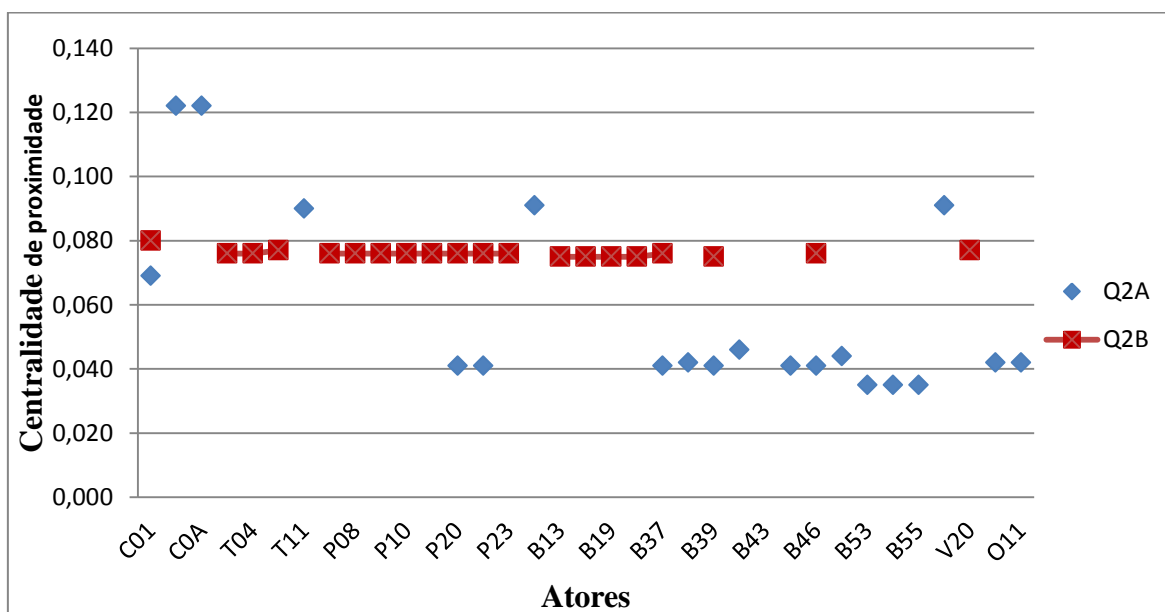
Na rede Q.8 – U3, U11, I1, I8, U2, U13, U14, I7, U5, I15

**Figura 39 – Distribuição das centralidades de grau das Questões Q.2A e Q.2B, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**



Fonte: Elaborada pelos autores

**Figura 40 – Distribuição da centralidade de proximidade das Questões Q.2A e Q.2B, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014**

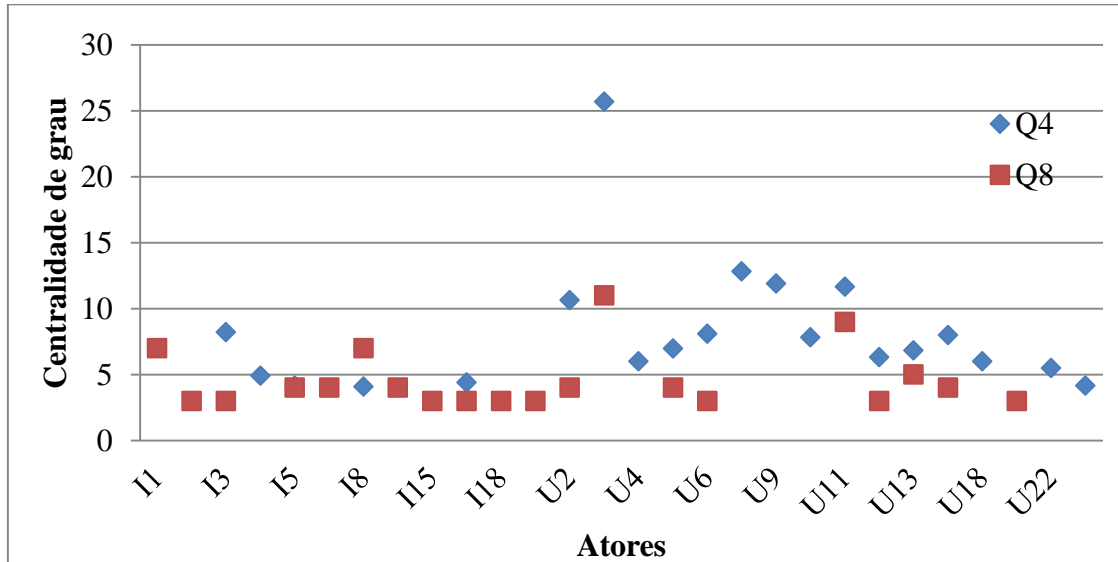


Fonte: Elaborada pelos autores

Na rede Q.8, verificamos que U3, U11 e I8 possuem as maiores centralidades de grau (FIGURA 41). No entanto, não se destacam entre os que possuem as maiores centralidades de proximidade. Essas centralidades têm valores muito próximos, com pequena diferença entre as maiores medidas (FIGURA 42).

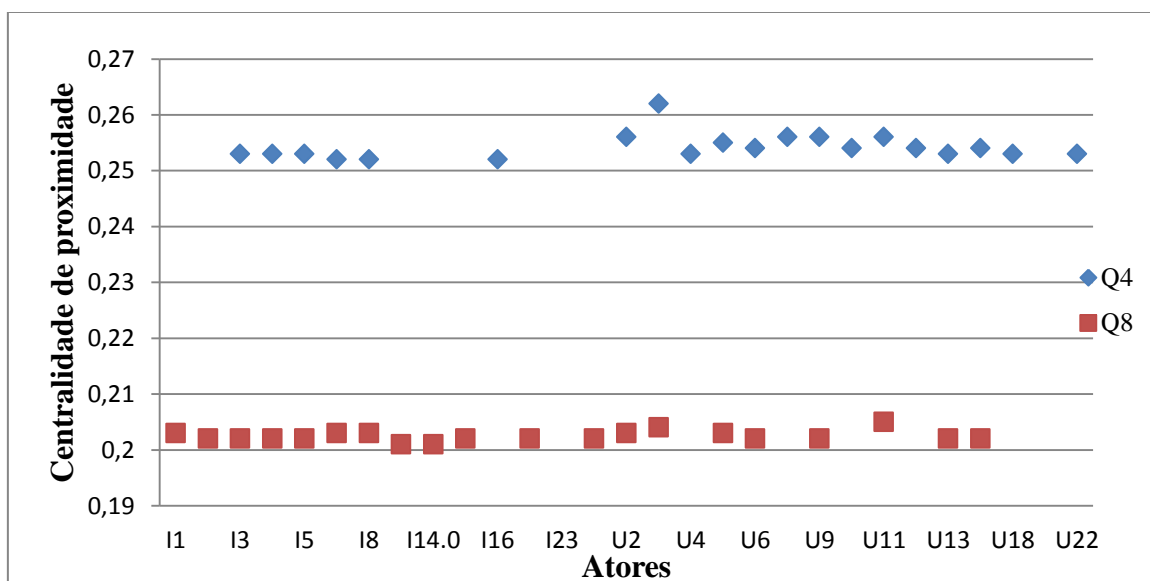
Dos 15 atores que mencionaram U3, apenas três não estão entre os que a indicaram na Questão Q.4.: B09, B76 e V47 (FIGURA, 43).

**Figura 41 – Distribuição da centralidade de grau das Questões Q.4 e Q.8, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**



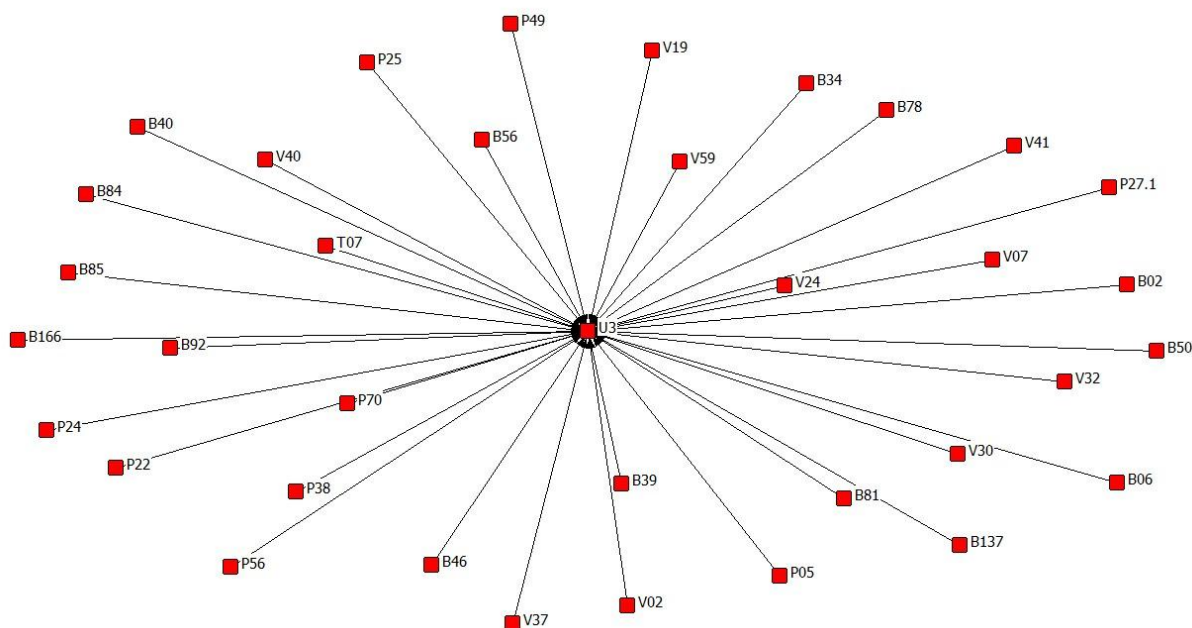
Fonte: Elaborada pelos autores

**Figura 42 – Distribuição da centralidade de proximidade das Questões Q.4 e Q.8, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**



Fonte: Elaborada pelos autores

**Figura 43 – Rede ego de U3 das Questões Q.4 e Q.8, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, 2014**



Fonte: Elaborada pelos autores

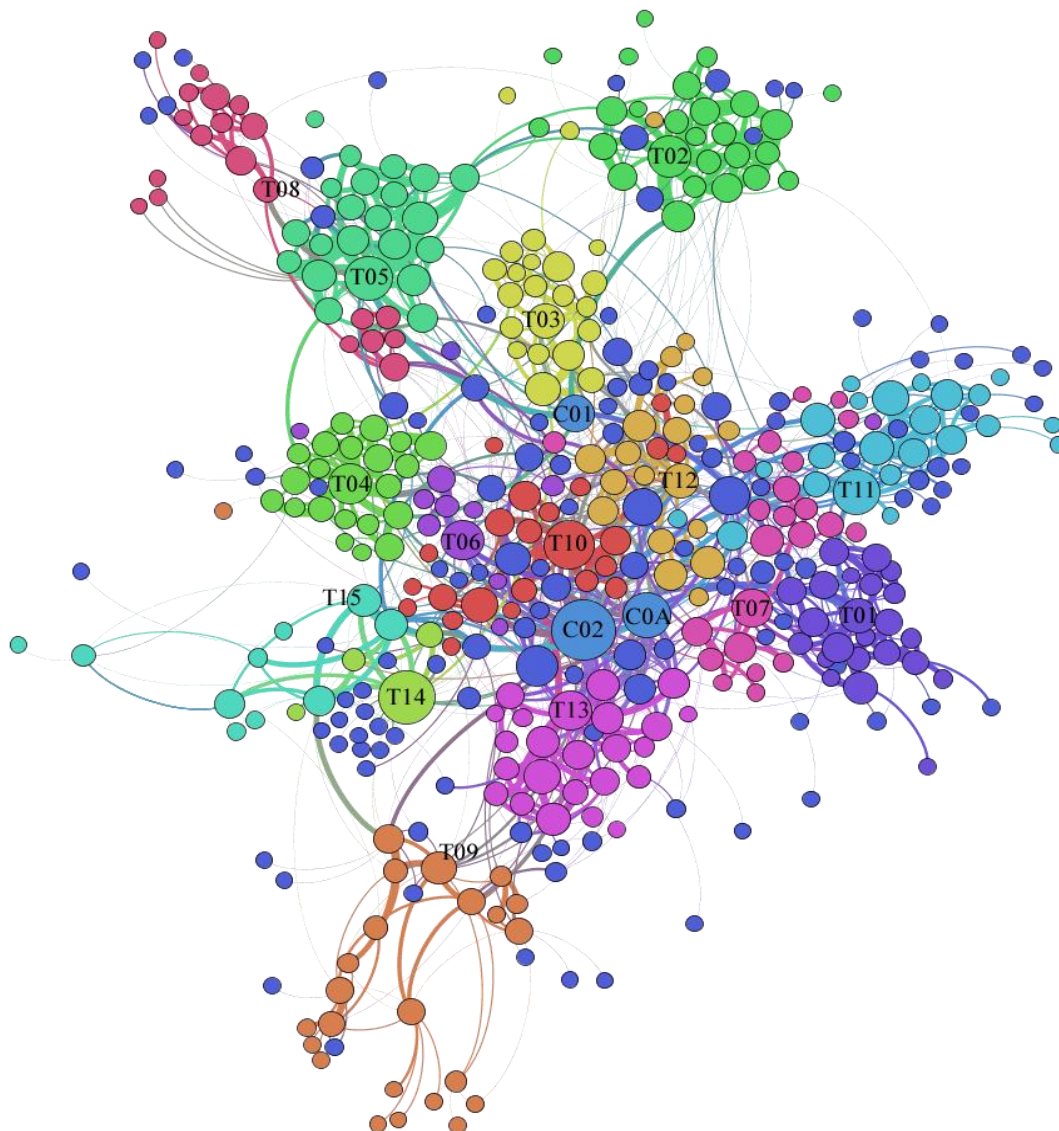
Verificamos novamente que a I8 (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) é uma das primeiras instituições citadas quando os atores se referem à realização de ações compartilhadas.

Concluída a fase de análise de cada rede, gerada a partir das questões que constituíram o questionário, realizamos a sobreposição dos dados das redes que se referem à realidade real do PET-Saúde UEFS (Q.1A, Q.1B, Q.1C, Q.1 D, Q.2A, Q.3, Q.5, Q.6 e Q.7) e geramos uma rede não dirigida, intitulada de Rede PET-Saúde Total (FIGURA 44).

A Rede PET-Saúde Total é constituída de 567 vértices e 1.339 arestas. Possui 135 componentes, um deles com 433 atores conectados e os demais são 134 vértices isolados (QUADRO 7).

Ao agregarmos todas as questões em uma mesma rede foi possível uma maior aproximação da rede real, ampliando os contatos entre os atores, pois as pessoas são levadas a estabelecer relações em uma rede social por diferentes motivos.

**Figura 44 – Rede PET-Saúde Total com destaque para as coordenadoras e os tutores, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014**



Fonte: Elaborada pelos autores

A densidade calculada para a Rede PET-Saúde Total tem grandeza muito superior a das redes específicas construídas para cada questão. Isto indica que seu Capital Social é maior, com um grupo mais potente no sentido de atingir os objetivos da organização.

As redes sociais têm topologia de uma rede Mundo Pequeno, com distâncias pequenas entre quaisquer dois vértices.

Para verificar se uma rede se comporta como Mundo Pequeno, calcula-se para uma rede aleatória com o mesmo número de vértices e mesmo grau médio, coeficiente

de aglomeração e caminho mínimo médio. O coeficiente de aglomeração deve ser muito menor e o caminho mínimo médio ( $L$ ) da mesma ordem de grandeza da rede estudada (WATTS; STROGATZ, 1998).

Nesse sentido, geramos uma rede aleatória com o mesmo número de vértices e grau médio da, cujos valores encontrados para o Coeficiente de aglomeração médio foi de  $C = 0,0205$  e para o caminho mínimo médio de  $L = 2,79312$ . Ao compararmos esses valores com o da rede real, verificamos que o caminho mínimo médio é da mesma escala de valor da rede PET-Saúde e que a centralidade de aglomeração média é muito menor. Assim, podemos dizer que a rede PET-Saúde se comporta como uma rede social.

Calculamos as centralidades de grau, proximidade, intermediação e informação para a rede PET-Saúde Total e, encontramos que C02 tem as maiores medidas de todos os vértices e que T05, T11, T10 e C0A estão entre os atores com as quatro maiores centralidades (FIGURAS 44, 45, 46 e 47). Os demais atores assumem diferentes posições na tabela das centralidades (APÊNDICE I).

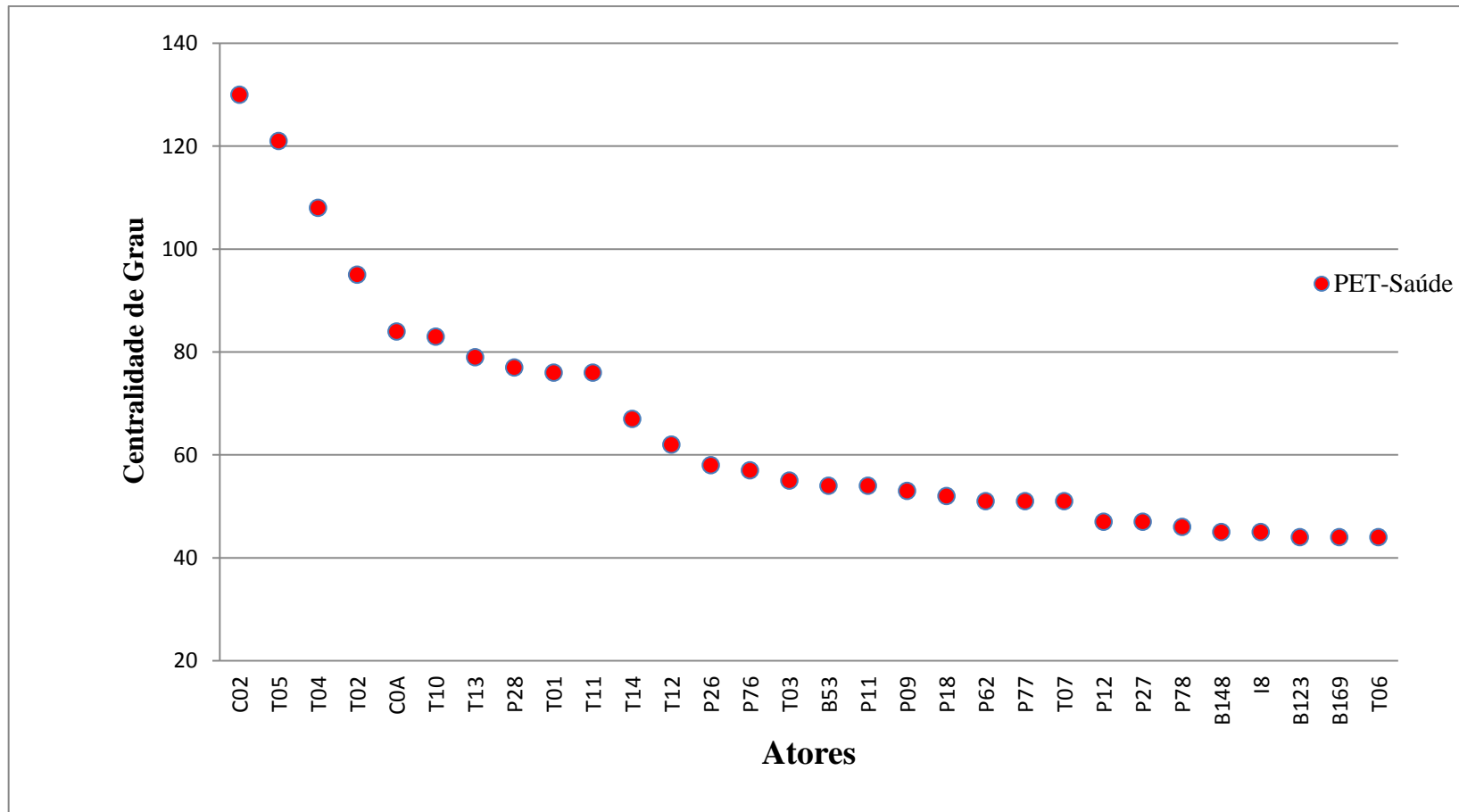
Quadro 7 – Estatísticas básicas e atores mais importantes da Rede PET-Saúde Total, PET-Saúde, UEFS, Feira de Santana, 2014.

<b>Rede</b>	<b>Geral</b>
$n =  V $	567
$m =  E $	1339
Comp.	135
> Comp.	433
$\Delta$	<b>0.01428350</b>
$C$	<b>0.37192027</b>
$L$	3,78523
$\langle k \rangle$	<b>12.36951501</b>
$D$	8
Atores mais importantes	C02, T05, T11, T10, C0A

Fonte: Elaborada pelos autores

Calculamos as centralidades de grau, proximidade, intermediação e informação para a rede PET-Saúde Total e, encontramos que C02 tem as maiores medidas de todos os vértices e que T05, T11, T10 e C0A estão entre os atores com as quatro maiores centralidades (FIGURAS 45, 46, 47 e 48). Os demais atores assumem diferentes posições na tabela das centralidades (APÊNDICE I).

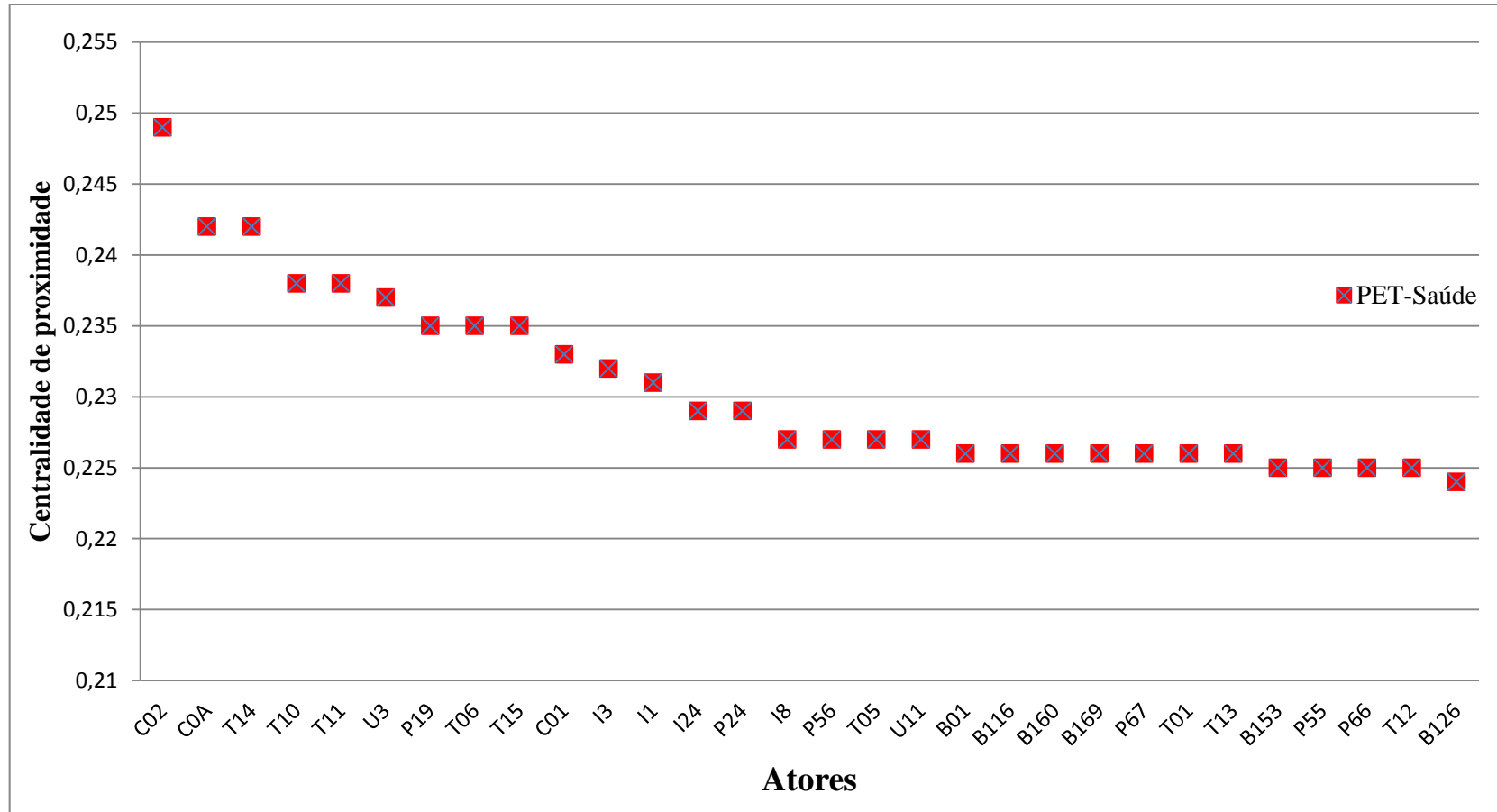
**Figura 45 – Distribuição da centralidade de grau da Rede PET-Saúde Total, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**



Fonte: Elaborada pelos autores

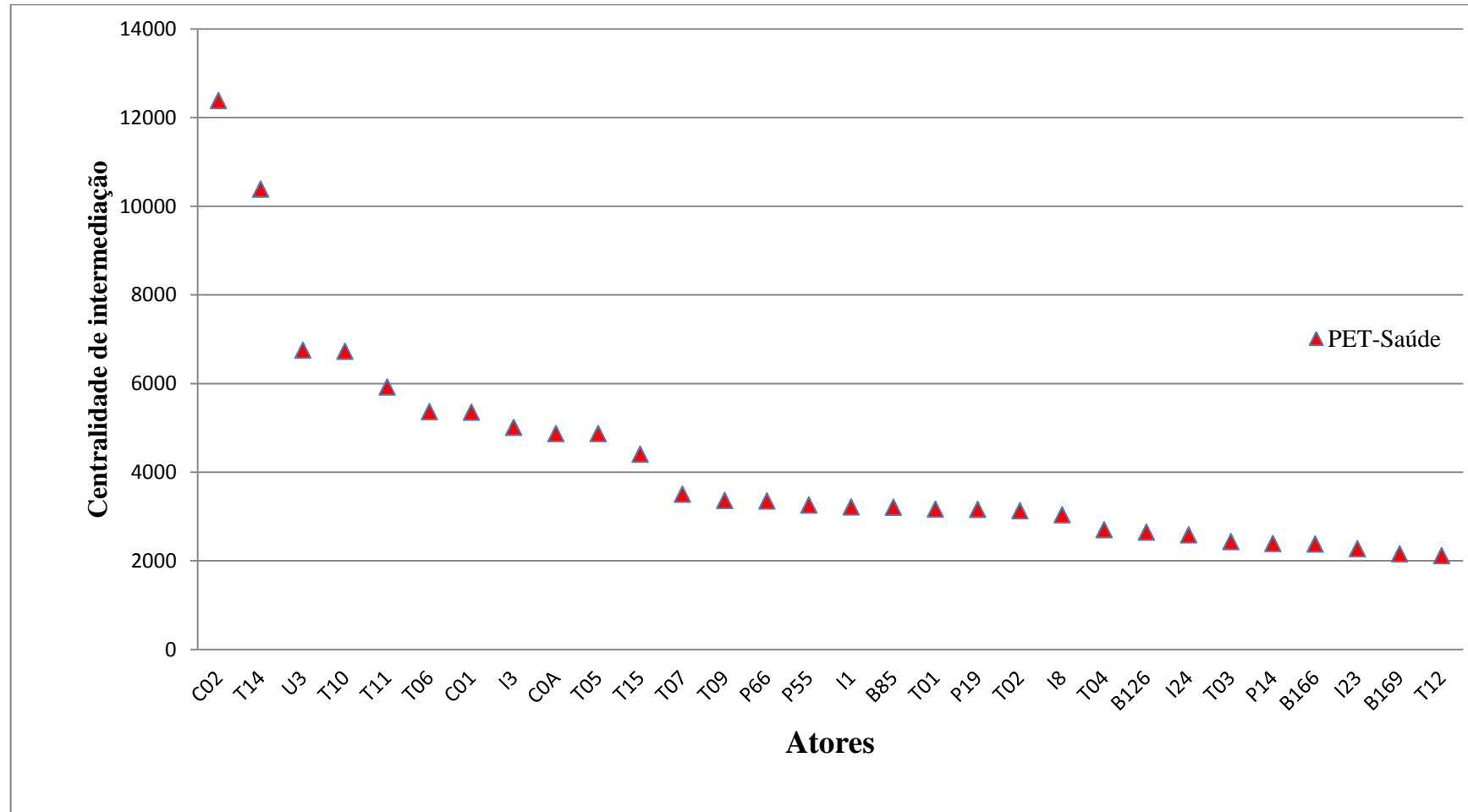


Figura 46 – Distribuição da centralidade de proximidade da Rede PET-Saúde Total, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.



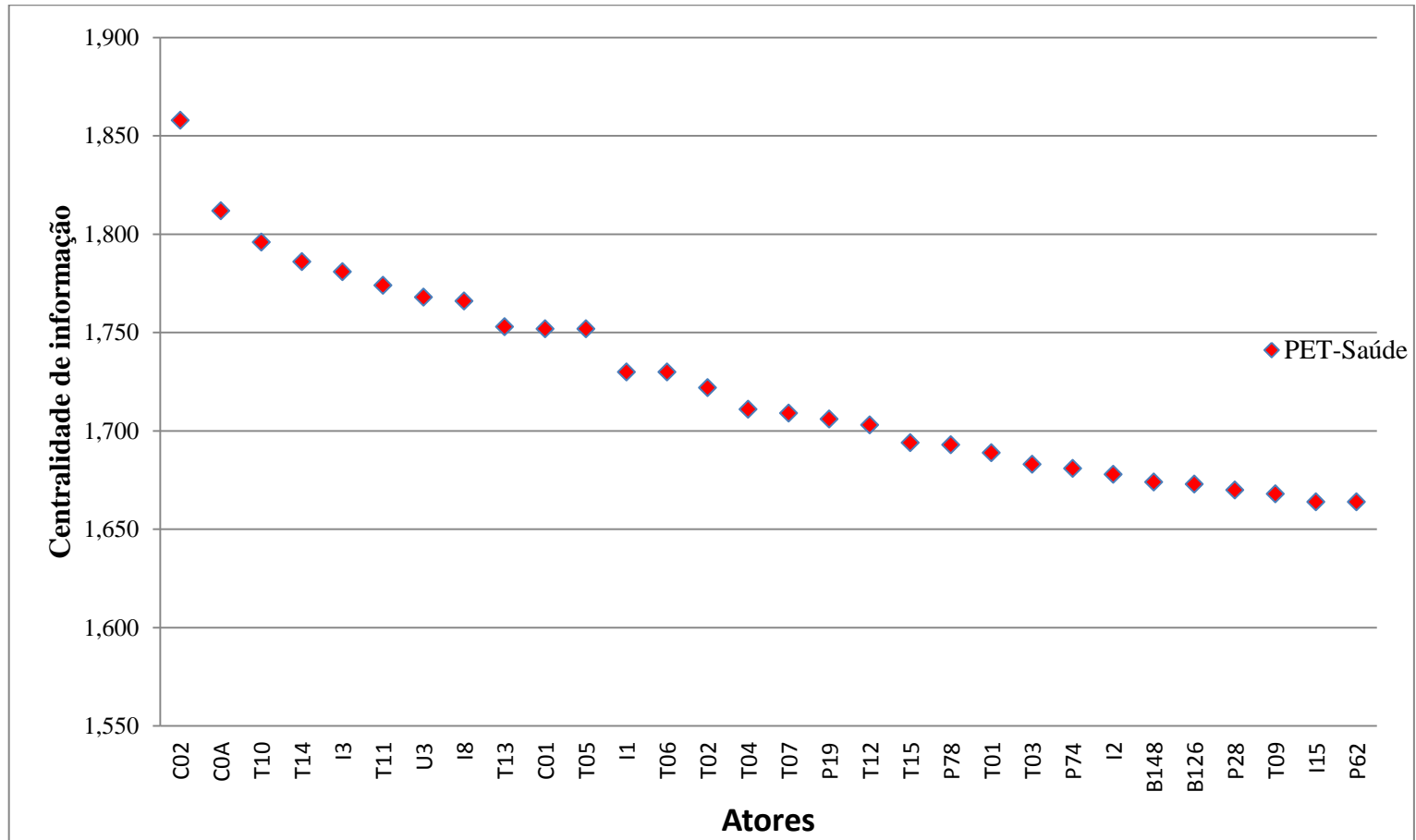
Fonte: Elaborada pelos autores

**Figura 47 – Distribuição da centralidade de intermediação da Rede PET-Saúde Total, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**



Fonte: Elaborada pelos autores

**Figura 48 – Distribuição da centralidade de informação da Rede PET-Saúde Total, PET-Saúde – UEFS, Feira de Santana, Bahia, 2014.**



Fonte: Elaborada pelos autores

#### **4.4 Resultado da Análise Hermenêutica-Dialética**

Apresentaremos os resultados da análise qualitativa em dois tópicos. No primeiro vamos trazer as questões relacionadas com o PET-Saúde enquanto um lugar de ensino-aprendizagem, com potência para produção de conhecimento que favoreça a formação de sujeitos comprometidos com a realidade, organizadas no subtítulo **4.4.1 O Pet-Saúde como um espaço de potência para produção de conhecimento: a efetividade de práticas de ensino-aprendizagem mais alinhadas com a transformação de sujeito implicados com a realidade.**

Em seguida, no subtítulo **4.4.2 Importância do Pet-Saúde para a qualificação do SUS: a possibilidade de práticas não centradas no profissional, não apenas biocentradas,** os resultados tratam da importância do programa para mudar o processo de trabalho nas unidades de saúde no sentido de promover ações indutoras de mudança do Sistema Único de Saúde, que garantam a integralidade do cuidado.

##### ***4.4.1 O Pet-Saúde como um Espaço de Potência para Práticas de Ensino-Aprendizagem mais Alinhadas com a Transformação de Sujeitos Implicados com a Realidade***

A implantação do PET-Saúde na Universidade Estadual de Feira de Santana, com abrangência aos serviços de saúde da rede municipal e estadual, levou à conformação de um espaço de ensino-aprendizagem que pode contribuir para a formação de sujeitos implicados com as necessidades do SUS e estabelecer um processo de educação permanente que permita a produção de conhecimento constante nas unidades de saúde com vistas a melhorar o desempenho dos profissionais da rede.

Ao estender esse espaço para além dos muros da UEFS, surgem, no entanto, questões que precisam ser analisadas para que tenhamos a compreensão do quanto estão viabilizando os objetivos do Programa.

Uma delas diz respeito ao modo como as equipes se articulam no planejamento das ações que serão desenvolvidas, pois na medida em que os sujeitos empreendem projetos juntos, eles interagem e estabelecem vínculos.

#### **Planejamento fragmentado das ações**

As ações desenvolvidas pelos professores, preceptores e alunos da Rede PET-Saúde precisam resultar de um planejamento integrado entre as equipes para que os sujeitos se apropriem do conhecimento necessário para efetivar a sua intervenção.

O processo de elaboração das atividades, no entanto, ocorre de forma isolada por Grupo Tutorial, não havendo uma interação entre os componentes dos diferentes projetos, e, tampouco, entre as coordenações, apesar de existirem unidades onde atuam o PRÓ-SAÚDE e o PET-Redes.

Os tutores tomam conhecimento das ações realizadas pelos outros grupos tutoriais, mas não se envolvem com as mesmas. Na prática dos serviços, os sujeitos de projetos diferentes, preceptores e alunos que se encontram nos cenários de prática, aproximam-se de acordo com as necessidades demandadas pela equipe de saúde.

No âmbito de cada Grupo Tutorial, as ações efetivadas nem sempre contam com a participação de todos os componentes da equipe, no entanto, são discutidas previamente nas reuniões que acontecem na UEFS. Dessa forma, a construção da ação tem se dado de forma multidisciplinar, com a participação de alunos e profissionais de diferentes cursos. O planejamento, apesar de presente nos programas, ocorre de forma isolada, sem articular os grupos tutoriais do PROPET, PET-Redes e PET-VS, mesmo quando estão atuando em uma mesma unidade.

Apesar dessa realidade, existe a concepção, por parte de sujeitos envolvidos com a coordenação, de que o planejamento ocorre coletivamente e que existe integração entre as equipes no desenvolvimento das atividades, justificada pelas reuniões que ocorrem entre os tutores no campus da UEFS.

### **Ações integradas entre PET-Redes e PRÓ-SAÚDE**

Uma estratégia que tem sido utilizada pelas coordenações dos programas para aproximar os diferentes projetos é a promoção de cursos e oficinas para se discutir as metodologias ativas de aprendizagem e outras questões pertinentes ao processo de ensino-aprendizagem no PET-Saúde.

Na prática, os tutores, preceptores e alunos conseguem se articular para executar as ações, apesar de não existir uma intervenção mais efetiva por parte das coordenações para garantir essa integração entre os grupos. Não existe um planejamento integrado entre os diferentes projetos. Nem mesmo as experiências exitosas dos grupos são compartilhadas com os demais.

Essa dificuldade de articulação que ocorre no espaço dos serviços entre os Grupos Tutoriais reflete a falta de vínculo entre os cursos e também entre os próprios professores que participam do programa.

Até mesmo no PET-Redes, com suas diversas áreas temáticas, não se desenvolve um trabalho com vistas a uma prática integral. Não existe integração planejada entre as suas próprias equipes e tampouco com os outros projetos.

Os preceptores e alunos que atuam em unidades de saúde nas quais funcionam equipes do PROPET e do PET-Redes têm realizado em parceria atividades de educação em saúde nas recepções das unidades de saúde (salas de espera), enquanto as pessoas aguardam atendimento e, algumas oficinas solicitadas pelos profissionais que estão à frente das ações, a partir das necessidades da comunidade. Algumas delas garantidas mais pelo tempo de convivência entre os profissionais que atuam como preceptores, do que pela intervenção do programa.

As instalações da UEFS e das unidades de saúde aglutinam alunos, docentes e profissionais, como também a comunidade adstrita, caracterizando-se por um espaço social complexo, onde ocorre um processo de ensino-aprendizagem, com propostas de pesquisa e projetos de extensão, que levam ao estabelecimento de fluxos de informação entre os sujeitos dessa rede e contribuem para a construção e difusão de conhecimentos.

Passamos aos aspectos que mostram a importância dos sujeitos do programa para a incorporação na formação e na prática dos profissionais, em um processo de educação permanente, conhecimentos alinhados com as Diretrizes Curriculares Nacionais e com os princípios do SUS.

Na relação entre a academia e os serviços de saúde, discutindo as questões de cunho burocrático e científico, observa-se uma grande demanda para os tutores, que precisam conciliar suas atividades docentes na UEFS, com o acompanhamento das ações administrativas da condução do trabalho, além da presença no próprio campo de estágio. Como também na condução do planejamento das ações até a avaliação e redirecionamento das propostas. O trabalho do tutor nos leva a perceber a importância do docente comprometido com os valores da Saúde Coletiva na condução do projeto, desde o seu planejamento.

Nas questões científicas, orientando os projetos de pesquisa e extensão e as atividades educativas voltadas para os sujeitos do PET, profissionais da rede de saúde e comunidade compartilham e alternam com os preceptores as funções de orientadores e coorientadores dos alunos na condução das pesquisas.

Os tutores estimulam o trabalho do preceptor na orientação dos alunos durante as práticas desenvolvidas nas unidades, como também nas discussões científicas sobre os saberes necessários para uma atenção integral, frente à inexistência de um processo de educação permanente no serviço público estadual e municipal.

Além disso, precisa-se estar atento às condições de trabalho, à sobrecarga de atividades para possibilitar uma interação, que não leve ao estresse dos participantes, conduzindo os preceptores para as ações nas unidades de saúde.

O tutor é o principal responsável pela mediação entre a Universidade e os serviços de saúde. É ele quem está em contato com os profissionais das unidades, fornecendo material educativo, promovendo rodas de discussão de temas necessários para dar resposta aos anseios da comunidade, e quem conduz as atividades realizadas com o grupo no campus da IES, além de promover a conversa entre as diferentes categorias que estão nos serviços.

O resultado do trabalho reflete a forma como o tutor conduz as ações.

Nas reuniões mensais de acompanhamento das ações do PET-Saúde, além do relato das atividades, os componentes do programa discutem um tema previamente definido e estudado. Os componentes do PET-Saúde tinham a oportunidade de compartilhar suas experiências e discutir seus saberes, gerando novos conhecimentos.

Essa dinâmica é uma proposta da coordenação do PET-Saúde a ser seguida por todos os GT. No entanto, as reuniões não seguem a mesma linha em todos os grupos, pois dependem muito da posição do tutor na equipe.

Os preceptores são responsáveis pelo acompanhamento dos alunos bolsistas e alunos voluntários em suas ações nas unidades de saúde e na comunidade adstrita. Momento de ensino-aprendizagem e prática, em que fazem a interlocução entre a Instituição de Ensino Superior e a comunidade e, assim, inserem os alunos no cotidiano do serviço e ajuda-os a realizar o processo de reconhecimento das condições de saúde da população. São responsáveis pelo atendimento clínico, pela gestão das unidades e têm contribuído para a formação dos discentes.

Os alunos reconhecem a importância da vivência no PET-Saúde para adquirir novos conhecimentos e desenvolver novas habilidades. Os avanços são no campo cognitivo e das relações. No PET-Saúde os discentes superam limites. Alunos tímidos com dificuldade em estabelecer vínculos com os usuários dos serviços relatam novas posturas adquiridas com os preceptores e com outros profissionais do serviço, como os Agentes Comunitários de Saúde. Essa associação teoria-prática tem levado a aquisição

de saberes que antecipam a teoria abordada na academia.

Os preceptores compreendem a necessidade de fazer com que os alunos possam chegar, observar e se familiarizar com a equipe e com a comunidade, ao tempo que vão contribuindo para o atendimento. Enfatizam, ainda, a importância da aprendizagem extramuros, por extrapolar o conhecimento acadêmico e permitir acesso a saberes da vida.

Os preceptores rompem no cotidiano das práticas desenvolvidas com os alunos do PET a fragmentação profissional e têm trabalhado em uma perspectiva interdisciplinar, ao orientar alunos de diversas formações de saúde.

A exigência de alguns tutores para que os bolsistas preparassem apresentações sobre problemas identificados como importantes para o processo de trabalho nas unidades, criou um ambiente rico de discussão científica que potencializou o trabalho dos preceptores. Por sua vez, esses últimos também disponibilizariam artigos e outros materiais científicos para os estudantes. Os alunos disponibilizam 10 horas por semana para o estágio e, duas dessas horas são destinadas para o estudo orientado pelos tutores e preceptores.

A permanência de Grupos Tutoriais de diferentes projetos em um mesmo cenário também foi uma forma de quebrar a resistência dos profissionais em aceitar compartilhar seu trabalho com profissionais de outras categorias. O movimento dos alunos entre um projeto e outro contribuiu para mudança de posturas e integração de conhecimentos. Os alunos fazem a intermediação de informações entre os grupos.

Esse movimento não foi linear nem ausente de conflitos, ao contrário, houve muita resistência em alguns momentos para quebra de rotinas já estabelecidas, que exigiu a intervenção dos tutores.

A importância de ter preceptores afinados com a proposta do PET-Saúde foi fundamental para o bom desempenho do programa, pois são eles que estão diretamente ligados aos alunos e usuários no dia a dia do trabalho e, assim, podem ajudar ou atrapalhar a relação entre o ensino e o serviço. O nível de formação e a disposição para as ações desses profissionais interferem na formação do aluno que está no serviço.

Os discentes de unidades em que os preceptores eram mais proativos e estavam preocupados em inseri-los no processo de trabalho, criavam situações de aprendizagem e favoreciam o contato com a comunidade, mostrando maior compromisso com o estágio. A atuação dos estudantes no processo de interação ensino-serviço tem se mostrado como um motivador para o envolvimento dos preceptores nas atividades.



A principal atribuição dos preceptores é acompanhar os alunos bolsistas e voluntários nas atividades desenvolvidas nas unidades, fazendo com que percebam a realidade que estão vivenciando.

Os profissionais estão preocupados com a presença dos alunos, e têm melhorado suas práticas, pois compreendem que são referência para os discentes, que estão o tempo todo instigando, perguntando e propondo ações, com a inquietação e vitalidade próprias dos jovens.

Os discentes, por sua vez, têm consciência desse potencial e acompanham os profissionais das unidades de saúde no acolhimento dos usuários e no atendimento clínico. E, além disso, realizam atividades outras, principalmente voltadas para a educação em saúde, assumindo compromissos e se responsabilizando pelo cuidado dos usuários como se já fossem profissionais na rede.

Nas reuniões dos grupos tutoriais são promovidas sessões científicas para discussão de temas importantes para o desempenho do trabalho dos alunos e profissionais da rede. Aqueles, sob orientação dos tutores e preceptores, promovem atividades ampliadas sobre saúde e por meio de recursos didático-pedagógicos diversos abordam temas de saúde geral, facilitando a adesão da comunidade aos encontros propostos pela equipe de saúde.

As atividades do PET-Saúde têm promovido a educação permanente junto aos profissionais de sua rede - a produção de conhecimento no cotidiano das instituições de saúde a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos. As possibilidades descobertas durante as práticas nas unidades de saúde, a partir da problematização da realidade, embasadas na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende, gerando novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo, têm provocado nos alunos questionamentos sobre os processos de ensino-aprendizagem conduzidos pelos professores na Universidade.

Diante disso, os próprios professores sentem necessidade de mudar suas práticas. Os discentes provocam uma “onda” que tem contribuído para superar dificuldades enfrentadas pela coordenação do programa em promover a adesão de professores que não são do PET-Saúde às propostas de mudança no processo de ensino-aprendizagem.

### **Espaço de formação**

A atuação dos alunos nas unidades de saúde tem permitido uma associação da

teoria com a prática e o contato com profissionais de diversas áreas, além de desconstruir o modelo hegemônico de saúde - individual, biologicista e centrado no profissional.

Nos espaços de atuação das equipes tutoriais, sejam as oficinas, salas de espera, ou nos grupos de pesquisa, a produção do conhecimento se dá coletivamente. As ações extramuros da academia possibilitam a aquisição de conhecimentos que somente a teoria não seria capaz de garantir. Existe uma rede dinâmica de serviços em que os tutores e preceptores podem criar outras ações estratégicas em que o aluno pode ampliar sua visão enquanto futuro profissional. Mas, principalmente, mudar o seu olhar frente à condição social e econômica da comunidade, que não está diretamente relacionado à sua prática profissional, mas a uma nova maneira de ver o mundo.

A integração da IES com o serviço e com a comunidade é uma inovação nos processos de ensino-aprendizagem, um empreendimento de grandes proporções, reconhecido por aqueles que participaram da concepção da proposta, da elaboração dos projetos e que continuam atuando, como uma grande oportunidade de aprendizagem sobre a efetividade da interação da educação com os serviços de saúde.

A exigência por parte do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, de que os cursos para participarem do PET-Saúde deveriam ter em seus currículos componentes curriculares com conteúdos sobre o Sistema Único de Saúde, motivou mudanças nos cursos de Ciências Biológicas e Psicologia, que de pronto incluíram disciplinas com enfoque nas políticas públicas de saúde. A reforma nos currículos dos cursos de Enfermagem, Odontologia e Ciências Farmacêuticas já estavam em andamento, pois esses cursos fizeram parte do PRÓ-SAÚDE II, cujo projeto orientou para adequação dos conteúdos das disciplinas, coerentes com as Diretrizes Curriculares Nacionais e com os princípios do SUS.

No entanto, apesar da existência de parceria nas equipes de saúde para solucionar o problema do paciente na unidade, permanece a preocupação de como manter essa integração entre os cursos na IES, diante da ausência de componentes curriculares integradores.

Apesar da proposta do PET-Saúde contemplar oficinas para discussão das metodologias ativas e orientar como implantar componentes integradores, os cursos que mudaram seus currículos para se adequar às Diretrizes Curriculares Nacionais e às novas demandas do SUS não incluíram em sua estrutura nenhuma disciplina obrigatória aberta à participação de alunos dos vários cursos de saúde.

Realizar pesquisas para dar resposta às necessidades identificadas nas unidades

e/ou comunidades participantes do programa é mais uma proposta do PET-Saúde. Essa estratégia tem facilitado a inserção dos alunos em grupos de pesquisa e contribuído para a escolha de futuras pós-graduações.

Os Grupos Tutoriais executam projetos de pesquisa e de intervenção, como também trabalhos de revisão de literatura sobre variados temas de interesse da academia e dos serviços de saúde. Cada projeto do PET-Saúde tem um plano de pesquisa amplo, que contempla a possibilidade de se desenvolver temáticas mais adequadas à realidade dos serviços e permitir novas descobertas, a serem compartilhadas entre todos os componentes do programa.

As pesquisas são um meio para fortalecer a produção acadêmica e também contribuir para a melhoria das práticas de saúde. Os resultados de vários estudos desenvolvidos nesses cinco anos do PET-Saúde foram encaminhados para publicação em periódicos e apresentados em congressos.

Os preceptores participam das pesquisas e dos trabalhos juntamente com os alunos e tutores das equipes e se sentem estimulados a contribuir com a orientação dos estudantes. Alguns grupos têm conseguido agregar docentes da UEFS, que não fazem parte do programa, como colaboradores na orientação de alunos na realização das pesquisas.

A participação dos profissionais da rede no PET-Saúde tem contribuído para a reaproximação desses sujeitos com a academia. Muitos desses preceptores se formaram e não tiveram mais contato algum com a IES. E, assim, voltam a fazer parte de um sistema que se constrói pelo ensino e pela pesquisa. Participam de reuniões nas quais fazem diagnóstico da situação, constroem os projetos de pesquisa e os encaminham para o Comitê de Ética em Pesquisa, realizam coleta de dados, escrevem resumos para congressos, leem e compartilham notícias importantes com o grupo, passando, assim, a ter um diálogo mais científico.

Com essa nova dinâmica, os preceptores se sentem estimulados a fazer cursos de pós-graduação, desde especialização até seleção para mestrado. Muitos foram aprovados nos mestrados acadêmico e profissionalizante em Saúde Coletiva da UEFS.

Os tutores promovem oficinas e grupos de discussão sobre vários temas importantes para a prática dos preceptores, não só para ações de saúde específicas do serviço, mas também com abordagens de metodologias de aprendizagem que os capacitem para o papel de educadores na rede. Além disso, os preceptores sempre são convidados para outros eventos promovidos na UEFS pelos colegas dos cursos que

participam do PET-Saúde.

A importância do acolhimento para garantir a integralidade das práticas é um tema que tem sido bastante discutido pelos componentes do PET-Saúde, principalmente pelos componentes do projeto PETRedes, pois o fortalecimento do acolhimento na rede de atenção à saúde em Feira de Santana é o seu eixo principal.

A consolidação da interação ensino-serviço por meio do PET-Saúde é um “aprender-fazendo”, fazendo, aprendendo e melhorando as práticas. São momentos ricos em que ocorrem o compartilhamento de conhecimento entre os sujeitos do PET-Saúde, docentes da UEFS, gestores e trabalhadores da saúde.

A presença de profissionais comprometidos nas equipes do PET-Saúde, que estão sempre procurando meios para melhorar a qualidade da atenção prestada pela unidades de saúde, é muito importante para a formação dos alunos. A vivência em diferentes espaços de práticas proporciona aos discentes uma reflexão sobre as disparidades que acontecem na saúde, e como podem ser as ações para melhoria dessa realidade.

A participação dos alunos do PET-Saúde em todas as fases do processo de trabalho dos profissionais da rede de saúde tem potencializado os egressos para as ações nas unidades de saúde no âmbito do SUS, organizando oficinas e ministrando palestras de forma interativa com os profissionais da rede e com os tutores. Compreender como ocorre a identificação das necessidades, priorizar problemas, planejar e executar ações insere o aluno na realidade dos serviços e o prepara para um bom desempenho em outros cenários.

O programa avança os muros da Universidade e vai até próximo dos serviços, dando a oportunidade ao aluno de vivenciar o trabalho, rompendo a lógica dicotômica de teoria e prática vigente nas universidades. Nas unidades acontece uma produção de conhecimento compartilhado, por meio da qual todos aprendem.

#### ***4.4.2 Importância do PET-Saúde para a qualificação do Sistema Único de Saúde: a possibilidade de práticas não centradas no profissional, não apenas biocentradas.***

O PET-Saúde na UEFS constitui uma rede em que diversos sujeitos, profissionais, discentes e docentes, estabelecem relações em um processo de interação nas práticas de saúde e imprimem suas características na condução do fluxo de

informação para construção e difusão de conhecimentos, que tem por finalidade contribuir para qualificar os serviços de saúde do SUS local e estadual.

Os sujeitos atuam em um contexto complexo, cujos avanços ocorrem em meio às contradições próprias do espaço social em questão, com diversas representações da realidade, vários interesses e diferentes condutas, que se constituem no campo de práticas estudado.

Quando os alunos são levados para cenários de práticas e estágio nas unidades de saúde, os tutores e preceptores procuram garantir espaços adequados para as atividades que serão desenvolvidas, porque as condições locais de infraestrutura são um dos fatores que interferem no processo de ensino-aprendizagem.

Atentos a essa questão, os editais do PRO-SAÚDE II, e depois do PROPET, previam recursos para reforma e melhoria dos equipamentos das unidades onde se localizavam os estágios. Em Feira de Santana foram reformadas três unidades de saúde, implantado um centro de atendimento odontológico universitário, com dez consultórios em uma policlínica municipal, e disponibilizados recursos para compra de equipamentos para todas as unidades em que havia equipe do PROPET.

Essas intervenções tanto contribuíram para a boa condução do processo de ensino-aprendizagem, como também para a melhoria das práticas de saúde desenvolvidas junto à comunidade adstrita.

### **Equipes multidisciplinares**

Um dos aspectos mais positivos do programa foi a formação de equipes multidisciplinares, com a participação de profissionais e alunos de diferentes cursos. Com isso, esses alunos têm a oportunidade de vivenciar o processo de trabalho das diferentes categorias, compartilhando saberes, e entender a importância das práticas multidisciplinares para garantir a integralidade do cuidado.

A proposta de integrar vários cursos nos projetos do PRÓ-SAÚDE não altera somente o serviço de saúde, pois na própria Universidade já se vê uma mudança nas relações entre os professores dos cursos que fazem parte dos projetos, que anteriormente não dialogavam. A elaboração de forma multidisciplinar das propostas que foram encaminhadas ao MS foi muito importante para qualificar o trabalho da IES.

Apesar do desafio colocado de ter alunos de diversos cursos atuando até em hospitais especializados, a intervenção do PET-Saúde nas unidades tem promovido a integração entre os profissionais e os alunos, de forma tranquila, sem muitos conflitos,

pensando um trabalho realizado não apenas por um grupo de pessoas, mas por uma equipe. E o resultado tem se constituído em ações desempenhadas por equipes multidisciplinares promovidas pelos alunos dos sete cursos que fazem parte do PET-Saúde da UEFS, articulados com os profissionais das diferentes categorias que atuam nos serviços.

### **Intervenções interdisciplinares:**

Nas equipes multidisciplinares, independente do curso, todos têm dado contribuições para a realização das atividades, com abordagens próprias à sua formação e procurado compreender as necessidades dos usuários de forma integral. Por exemplo, o CD de uma equipe necessita ter um olhar ampliado sobre a saúde do paciente e, ao perceber alguma alteração que não seja de sua competência, resolver, encaminhando o usuário para outro profissional ou para uma unidade de saúde de referência.

As equipes multidisciplinares possibilitam a realização de ações de educação em saúde e outras que não envolvem intervenção direta sobre os sujeitos, mesmo sem a presença de um aluno ou de um profissional da área na unidade. Profissionais, ou futuros profissionais de saúde, que procuram atuar com uma visão ampliada sobre o processo saúde-doença, não apenas restrita à sua área específica de conhecimento.

Nas ações do PET-Saúde, destacam-se as atividades de educação em saúde realizadas com a comunidade adstrita, cujas abordagens estão fundamentadas na concepção da saúde determinada socialmente. Nesse sentido, foram realizadas pelos projetos participantes do programa, várias oficinas intersetoriais com temas que interferem na qualidade de vida das pessoas: fabricação de perfume, em que se discutem as ações preventivas do câncer feminino; palestra sobre a prevenção e o uso de drogas, proferida por um convidado da polícia militar; atividades físicas com grupos de idosos e hipertensos, que culminaram com a criação de uma horta comunitária; entre outras experiências.

As orientações do Ministério da Saúde sobre os problemas que necessitam de um maior enfoque junto à sociedade também são referências para a escolha dos temas a serem abordados junto às equipes dos serviços e seus usuários. Hipertensão, Chikungunya e câncer de próstata foram algumas questões apresentadas para discussão.

Os alunos de disciplinas cujas práticas ocorrem no serviço das unidades de saúde, que são campo de estágio do PET-Saúde, desenvolvem suas atividades

juntamente com os alunos e preceptores do programa. Participam também das feiras de saúde e de reunião com o Conselho Local de Saúde.

A participação social é incentivada pelos componentes do PET-Saúde, que atuam diretamente no Conselho Local de Saúde e estão sempre mostrando a importância da comunidade se posicionar frente aos problemas mais específicos da saúde, como também de violência, transporte e educação. Essas ações permitem um olhar transdisciplinar sobre o processo saúde-doença.

Também são realizadas visitas domiciliares e atividades em escolas, juntamente com as equipes de saúde das Unidades de Saúde da Família. Essas atividades incluem os participantes dos grupos tutoriais e ainda os usuários do SUS, possibilitando também à comunidade a oportunidade de participar de eventos para adquirir e compartilhar conhecimento sobre o binômio saúde-doença.

A presença dos alunos nas unidades de saúde modifica a relação do serviço com a comunidade. O estudante, por se encontrar em um novo espaço de conhecimento, tem uma preocupação maior com os usuários e, juntamente com os profissionais, pode melhorar o acolhimento da comunidade.

No município em estudo não existe uma política de educação permanente duradora voltada para a qualificação dos profissionais que atuam na rede. Assim, nota-se que, apesar de existir um setor específico para planejar e orientar essas ações, as iniciativas são muito incipientes. Não existe uma sistematização das ações considerando as necessidades específicas dos profissionais da rede. O processo de educação profissional em serviço é pontual a partir das determinações do MS para questões gerais e tem prejudicado a qualidade das práticas desenvolvidas na atenção à saúde.

Entretanto, a presença dos estudantes nos campos de prática contribui para a atualização dos profissionais, pois os discentes chegam com conhecimentos novos adquiridos no processo de formação.

Nas ações do Grupo Tutorial Rede Cegonha seus componentes estão empenhados em promover o acolhimento das parturientes, garantindo práticas seguras de nascimento das crianças. Durante as reuniões do GT Atenção Psicossocial os alunos são orientados a promover o acolhimento e escutar as demandas da comunidade. As salas de espera realizadas semanalmente para acolher às pessoas que chegam ao serviço, permitem uma maior aproximação com os usuários, revelando suas vulnerabilidades e isso tem estimulado os preceptores e discentes a resolver os problemas dos pacientes.

O trabalho do PETRedes frente ao cuidado com a pessoa com deficiência exige a articulação com outras áreas que possam, de forma interdisciplinar, propor e desenvolver ações para redução do risco das pessoas se tornarem deficientes.

De uma forma mais geral, o PET-Saúde definiu uma rotina de atividades a ser desenvolvida nas unidades que se inicia por meio de uma reunião com os trabalhadores da equipe para se discutir as condições de trabalho, levantamento das necessidades da comunidade e planejar as ações. Trimestralmente cada equipe tutorial deveria fazer um relatório para a coordenação de seu projeto, descrevendo as ações. Os sujeitos das equipes tutoriais participam das Feiras de Saúde, de reuniões com a comunidade e de espaços de discussão dos problemas.

Um dos princípios do SUS é a participação social e o PET-Saúde tem envidado esforços para a estruturação dos Conselhos Locais de Saúde, apesar das dificuldades em conseguir a participação da comunidade.

### **Práticas Integrals de Saúde**

A integralidade da atenção, princípio do SUS, que tem em sua origem várias designações, é fundamental para promover a resolubilidade dos problemas. O acolhimento, o vínculo e a responsabilização são seus dispositivos teóricos operacionais para uma prática possível de atender às necessidades e os desejos das pessoas que procuram o SUS.

Entre os componentes do PET-Saúde são várias as compreensões sobre integralidade, sistematizadas a seguir:

- a) **Integralidade enquanto conexão entre os diferentes níveis de atenção:** integralidade enquanto um diálogo entre os serviços da atenção básica, secundária e terciária para resolver o problema do paciente, que permita ao usuário caminhar nessa rede por meio da referência e da contrarreferência, sem perder de vista a responsabilidade da atenção básica, da equipe a que o usuário está vinculado diretamente, por acompanhar esse processo. Sempre com foco no bem estar, na saúde do usuário, controlando o estresse, para que o usuário não entre em desgaste.
- b) **Trabalho desenvolvido por equipe multidisciplinar:** práticas interdisciplinares de atenção à saúde, em que as diferentes categorias



compartilham seus conhecimentos e experiências para resolubilidade das ações.

- c) **Imagem-objetivo do SUS:** uma situação futura que se deseja construir partindo da identificação de uma situação presente insatisfatória possível de ser modificada. Como um princípio norteador das ações, para se estabelecer o vínculo com a comunidade. Algo que sempre está à frente como um objetivo a ser concretizado.

O discurso do acolhimento, enquanto um dispositivo da Integralidade se destaca entre os componentes do PETRedes, como o foco central do trabalho desenvolvido. No entanto, não se apresenta articulado com os outros meios de se buscar práticas integradas na saúde. E, na prática, apesar da filosofia presente nos projetos, não existe um trabalho integrado entre os sujeitos dos Grupos Tutoriais do PET-Saúde distribuídos na rede de unidades de saúde local, da mesma forma que ocorre entre as equipes das unidades de saúde.

As ações do programa contribuíram para aproximar os servidores da saúde do Município e do Estado com a Universidade, mas não efetivaram mudanças na articulação da rede de serviços local para um atendimento integral.

São poucas as equipes que conseguem realizar um trabalho baseado em diagnóstico e planejamento integrado das ações, que procuram entender o paciente como um todo, para dar resposta às suas necessidades e encaminhar, quando necessário, visando a resolubilidade da atenção.

A grande demanda pelos serviços de saúde também é um dos motivos que dificultam o atendimento, principalmente nas áreas rurais, onde, em virtude da ausência de serviços de maior complexidade tecnológica, procuram ter seus problemas resolvidos na própria unidade básica. Na visão de alguns profissionais, as pessoas estão sempre demandando por atendimento, mesmo sem necessidades prementes.

### **Complicadores do Processo de trabalho**

A maioria das unidades de saúde da família do município foi instalada em casas alugadas adaptadas, sem a estrutura adequada para o fluxo do atendimento aos pacientes - salas de espera inadequadas, ambulatórios funcionando em “salas” pequenas,

inexistência de espaço de convivência para os funcionários, locais inadequados para o descarte dos resíduos, entre outras questões relativas à infraestrutura.

A inserção dos profissionais de saúde que compõem as equipes municipais não é realizada por meio de concurso público e é intermediada por uma cooperativa de saúde, influenciada em sua conduta pelas nuances da política da gestão municipal.

Muitos profissionais se encontram desmotivados pela precariedade das condições de trabalho, sobrecarregados de serviço e com baixos salários. Essa insatisfação dificulta a relação com os usuários, interferindo na qualidade do atendimento.

A participação social preconizada pelo SUS é importante para que os usuários possam compreender as condições de funcionamento das unidades e interferir nos processos de trabalho e na oferta de serviços, a partir de seus desejos e necessidades.

Quanto a isso, existe uma dicotomia na visão dos profissionais em relação à postura da comunidade frente aos serviços disponíveis na rede de atenção. Para alguns, os usuários não entendem o papel das Unidades Básicas de Saúde e ficam insatisfeitos quando não conseguem atendimento para determinados agravos de maior complexidade. Querem ter seu problema resolvido ali, sem a necessidade de se deslocarem para outro nível da atenção. São influenciados pela supervalorização promovida pela mídia sobre os fatores negativos do sistema; não entendem os avanços e os investimentos que são realizados para melhoria da atenção.

Outra vertente é a de que a comunidade, pelo menos boa parte dela, entende seus direitos e sabe da necessidade de estar presente nas instâncias de participação social, para conquista de melhorias. Mas isso não isenta as equipes de saúde de promoverem ações que motivem esses usuários a participarem das reuniões com as equipes de saúde, como também do Conselho Local de Saúde.

Estimular a participação social e contribuir para a formação dos Conselhos Locais de Saúde são propostas do PET-Saúde, que desde o início de suas atividades tem envidado esforços para trazer a população para discutir junto com as Equipes de Saúde a importância da participação social e dos Conselhos Locais para a melhoria das condições de saúde nas localidades.

Nos primeiros momentos da implantação do programa foram travados muitos embates com a gestão municipal, que dificultava a participação dos profissionais da rede nas ações que convidavam a comunidade para colocar seus problemas, para que, junto com a equipe procurassem resolvê-los. No entanto, os avanços na organização

local, com a criação, por portaria, dos Conselhos Locais de Saúde têm permitido uma atuação mais efetiva e conquistado os profissionais para se engajarem nessa mobilização. Alguns trabalhadores participam oficialmente como membros dos conselhos, mas ainda são poucos os que têm uma ação mais efetiva. A participação da comunidade é acanhada, gestão aquém de suas possibilidades.

### **Rotatividade dos profissionais**

As condições de trabalho e as alterações na política local têm provocado uma grande rotatividade dos profissionais das equipes no serviço municipal de saúde.

Os trabalhadores são atraídos por locais que oferecem mais recursos para o trabalho, com melhores salários e deixam suas unidades, abandonando, assim, de certa forma, sua comunidade. Outros, que estão desenvolvendo suas atividades regulares e já conseguiram estabelecer vínculo com a comunidade, fazendo o trabalho de preceptoria, orientando alunos nas práticas de campo, são demitidos sem a existência de fatos geradores que justifiquem.

A mudança nos quadros dos trabalhadores do município interfere diretamente no PET-Saúde, provocando uma mudança frequente na composição da preceptoria, que exige intervenção dos tutores para adequação dos estudantes aos Grupos Tutoriais.

Além do mais, trabalhar com equipes instáveis, cuja composição é alterada com frequência, dificulta o estabelecimento de vínculo entre os profissionais da rede e, principalmente, destes com os usuários do sistema. Assim, o contexto se torna desfavorável para se implantar o acolhimento mais humanizado, com classificação de risco, como se preconiza na proposta do PETRedes.

A rotatividade maior é percebida entre os profissionais de medicina. O que de certa forma tem valorizado o trabalho das outras categorias da área de saúde, pois contribui para relativizar o olhar sobre o papel do “médico” no atendimento dos usuários - uma mudança significativa nas relações profissionais na saúde.

### **Ingerência político partidária**

Uma questão que tem interferido na gestão das unidades de saúde, tanto no nível das unidades municipais, quanto estaduais, e gerado indignação junto aos sujeitos que participam da rede PET-Saúde, é a ingerência político-partidária, tanto nas indicações de trabalhadores para compor as equipes, como nas prioridades de atendimento.

A gestão de saúde municipal tem procurado beneficiar pessoas comprometidas com a política local, alocando-as nas áreas de atuação do PET-Saúde da UEFS, para que tenham acesso à bolsa de preceptoria.

Embora exista uma rede hierarquizada de atenção à saúde, cuja porta de entrada é a Unidade de Saúde da Família, que é assistida por um sistema de regulação para os encaminhamentos aos outros níveis de complexidade, a interferência política tem burlado o fluxo e, muitas vezes, o bilhete de um político assegura a realização de uma consulta ou de um exame.

Os alunos percebem tais incongruências do serviço e relatam indignados os fatos vivenciados nas unidades.

Em várias localidades os políticos assumem compromissos com pessoas que se engajam nas campanhas eleitorais “e dão um jeito” de colocá-las para “trabalhar” em unidades de saúde.

No entanto, é importante que os profissionais saibam lidar com essas contradições do processo de trabalho em saúde, que tenham competências e habilidades para atuar dentro desse sistema complexo, que é bastante contraditório, mas que é o grande empregador da saúde.

### **Financiamento**

Nas propostas do PRÓ-SAÚDE II e do PROPET foram disponibilizados recursos para os serviços de saúde e para as Instituições de Ensino Superior. O montante destinado aos serviços deveriam ser aplicados na melhoria das instalações das unidades de saúde que fazem parte do campo de práticas e estágios da UEFS. A possibilidade de receber recursos no montante de mais de um milhão de reais ajudou a estabelecer uma parceria entre os setores, o que facilitou a estruturação desse processo de interação ensino-serviço.

Os recursos que seriam destinados à UEFS ainda não foram depositados em virtude da dificuldade em se concretizar um convênio entre IES estadual e o MS, para viabilizar a transferência do montante. No entanto, apesar da verba já ter sido destinada às Secretarias e a UEFS não ter recebido o seu montante, o programa não recebe nenhum apoio financeiro por parte da gestão municipal ou estadual para realizar as ações no âmbito dos serviços.

As bolsas disponibilizadas pelo PET-Saúde para alunos, preceptores e tutores foram importantes para estimular a participação nos grupos, principalmente dos

preceptores da rede. O valor da bolsa corresponde a quase 50% do valor do salário pago a maioria dos profissionais.

Outro problema com o financiamento das atividades está na aplicação dos recursos por parte das unidades de saúde. Existe quantia depositada em contas do Estado para promover atividades de capacitação e adequar o espaço das práticas e estágios desenvolvidos nos ambientes de trabalho que, possivelmente, serão devolvidos por falta de aplicação. Esse tipo de conduta reflete a desvalorização do programa por parte da gestão das instituições de saúde.

Para criar meios da gestão da UEFS valorizar e reconhecer a importância das ações do PET-Saúde serem contínuas e permanentes, a coordenação do PET-Saúde e do PROSAÚDE conseguiram incluir no Plano de Desenvolvimento Institucional e no Projeto Pedagógico da UEFS estratégias de integração ensino-serviço. Foi possível, com isso, institucionalizar os projetos junto às Pró-reitorias de Pesquisa e Pós-graduação e de Extensão.

Dessa forma as dificuldades de recursos para a realização de atividades no PET-Saúde foram parcialmente resolvidas. A aprovação da proposta do PET-Saúde, na condição de projeto de pesquisa e de extensão, tem possibilitado a obtenção de bolsas ofertadas pela própria Universidade. Não existe, no entanto, garantia de sustentabilidade da proposta quando os projetos não forem mais renovados, pois seria necessária uma fonte permanente de recursos.

No entanto, apesar do acolhimento por parte das equipes diretamente ligadas à assistência de saúde, a receptividade e o apoio por parte das gestões municipal e estadual ainda é muito incipiente. Por vezes, as instituições privadas de ensino, que mantêm alunos no mesmo campo de estágio do PET-Saúde, contribuem com recursos para as atividades.

Na composição da equipe de preceptores foram incluídos profissionais da gestão da rede municipal, que não estão diretamente vinculados a uma unidade de assistência. Isto, apesar de se caracterizar como uma forma de benefício para alguns profissionais da rede, e gerar insatisfação junto às equipes de saúde, favorece o apoio para realização de atividades nos locais em que aqueles profissionais assumem a preceptoria. Esses, ao fazerem a ponte entre a unidade de assistência e a gestão, conseguem viabilizar insumos e transporte para execução das ações.

Constatamos que a participação da Gestão municipal e estadual de saúde, parceiras no PET-Saúde, e que compõem a Comissão de Gestora Local, tem se

efetivado por meio da colaboração nas decisões, do ponto de vista organizacional, desde a elaboração do projeto, ao acompanhamento e à avaliação. Os representantes do município participam das decisões que têm que ser tomadas, em relação à mudança de preceptor ao planejamento de seleção, mas não existe uma responsabilização efetiva pelo acompanhamento nos cenários de prática. Logo, os componentes do PET-Saúde não percebem essa articulação entre a gestão do serviço e a UEFS.

Assina termos de compromisso, participa das reuniões de planejamento, mas a gestão de saúde local considera que a maior beneficiada com a interação entre o ensino e o serviço é a Universidade, por enviar os alunos para o serviço. Não enxerga a contribuição dessa interação para a qualificação da rede, mesmo com os montantes já recebidos e aplicados para melhoria do serviço e as mudanças visíveis nas práticas de atenção à saúde nas unidades em que o PET-Saúde tem seus Grupos Tutoriais. Isso pode sugerir o porquê do descaso com a aplicação dos recursos já liberados, que correm o risco de serem devolvidos ao MS.

Essa visão não é só da gestão, entre os próprios funcionários do serviço, a ideia de que o principal beneficiário é o aluno é bem predominante. Muitos deles acham que o aluno atrapalha a rotina da unidade e até já se recusaram a aceitar estudantes vinculados a componentes práticos. No entanto, a iniciativa do PET-Saúde de criar ajuda financeira, em forma de bolsa, para os preceptores do programa, mudou a postura dos profissionais, que hoje se mobilizam para assumir a orientação daqueles no serviço.

O PROPET tem por concepção a qualificação da rede, no entanto, o trabalho das equipes se restringe à área de abrangência da UEFS, com as demais unidades de fora desse processo e não se observa por parte da gestão nenhuma iniciativa para estender esse trabalho às demais equipes de saúde. As mudanças já conquistadas pelas unidades do PET-Saúde têm transformado a prática de saúde, com reflexos significativos junto à comunidade, mas não atingem os demais pontos de atendimento, e conseqüentemente ocorre um prejuízo por parte dos profissionais e população local que não têm acesso aos benefícios proporcionados pelo programa.

### **Efetividade das avaliações**

Nos projetos do PET-Saúde constam propostas de procedimentos e instrumentos para avaliação do programa, com a participação da UEFS e das instituições de saúde, sob a supervisão da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação.

Esse processo é disparado por meio das reuniões semanais dos Grupos Tutoriais, que trimestralmente apresentam um relatório descrevendo as atividades desenvolvidas, explicitando como se dá a participação da comunidade nas ações e discutindo suas facilidades e dificuldades.

Semestralmente é realizada uma reunião com todos os participantes do PET-Saúde, quando são aplicados instrumentos de avaliação individual específico para alunos, preceptores e tutores.

A Mostra de Pesquisa e Extensão, realizada anualmente, que já se encontra em sua terceira edição, na qual são apresentados as pesquisas, os relatos de experiência e os projetos de intervenção desenvolvidos pelos componentes do programa, além de divulgar a produção técnico-científica dos grupos tutoriais do PROPET-Saúde UEFS na Rede SUS de Feira de Santana-BA, também, se constitui em um dos meios de avaliação do trabalho desenvolvido.

O programa está em execução desde 2008, com suas diferentes elaborações e, apesar dos avanços e da importância desses momentos de análise do trabalho realizado, o resultado das avaliações tem mostrado que os problemas relatados se repetem ao longo do tempo. Observa-se uma repetição nas abordagens em todos os momentos propostos para avaliação, que tem início nas reuniões semanais dos grupos tutoriais.

Existe uma tendência de supervalorização das experiências realizadas com êxito, deixando de lado algumas questões delicadas que têm causado alguns entraves, como, por exemplo, conciliar os horários dos alunos com os preceptores, garantir um acompanhamento mais sistemático por parte dos tutores das ações realizadas nas unidades e a garantia nos currículos de horários disponíveis para participação dos alunos no programa, que exige uma carga-horária de 10 (dez) horas semanais.

O contexto complexo que constitui o cenário de interação entre o ensino e os serviços de saúde, com a participação de sujeitos com diferentes compreensões das práticas e do papel de cada um nesse sistema, é revelado pelos entrevistados que expressam as contradições, mas que também sobrelevam a importância do PET-Saúde para a qualificação do Sistema Único de Saúde.

A presença dos alunos nas unidades de saúde contribui para melhorar a qualidade da atenção. O espaço intercessor criado pela interação ensino-serviço transforma as práticas no serviço de saúde, favorecendo a aquisição de conhecimentos nos dois setores e modificando a postura dos profissionais. Favorece um ambiente

saudável de trabalho que facilita a interação com a comunidade local. Os discentes estimulam a participação comunitária por meio da ludicidade de suas ações.

As ações de educação em saúde desenvolvidas nos cenários do PET-Saúde, voltadas para comunidade e profissionais da rede, contribuem para mudanças no comportamento da população adstrita com relação a sua qualidade de vida, que se reflete na diminuição dos agravos, a exemplo da menor incidência de adolescentes grávidas.

A discussão teórica dos princípios da saúde coletiva e do processo de trabalho na saúde exige mudança dos currículos para inclusão de novos componentes curriculares. O que já foi modificado em alguns cursos no processo de construção do PET-Saúde, no entanto, são disciplinas oferecidas para um curso específico, sem integrar os alunos de diferentes formações.

As mudanças promovidas pelo PET-Saúde na formação profissional favorece a inserção dos egressos no mercado de trabalho, cujas oportunidades se encontram mais no setor público. Para os novos profissionais, a realidade a ser trabalhada não significa mais algo estranho, dissonante dos ensinamentos da academia.

A composição multidisciplinar do programa também proporciona uma mudança paradigmática nas atribuições dos trabalhadores. Antes o que era centrado em profissionais da enfermagem, como a gestão de uma unidade, passa a ser uma possibilidade para todos os profissionais que estão na equipe de saúde da unidade.

O estímulo do PET-Saúde ao trabalho interdisciplinar é um diferencial para as práticas em saúde e tem levado as pessoas a refletirem sobre o trabalho não como um agrupamento de pessoas, mas como um trabalho em equipe, em que o resultado das ações tem mais importância que a ação individual de cada um.

O aluno é levado a refletir sobre seu papel enquanto profissional de saúde e qual o seu lugar em uma equipe multiprofissional e compreende que não existe profissão superior às demais e que cada categoria tem uma contribuição a dar em um atendimento integral. Durante as ações do PET-Saúde, os médicos, que não saiam de seus consultórios de atendimento, começaram a fazer sala de espera, visitas domiciliares e outras atividades fora do espaço da unidade.

Além disso tudo, essas unidades que têm parceria com a Universidade, conseguem um maior engajamento da comunidade nas ações de saúde do que aquelas que centram suas ações no atendimento clínico.



No capítulo a seguir apresentaremos a análise e discussão dos resultados, realizada com a triangulação de métodos. Uma análise complexa a partir dos dados encontrados no estudo das redes sociais, articulados com os resultados da Hermenêutica-Dialética, por meio de convergências, divergências, complementaridades e diferenças, ancorados no referencial teórico e na nossa condição de sujeitos implicados com o objeto em investigação.

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao adentrarmos o espaço do PET-Saúde-UEFS, verificamos que a maioria de seus componentes tem relação com o curso de Enfermagem, seja pelo maior número de alunos bolsistas, como também por sua maior representação entre os tutores e preceptores nos projetos em execução.

Esse fato se dá em virtude da histórica inserção do curso em atividades junto à rede local de serviços de saúde, com o maior número de componentes curriculares desenvolvendo seus estágios obrigatórios nas unidades do SUS. A participação ativa dos professores do curso de Enfermagem nesse movimento de mudança deu-lhes maiores condições de influir nas decisões políticas de integração da IES com o serviço de saúde local.

Na análise de uma rede social, para entender a distribuição de poder, devemos levar em conta, além de sua estrutura, as relações de interdependência e as tensões em seu interior. Tais fatores estão relacionados com o limite dos indivíduos para tomada de decisão, bem como com a posição por eles ocupada nessa rede. Fatores que podem interferir na possibilidade de uma rede ter mais ou menos sucesso (MARTELETO, 2001).

O poder e o prestígio da coordenação do PROPET, que é realizada por duas enfermeiras, foram revelados em todos os momentos importantes na definição dos caminhos do programa. Essas duas professoras do curso de Enfermagem vêm conduzindo as estratégias de ação da interação ensino-serviço na rede de Feira de Santana, desde o PROSAUDE II. Esse fato também é reforçado pela afinidade política das prepostas com a gestão do Departamento de Saúde e pelo trabalho na Pró-Reitoria de Graduação da UEFS.

As centralidades desses sujeitos na rede PET-Saúde mostram a maior probabilidade que têm de transferir e receber informações de toda a rede, pois detêm o maior número de caminhos na implementação do fluxo de informação, pelo acesso privilegiado das mesmas às informações, como também pela aproximação com os tutores, componentes do programa que fazem a intermediação da IES junto aos preceptores e bolsistas.

Ainda com relação ao fluxo de informação e ao conhecimento das questões relativas à organização do sistema, ocorre proeminência de uma tutora, professora do curso de Enfermagem da UEFS, que atua no programa há mais de cinco anos. Vários

colegas da equipe destacaram o trabalho desenvolvido pela referida tutora na construção do Programa e na colaboração com os demais tutores e preceptores, mostrando seu papel na liderança do grupo.

Quanto à formação dos professores e preceptores inseridos no programa, todos possuem pós-graduação, doutorado, mestrado ou especialização, em áreas correlatas com a saúde pública. Por sua vez, a maioria dos preceptores da rede local de saúde possui apenas especialização. Entretanto, desafiados pelo trabalho de orientação dos alunos na condução das práticas de saúde e das pesquisas científicas, os preceptores têm procurado cursos de mestrado, principalmente os de Saúde Coletiva oferecidos pela UEFS, que, assim, contribui para a promoção da saúde, disponibilizando suas tecnologias de ensino-aprendizagem.

Esse envolvimento de preceptores e de tutores com a Saúde Coletiva é fundamental para a concretização das propostas de interação ensino-serviço, que tem como eixo norteador as necessidades sociais e a preocupação com a saúde dos usuários dos serviços, na dimensão do coletivo e do social (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Corroborando com o distanciamento assumido pelos profissionais médicos com a qualificação dos serviços públicos de saúde, os professores do curso de medicina da UEFS não mostram interesse em participar de ações que incentivem uma formação alicerçada nos princípios do SUS, haja vista não ter na equipe do PET-Saúde nenhum professor do curso de medicina, com graduação em Medicina, apesar de ser o curso que tem o segundo maior número de bolsistas e voluntários. O tutor que representa o curso de Medicina é formado em Odontologia.

Dessa forma, os professores do curso de Medicina da UEFS deixam de compartilhar outros valores que podem gerar novas abordagens na atenção à saúde e também não investem na construção conjunta de um projeto assistencial que abarque a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades de saúde (PEDUZZI, 2001).

A participação dos preceptores médicos na rede PET-Saúde não apareceram entre os maiores da rede em nenhuma das relações estudadas entre os sujeitos das mesmas. Esse resultado diverge das informações obtidas nas entrevistas. Conforme informações obtidas nas entrevistas, os médicos especialistas estariam mais envolvidos com a concretização dos objetivos do programa, no entanto, este fato não aparece na Análise de Redes Sociais.

Trabalho que exige de tutores e preceptores uma atuação mediadora e orientadora, não somente para justapor ações centradas nos núcleos das profissões, mas

também para fortalecer o espaço intercessor que se estabelece durante os encontros de aprendizado e as atividades práticas nos serviços (ABRAHÃO et al., 2012).

O diagnóstico das condições de atuação na interação ensino-serviço pode auxiliar na superação de problemas nesse terreno transdisciplinar de ensino-aprendizagem, favorecendo a formação acadêmica e estimulando o processo de educação permanente, e, assim, contribuir para o alcance da imagem-objetivo do PET-Saúde, que é de mudar a prática nos serviços, garantindo a produção integral da saúde.

O PET-Saúde, mediante as intercessões promovidas pela educação na saúde, contribui para construir um lugar de atuação crítica e reflexiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM, 2005), apesar de alguns problemas que ainda comprometem a maior eficiência da rede.

Nesse espaço de interação, destacamos a importância do vínculo entre os profissionais, alunos, tutores e comunidade para concretização de processos que resultem em respostas para os problemas e necessidades que demandam aos serviços de saúde. Como coloca Cecílio (2009), vínculo que não deve ser considerado apenas como a relação que se estabelece entre a unidade de saúde e sua comunidade adstrita, mas o vínculo como o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa, como um encontro de subjetividades.

O tempo de permanência de cerca de 50% dos alunos no PET-Saúde é superior a dois anos. Essa estabilidade leva à configuração de um contexto favorável para as ações, através do qual o processo de produção de conhecimento integra alunos inexperientes com os mais antigos, que já conhecem a dinâmica da interação ensino-serviço.

Em geral, os preceptores, apesar da tradicional rotatividade que acontece entre os profissionais da rede, atuam desde o início do programa nas mesmas equipes tutoriais, em unidades de saúde, cujos conhecimentos necessários para a atenção à saúde das pessoas são coerentes com suas especialidades.

Tal condição corrobora para que os preceptores do PROPET com maior tempo de participação na rede apresentem maior prestígio na difusão do conhecimento acadêmico. Diante disso, ressaltamos a importância desta vinculação entre os tutores e suas equipes para fortalecer a comunicação e produção de conhecimentos na rede.

E, apesar dos tutores que estão no PROPET há mais de dois anos já terem mudado de unidade e de equipes, pelo menos uma vez, as interações no grupo apontam para um espaço de diálogo entre o trabalho e a educação, no qual o aluno encontra um lugar privilegiado para percepção acerca do outro no cotidiano do cuidado e, juntamente

com os preceptores e tutores, vão estabelecendo seus papéis sociais na confluência de saberes e de modos de ser e de ver o mundo (HENRIQUES, 2005). Essa posição do ator na rede faz emergir características que se diferenciam nas múltiplas relações que vinculam os atores.

Ao compararmos a densidade das redes, verificamos que a rede de afinidade potencializa a interação ensino-serviço, porque os atores indicam as pessoas com as quais se sentem satisfeitas ao desenvolverem trabalhos conjuntos. Podemos dizer que é a relação com o maior capital social na rede, quando comparado às demais deste estudo.

Os indicadores da rede Q.5 (**Caso você ou sua equipe já tenha necessitado de atendimento para usuários de sua área em outra unidade do PET-Saúde, indique quais foram**), por sua vez, que refletem a comunicação dada pelo fluxo de pacientes entre as unidades de saúde, mostram que praticamente não existe referência entre as unidades de saúde em que atuam as equipes do PET-Saúde. Esse resultado reflete a fragilidade do próprio sistema local de saúde, que não garante o encaminhamento adequado dos usuários entre os seus níveis de complexidade. Os motivos desse limite precisam ser investigados, para que se estruture uma rede de atenção capaz de abarcar as necessidades de saúde nas suas mais diversas dimensões.

Nas relações que acontecem por conta do trabalho integrado entre as diferentes equipes tutoriais emerge outra fragilidade na condução da política de interação entre trabalho e educação: o baixo capital social das redes do PET-Saúde.

Além da densidade, o grau médio dessas redes também manifesta o quanto os sujeitos não estabelecem contato para as atividades nas unidades, pois cada ator se relaciona, em média, apenas com outro componente, para uma atividade, seja pessoa ou unidade.

Essa fragmentação se reflete na ausência de um planejamento estratégico das atividades, articulado entre as equipes dos projetos do PET-Saúde, tanto nas equipes de um mesmo projeto, e menos ainda entre os diferentes projetos e instituições parceiras. Dessa forma, os componentes do Programa deixam de opinar sobre a condução das atividades, perdendo o domínio sobre as mesmas e, conseqüentemente, se veem sem poder de contribuir para as mudanças necessárias no percurso da ação.

Para superar esse quadro, conforme Cecílio (2009), exige-se uma atuação unificada dos profissionais no gerenciamento e na produção dos atos de saúde, observando-se as demandas e necessidades dos usuários. Com essa premissa de ação centrada na pessoa que recebe o cuidado, o núcleo cuidador se impõe, diminuindo as

relações de dominação entre os profissionais e explorando a cooperação entre os diferentes saberes e compartilhando as decisões.

Ao interpretarmos os coeficientes de aglomeração ( $C$ ), verificamos que todas as redes têm valores baixos. O que nos leva a afirmar que as redes não possuem muitos atores com conexões em comum com um terceiro vértice, ou seja, constituem poucos grupos. Nas questões que demandam uma maior articulação entre os componentes, como no trabalho interdisciplinar e nos encaminhamentos entre as unidades, o valor médio desse coeficiente se aproxima de zero. Isso mostra a fragilidade da integralidade da rede e a falta de interação entre os componentes do PET-Saúde com as instituições parceiras.

Retomando a importância dos atores, quanto à comunicação que favorece a organização da rede, são as coordenadoras, juntamente com os tutores e os preceptores, os sujeitos que mais têm influência no fluxo de informação.

No entanto, não podemos relegar a importância das secretárias do PET-Saúde na comunicação das questões administrativas e operacionais, favorecendo a construção de conhecimento. Essa característica revelada nos resultados que emergem da rede Q.1A, é importante para que a coordenação dos projetos pensem formas de capacitar esses atores e, assim, potencializar a comunicação no Programa.

Outro fator que favorece a articulação entre os sujeitos é a coexistência de várias equipes dos projetos PROPET e PETRedes em um mesmo espaço de práticas, pois facilita o trabalho dos preceptores, que, com isso, ganham prestígio entre seus pares.

Nas redes que representam os fluxos gerados pelo conhecimento organizacional do PET-Saúde são poucos os alunos bolsistas que se destacam, têm valores baixos para centralidades. Resultado que contradiz com a importância revelada pelos sujeitos entrevistados, quanto ao desempenho dos discentes nos grupos tutoriais.

A oportunidade que é dada ao aluno de atuar junto às equipes de saúde no seu cotidiano pode trazer recursos riquíssimos para o aprendizado do cuidado e da organização dos processos de trabalho e gestão, como também suas contribuições para modificar a dinâmica do processo de trabalho nas unidades de saúde. Encontramos nesta investigação que os alunos da UEFS têm criado uma “onda” de mudanças nas unidades de saúde, provocando os preceptores a assumirem práticas menos biocentradas, por meio de ações interdisciplinares.

Especificamente nas relações geradas nessa malha para difusão do conhecimento acadêmico, além das coordenadoras dos projetos, os tutores têm possibilitado o fluxo de

informação, com destaque para tutores do PETRedes, com valores para centralidades de grau, superiores aos da coordenação do programa.

No entanto, destacamos nas análises o papel da coordenadora do PROPET em aproximar os componentes do sistema, colaborando para uma maior autonomia dos sujeitos na tomada de decisões, que é dada pela apropriação de novos saberes.

Na intermediação entre os grupos, quem melhor tem realizado esse papel são os tutores e preceptores, seguidos de alguns bolsistas. Os professores se destacam no processo de ensino-aprendizagem, orientando as atividades educativas nas unidades de saúde e na comunidade, por meio de metodologias ativas de aprendizagem. Ademais, têm proporcionado aos preceptores desenvolverem habilidades docentes junto aos estudantes e população adstrita, com predisposição para aprender a aprender e ensinar.

O preceptor, ao receber alunos de diferentes cursos, promove uma interação interdisciplinar e assume a condução das atividades de aprendizagem no serviço, com forte influência na construção e difusão de novos conhecimentos. Dessa forma, os espaços das unidades de saúde se transformam em ambientes inovadores de ensino-aprendizagem (BRASIL, 2010; OLIVEIRA et al, 2012).

Nesse espaço dinâmico, permeado pelos conflitos inerentes às relações sociais, é importante que os profissionais do serviço sintam-se corresponsáveis pela formação dos futuros profissionais e os professores se considerem parte dos serviços de saúde. Dessa forma é possível ao tutor compreender como o estudante estabelece o vínculo com os usuários e com os profissionais da rede.

Percebemos, em nossa análise, corroborando com Henriques (2005), que os serviços apresentam uma perspectiva ético-pedagógica ao oferecer a possibilidade de redefinição das práticas pedagógicas e do cuidado na organização do SUS. Essas práticas, cuja transversalidade ultrapassa os espaços das unidades de saúde, interferem na qualidade de vida das pessoas e, por isso, a intercessão entre o mundo do trabalho e da educação necessita ser olhado com atenção.

Nesse processo, a Universidade precisa reconhecer as necessidades dos serviços e cenários de prática, estabelecendo pactos de contribuição docente/discente para tais serviços e incluir nestes pactos negociação de espaços, horários e tecnologias para adequação das atividades do serviço e das práticas educacionais. Além disso, em contrapartida, é fundamental a participação de profissionais e usuários dos serviços para viabilizar a parceria (ALBUQUERQUE et al., 2008).

A incorporação de estudantes e professores no processo de produção de serviços conforma espaços de aprendizagem sem descaracterizar a natureza destes cenários reais, e, ao se levar isto em consideração, os resultados alcançados podem ser mais promissores.

Destacamos no processo local o trabalho de uma equipe da unidade de referência em saúde mental, cujo tutor apresenta resultados positivos na participação dos profissionais da unidade, ao levar em conta as dificuldades próprias do serviço nas solicitações que são realizadas junto aos preceptores, como a grande demanda e os baixos salários.

Essa postura ajudou na inserção dos alunos nos campos de estágio, nos quais desenvolveram habilidades para o fluxo de informação na rede, reveladas nas altas centralidades de proximidade e de intermediação dos bolsistas deste Grupo Tutorial e para aproximar outros profissionais da unidade de saúde das atividades realizadas.

Nesse grupo também podemos ver que alguns professores que não estão diretamente vinculados ao PET-Saúde estabelecem um processo de colaboração, pela intermediação dos alunos bolsistas e dos tutores. Alguns desses professores assumem a orientação de pesquisas no âmbito das unidades de saúde.

A conduta da IES deve contribuir para quebrar a lógica instituída entre os profissionais e gestores dos serviços de que o principal beneficiado com essa inserção é o aluno e a própria Universidade e promover uma discussão entre os setores sobre o papel de cada um nesse processo.

Duas questões que emergiram das redes foram o alto prestígio e o poder de intermediação dos preceptores que são gestores na Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, e, portanto, não fazem parte diretamente da equipe de saúde da USF, mas têm desempenhado um papel importante na garantia de recursos junto ao serviço municipal para o desenvolvimento das atividades do PET-Saúde. Além da questão dos recursos, esses preceptores também fazem a intermediação entre as equipes em diferentes unidades de saúde, pelo fato de desenvolverem suas atividades nesses locais.

O resultado da ação desses preceptores mostra fortalecer o capital social da rede, levando-nos a reconhecer que foi importante a inclusão de preceptores que não estavam vinculados diretamente às Unidades Básicas de Saúde, apesar das críticas realizadas pelos outros componentes da rede, que acreditam ser uma forma de atuação política da coordenação do PET-Saúde junto à Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana.



Outro fator que foi identificado como facilitador da comunicação é a participação de tutores que também são trabalhadores na rede de atenção à saúde local. Destacamos a importância dos tutores T14 e T05 na articulação com outros setores para realização de atividades conjuntas com as suas equipes.

No projeto PET-VS destaca-se o prestígio de T14, e seu trabalho articulado com as unidades de referência para Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids da Secretaria de Saúde de Feira de Santana e Tuberculose, bem como no Núcleo de Vigilância Hospitalar do Hospital Regional e em USF da zona rural. Essa tutora tem forte influência no fluxo de informação da rede e facilita a comunicação no sistema, revelados pelas altas centralidades de informação e proximidade, respectivamente.

Entretanto, existem Grupos Tutoriais que não interagem com os demais e realizam suas atividades de forma isolada. Condição que foi revelada, inclusive, na rede de afinidades no trabalho, como mostra o isolamento do GT08 e a ligação entre vários outros grupos tutoriais apenas por meio de um ator. Essa falta de integração entre os grupos foi um dos principais limites identificados neste estudo.

Apesar da pouca coesão da rede, observamos que alguns grupos, internamente, estabelecem vínculos que permitem desenvolver atividades eficazes na produção de conhecimento, com arestas recíprocas entre os atores. Haja vista, o GT12, cujas ligações estariam restritas aos atores de seu próprio grupo, não fosse a relação de T12 com T11 e com as coordenadoras do PROPET e ainda assim, destacamos um de seus bolsistas pela alta centralidade de informação, influenciando fortemente na produção de conhecimento do grupo.

Os tutores T10, T11 e T03, conseguem desenvolver trabalhos conjuntamente em unidades diferentes. Os tutores e preceptores que conseguem desenvolver um trabalho cooperativo mostram-se mais preocupados com a efetividade das ações, favorecendo a comunicação entre os atores. A presença de alunos de um mesmo semestre em diferentes equipes tem favorecido o fluxo de informação na rede e a interação entre seus atores.

Ao analisarmos as relações estabelecidas entre os sujeitos da rede PET-Saúde e as instituições parceiras, identificamos as unidades nas quais os grupos se juntaram para realizar atividades transdisciplinares. Nessas atividades ocorre a participação de outros saberes que não são constituídos por uma área disciplinar, mas por relações sociais, expressões emocionais e afetivas, que refletem a organização social, cultural

e histórica dos indivíduos e grupos sociais.

Podemos dizer que são ações transdisciplinares, concordando com a concepção de Fagundes e Froés Burnham (2001), cujas abordagens do problema resultam de uma pluralidade de olhares dirigidos a uma realidade, expressas por meio de uma pluralidade de linguagens, cuja compreensão da realidade, ocorre pela ligação entre pessoas, fatos, imagens, representações, campos de conhecimento que podem gerar um conhecimento novo.

Atividades com essas características precisam ser disseminadas nas unidades de saúde de forma a instigar a participação social dos moradores da área nas decisões e no planejamento de ações que possam responder as suas necessidades. Esse desafio é colocado para o PET-Saúde, que pode, por sua capilaridade nesses espaços sociais, dar uma contribuição significativa para fortalecer a autonomia dos sujeitos com vista à produção integral da saúde.

A existência de equipes tutoriais nos projetos PROPET e PETRedes, relacionados às mesmas linhas de cuidado, como saúde mental, urgência e emergência e atenção à saúde da mulher, apesar de sugerir uma incoerência, pois foi lançado um PETRedes quando já havia a proposta de rede, favoreceu a articulação entre os grupos e com isso se estabeleceu um canal de comunicação propício a produção de conhecimento e a consecução de práticas integradas para atender às necessidades dos usuários das unidades envolvidas.

Essa condição dada pelas relações entre os sujeitos também foi constatada por meio das atividades conjuntas entre as instituições parceiras e as equipes do PET-Saúde. Por meio da ARS, verificamos que as instituições cujas métricas têm os maiores valores, correspondem, em sua maioria, às unidades em que atuam os sujeitos que se destacaram pela realização de atividades conjuntas, a saber: o Hospital Regional, o Hospital de Referência em saúde mental, um Centro de Atenção Psicossocial, as Unidades de Saúde da Família em que atuam dois projetos do PET-Saúde, o SAMU e uma policlínica. Além das citadas, também se destaca um hospital municipal de atenção à saúde da mulher, que até então não havia mostrado preeminência na rede.

Entre as instituições parceiras que realizaram atividades com o PET-Saúde, destacam-se alguns setores da rede municipal de saúde, e a Divisão de Vigilância Epidemiológica da SMS.

Nessa mesma lógica, observamos que a centralidade de informação, de um

médico, preceptor do PET-Redes, que trabalha em unidade de referência para atendimento às pessoas com câncer, revela seu potencial de contribuir com a articulação entre os grupos que oferecem atenção especializada em oncologia.

Essa falta de integração é a mesma nas equipes da Vigilância em Saúde, são atores localizados nesse serviço em uma lógica de “auto-referenciamento”, que apesar de não ampliarem suas relações, têm proporcionado um atendimento integral em seu nível de complexidade.

Diante desse contexto, destacamos a importância daquilo que Cecílio (2009) ressalta quando fala de práticas integrais na saúde - a necessidade da integralidade da atenção ser disponibilizada em todos os espaços da saúde, independente de seu nível de complexidade.

Nessa perspectiva, as relações estabelecidas nos espaços intercessores de interação ensino-serviço-comunidade têm a necessidade do trabalho vivo, mediante projeto terapêutico singular, com foco na escuta, no vínculo, na comunicação e na responsabilização, utilizando-se de equipamentos e de conhecimento estruturado para permitir esta relação, independente do local da ação (FRANCO; MERHY, 2003).

Estamos analisando a interação entre a educação e o trabalho promovida na rede de atenção hierarquizada que está disponível no SUS. Rede extremamente complexa e que tem singularidades para as quais os interessados em entendê-la devem estar atentos.

Por exemplo, que as USF conseguem encaminhar seus pacientes com demandas para a atenção psicossocial para os referidos centros de referência, que funcionam como intermediadores entre elas e o hospital, denotando um fluxo onde se permite o caminhar do usuário na rede de atenção, no entanto para outras especialidades da rede, encontram muitas dificuldades.

## 6 CONCLUSÕES

Passadas quase três décadas do Movimento da Reforma Sanitária, nascido na turbulência da luta pelas liberdades democráticas, contra as iniquidades econômicas e sociais impostas ao povo brasileiro por um regime de exceção, vivemos no Brasil um momento delicado quanto à manutenção das garantias sociais alcançadas.

As conquistas que se deram na área da saúde, a partir da obrigação do Estado em assumir a assistência à saúde da população, legitimado por meio da Constituição Federal de 1988, com a criação do SUS, mudou o panorama da saúde no Brasil nos primeiros anos do século XXI, mas estão sendo ameaçados pela política de austeridade econômica adotada no governo vigente e pelas lutas ideológicas pelos espaços da saúde, leia-se, pelo mercado.

Ao invés dos ajustes necessários à continuidade do crescimento e à redução das desigualdades sociais, assistimos a uma reorientação radical da política econômica que tem provocado diminuição dos investimentos nas políticas sociais.

A descentralização das ações para Estados e Municípios, aliada ao fortalecimento da Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família, fez mudar a relação ético-política do Estado com seus cidadãos, que saíram da condição de proteção, determinada pela produção econômica, para a proteção enquanto sujeitos de direitos.

Como consequência dessa nova configuração política, registra-se uma mudança, ainda que parcial, no quadro epidemiológico vigente no final da década de 1980, da redução das altas taxas de mortalidade infantil e materna à melhoria dos cuidados frente às doenças crônico-degenerativas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

Apesar desses avanços, no entanto, as demandas da sociedade aumentaram e ficaram mais complexas. No Brasil, ainda coexistem em nossos espaços sociais doenças infectocontagiosas, como dengue, febre tifoide, AIDS e, agora, as emergentes Zica e Chikungunya, com as doenças crônico degenerativas, entre elas a obesidade, a hipertensão e o diabetes.

Para transformar essa realidade complexa exigem-se estratégias políticas, dentre elas políticas de formação de profissionais com capacidade de diagnóstico, de solucionar problemas, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de atuar em equipe e de estabelecer relações afetivas com a comunidade, que reforce os

vínculos, levando à conformação de sujeitos autônomos. É preciso pensar uma formação profissional orientada para o trabalho, que culmine em uma atenção de saúde humanizada, por meio de práticas integrais.

A proposta de interação da educação com o trabalho para viabilizar uma formação adequada às necessidades do SUS e qualificar a rede de atenção, por meio da educação permanente, atribuída ao PET-Saúde, constituiu nosso contexto de análise e meio para elaboração de uma reflexão epistemológica sobre a produção de conhecimento, com aportes na multirreferencialidade e nas práticas transdisciplinares.

Transdisciplinaridade pensada na sua polissemia semiológica, como modo de produção de conhecimento e de práticas que se sucedem na intercessão entre o ensino e os serviços de saúde.

As relações entre os componentes do PET-Saúde e as potencialidades que emergem dessa rede social, nos colocam diante de um problema complexo, com vários aspectos, fonte de múltiplos discursos e alvo de diferentes olhares, que, conforme Almeida Filho (1997, p. 7), “para construí-lo como referente é preciso operações de síntese, produzindo modelos sintéticos, e para designá-lo apropriadamente é necessário o recurso à polissemia resultante do cruzamento de distintos discursos disciplinares”.

### **Modelo para análise de redes na saúde**

Diante desse contexto, conscientes de que a escolha de um método de investigação não nos levará a uma total compreensão da realidade, elaboramos um modelo lógico, que nos remete a uma abordagem epistemológica inovadora. Ao propormos essa metodologia, pensamos em um modo que nos permitisse chegar o mais próximo da realidade, de forma a compreendê-la pela expressão do coletivo e da individualidade de seus sujeitos.

Para tanto, utilizamos os aportes da ARS e da Hermenêutica-Dialética. Realizamos o encontro desses dois caminhos, com a pretensão de esclarecer e aprofundar os vários aspectos da realidade investigada, rompendo dicotomias entre os métodos, mas garantindo as especificidades dos campos disciplinares.

A triangulação dos métodos quantitativo e qualitativo para a compreensão de uma rede social e para a tomada de decisões sobre ela, caracteriza-se por uma contribuição epistemológica no campo dos estudos em redes sociais, que propõe a Análise de Redes Sociais, com escolha de indicadores adequados para o problema

estudado, articulada com os sentidos das relações da rede captados pela Hermenêutica-Dialética.

A vinculação desses métodos analíticos nos revelou como os atores se relacionam e se posicionam para os processos de troca e qual o potencial para produção de conhecimento dessa rede social.

### **Vantagens para uso da ARS na saúde**

A Análise de Redes Sociais apresenta vantagens para estudos das relações que se estabelecem em uma rede como também para compreender o que emerge dessas interações. Logo, permite visualizar a estrutura e as relações que ligam os atores e que, assim, influencia os processos de troca e as possibilidades do conhecimento em uma rede social. O resultado da ARS auxilia na formulação de propostas que permitam tomar decisões para mudar as dificuldades identificadas nas redes, levando-se em conta as subjetividades dos atores que, sem dúvida, incidem nestes resultados.

Ao observamos o comportamento dos indivíduos em uma rede, visualizamos a posição em que cada ator se encontra em relação às trocas e à comunicação com outros atores dentro da própria rede, permitindo a identificação dos sujeitos que controlam a comunicação, aqueles que atuam como ponte, facilitando o fluxo. Também podemos, por meio da ARS, entender o quanto um ator está próximo do outro e, por isso, consegue ter acesso privilegiado à informação naquele grupo, contribuindo para fortalecer as interações e, conseqüentemente, aumentar o capital social da rede.

A contribuição da computação para ARS, com ferramentas que contam com recursos dos métodos estatísticos, permite o cálculo das métricas escolhidas para o objeto das relações e, assim, facilita a identificação das características da organização social.

Além dos recursos para cálculo dos indicadores, as ferramentas computacionais desenvolvidas para o estudo de redes também dispõem de pacotes gráficos para visualização das redes, e, assim, agrega mais uma vantagem à ARS. Nesse sentido, esperamos que a representação gráfica das centralidades proposta nesta tese venha a contribuir para ampliar a aplicação da ARS nas redes que se conformam na saúde.

Esses recursos visuais possibilitam aos componentes da rede, que não conseguem se enxergar nessa malha complexa, ampliar seu olhar e passar a

compreender a teia em que está imbricado, sentindo-se parte daquele todo e tomando consciência de sua importância.

A representação de uma rede social, por meio de sistemas estáticos, é uma simplificação que permite o acesso a um sistema complexo e dinâmico - a rede é viva e seus laços se formam, se fortalecem, se rompem e se reconstróem em um processo dinâmico determinado por vários motivos que os Sistemas de Representação nem sempre conseguem explicitar.

Os indicadores de Centralidade utilizados para a investigação das relações no PET-Saúde da UEFS ( grau, proximidade, intermediação e informação) apontam os atores que, pela posição adotada na rede, têm as maiores centralidades, a partir da relação estabelecida. Não nos diz, no entanto, que tipo de indivíduo é esse, cujo comportamento contribui para torná-lo, ou não, um facilitador para a comunicação na rede.

Ademais, do ponto de vista global, necessita ser complementada por outra abordagem, que nos leve à compreensão dos fatores que estariam interferindo para o ganho de capital social, analisados nesta investigação por meio das densidades das redes. Nesse sentido, optamos por articular a ARS, com a análise Hermenêutica-Dialética, que nos possibilitou entender os sentidos das relações que emergiram das redes.

### **Aplicação do modelo no campo – PET-Saúde UEFS**

A dinâmica de construção desta tese se deu por um processo de criação e aplicação do modelo, que resultou em um diagnóstico da política de interação ensino-serviço, institucionalizada por meio do PET-Saúde UEFS.

Isso não quer dizer que essa proposta metodológica está pronta, ao contrário, apresenta muitas lacunas, pois foi construída em um ponto transversal no tempo, como um olhar instantâneo de uma fotografia frente a uma paisagem, que permite ao fotógrafo a contemplação e, ao mesmo tempo, a compreensão daquela realidade, que em fração de segundos já não será mais a mesma.

Portanto, sua validação dar-se-á no processo de replicação do Modelo, por sujeitos que, certamente, contribuirão para o seu constante aperfeiçoamento e, mais do que isso, sua reconstrução e singularização em cada contexto, possibilitando a ação do sujeito sobre o processo que disponibilizamos nesta tese.

A análise da rede que integra o ensino e o serviço nos permite considerar que a integralidade no SUS de Feira de Santana ainda é muito incipiente, mas a presença dos sujeitos do PET-Saúde em algumas unidades dessa rede tem contribuído para introduzir uma nova lógica no sistema local de saúde, ainda com muitas limitações.

Condições que são dadas pela desarticulação da própria rede local de atenção à saúde, mas que também são reflexo da falta de interação entre os representantes das diferentes áreas de atuação na própria instituição de ensino superior. Os próprios professores não conseguem estabelecer em seus processos de ensino-aprendizagem a interdisciplinaridade das práticas.

Constatamos a existência de uma engrenagem que contribui diretamente para as iniquidades na saúde, que necessita ser interceptada por correntes que mudem o sentido de seu giro. Correntes que fortaleçam os pontos de intercessão dos laços estabelecidos entre o sistema educacional e o da saúde, pois um interfere diretamente no outro, sem perder de vista a responsabilidade e o protagonismo do SUS.

Desse modo, para intervir na realidade, é necessário que os setores da educação e da saúde estabeleçam uma estreita e permanente parceria interinstitucional, objetivando desenvolver ações conjuntas e articuladas para a elaboração e a construção de uma proposta educacional que conjugue os conhecimentos produzidos e acumulados pelas duas áreas.

Com os resultados apresentados nesta tese esperamos estar contribuindo para a tomada de decisões que incrementem a política de interação entre os setores da educação e da saúde. Para tanto, tomamos a iniciativa de fazer algumas sugestões, com vistas a ampliar essa política na rede local de saúde:

- 1) Dar conhecimento à equipe dos achados desta investigação, para que todos possam compreender a importância de seu papel no processo de comunicação e produção de conhecimento na rede e com isso assumir uma ação transformadora;
- 2) Articular, com a Comissão de Gestão Local, uma parceria com o setor de educação permanente municipal, para viabilizar estratégias de inclusão das equipes de saúde que não estão vinculadas ao PET-Saúde com vistas a levar para essas unidades um projeto de interação ensino-serviço;
- 3) Criar salas de situação (locais de ensino-aprendizagem) nas unidades de saúde ou em espaço adequado na UEFS, com recursos tecnológicos para a



análise de redes locais e, assim, usufruir das vantagens do método para avaliação das redes no SUS de Feira de Santana;

- 4) Utilizar como meio auxiliar para o processo de avaliação das ações o Modelo desenvolvido neste estudo, adequando-o às relações que se deseja investigar, porque para cada problema a ser deslindado, são geradas novas perguntas, o que aponta novas possibilidades para o processo de análise.

Cientes de que nosso trabalho não termina aqui, cogitamos novas possibilidades de produção de conhecimento.

Entretanto, antes de nos lançarmos em novos empreendimentos, temos o compromisso de proceder a devolutiva dos resultados encontrados com a pesquisa para os sujeitos participantes. Para tanto disponibilizaremos para a Coordenação do Programa e para a Secretaria Municipal de Saúde o documento finalizado e, tentaremos, por meio de parceria com a Coordenação do PET-Saúde, realizar um seminário para apresentação dos achados do estudo, aberto à participação da comunidade universitária e dos serviços de saúde.

No contexto da difusão e validação da pesquisa no meio científico, planejamos a produção de dois artigos científicos, que serão submetidos à análise em periódicos multidisciplinares, cujos temas abordados serão: “Modelo de Análise para redes sociais na saúde” e “Análise de Redes Sociais e Hermenêutica-Dialética na análise do PET-Saúde UEFS”.

Em virtude da Metodologia de Análise de Redes Sociais ainda não se expressar nos espaços de formação em saúde, pretendemos criar um grupo de discussão na UEFS com a participação de professores de saúde, das ciências exatas e das ciências sociais, com a contribuição de docentes da instituição, egressos do DMMDC, com amplo conhecimento da Teoria de Redes Complexas e Sociais.

Finalmente, concluímos essa tese, conscientes de sua relevância para os estudos das redes que emergem das relações estabelecidas nas práticas no setor saúde, pois acreditamos no seu potencial em contribuir para as mudanças que levem à disseminação das práticas de cuidado integrais na rede local e regional, com foco nas necessidades dos sujeitos e, assim, ampliar as ações que fortaleçam a construção/reconstrução de um Sistema Único de Saúde, universal, integral e equânime, com lastro na participação social.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L. et al.. A pesquisa como dispositivo para o exercício no PET-Saúde UFF/FMS Niterói. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 35, n. 3, p. 435-440, Sept. 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022011000300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000300019&lng=en&nrm=iso)>. access on 24 Mar 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000300019>.
- AFONSO, C.M.C.. **Promoção da Saúde, Capital Social e Capital Cultural**: o caso do Projeto Acari. 2013. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. xv,270 f.
- ALBERT, R.; BARABASI. L.. Statistical mechanics of complex networks. **Rev. of modern physics**. vol. 74, Department of Physics, University of Notre Dame, Notre Dame . v. 74, 2002.
- ALBUQUERQUE, V. S. et al.. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 3, p. 356-362, Sept. 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300010&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300010>.
- ALMEIDA FILHO, N.. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, v 11, p. 1-2, 1997.
- ALMEIDA FILHO, N.. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saude Soc.**, v.14, n.3, p.30-50, 2005.
- ALMEIDA FILHO, N.. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 12, p. 2234-2249, Dec. 2010 . Available from <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010001200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200003>.
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S.M.; PEDUZZI, M.. A pesquisa em enfermagem fundamentada no processo de trabalho: em busca da compreensão e qualificação da prática de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51., **Anais ...** Florianópolis, Santa Catarina, 1999. p. 258-273.
- ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa no campo da saúde. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A.. (Orgs). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS, p. 139-59, 2010.

BARABÁSI, A. L.; ALBERT, R.. Emergence of Scaling in Random Networks. **Science**, v. 286, 1999, p. 509-512.

BARABASI, A-L; BONABEAU, E.. Scale-Free Networks. **Scientific American** 2003.

BARBOSA, G. B. et al.. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 37, n. 126, p. 306-315, Dec. 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572012000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000200012&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 May 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572012000200012>.

BARRETO, A. A.. Mudança estrutural no fluxo do conhecimento: a comunicação eletrônica. **Ciência da Informação**, Brasília, v.27, n.2, p.122-127, maio/ago. 1998.

BASTIAN, M.; HEYMANN, S.; JACOMY, M.U.. Gephi : An Open Source Software for Exploring and Manipulating Networks, **AAAI Publications, Third International AAAI Conference on Weblogs and Social Media**, retrieved 2011-11-22, 2009.

BATAGELJ, V.; MRVAR, A. **Pajek Wiki**, 2015. Disponível em:<<http://pajek.imfm.si/doku.php>>. Acesso em: 15 maio. 2015. <http://vlado.fmf.uni-lj.si/pub/networks/pajek/>

BATISTA, C.B.. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. **Barbaroi, Santa Cruz do Sul** , n. 38, jun. 2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-65782013000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000100007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 10 jan. 2015.

BATISTA, S. H. S. S. et al.. Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu , v. 19, supl. 1, p. 743-752, Dec. 2015 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000500743&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500743&lng=en&nrm=iso)>. access on 29 Sept. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0996>.

BORGATTI, S. P.. **Netdraw Network Visualization**. Analytic Technologies: Havard, MA. 2002.

BORGATTI, S. P.; EVERETT, M. G.; JOHNSON, J. C.. *Analyzing social networks*. **SAGE Publications Limited**. ISBN-13: 978-1446247419. 2013.

BORGATTI, S. P.; EVERETT, M. G.; FREEMAN, L. C.. *Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis*. Harvard, MA: **Analytic Technologies**, 2002.

BOURDIEU, P.. **Le Capital Social: Notes Provisoires** . Actes de la Recherche em Sciences Sociales. 3: 2-3, 1980.

BOURDIEU, P.. **The Forms of Capital**. Originalmente publicado em “Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital” in *Soziale Ungleichheiten (Soziale Welt, Sonderheft 2)*. ( 1986, pp. 248-257) Tradução de Richard Nice. Disponível online em <<http://www.pontomidia.com.br/raquel/resources/03.html>>. Acesso em 21/10/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília**; 1986. Extraído de [[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8\\_CNS\\_Relatório%20Final.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatório%20Final.pdf)], acesso em [10 de setembro de 2010].

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. São Paulo, Ed. Revista dos Tribunais, 1989.

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, v. 128, n. 182, p. 18.055–18.055, 20 set. 1990a. Seção I, pt. 1.

BRASIL. **Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2002, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 mar. 2002. Seção 1, p.10.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde**: Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 375-378, June 2002b. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000300019&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 Sept. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000300019>

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 198/2004**, de 13 de fevereiro de 2004b. 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. Disponível em: < [www.saude.gov.br/sgtes](http://www.saude.gov.br/sgtes) >

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria interministerial n.º 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. Brasília; 2005. Diário Oficial da União, 212, de 4 de novembro de 2005b, seção 1.

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 e dá outras providências. Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria interministerial n.º - 3.019**, de 26 de novembro de 2007b. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde. Diário Oficial da União Nº 227, terça-feira, 27 de novembro de 2007b, seção 1, p. 44.

BRASIL. **Portaria Interministerial n.º 1.802**, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Brasília; 2008a. Extraído de [<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariainterm1802260808.pdf>], acesso em [15 de junho de 2009].

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação **Edital SGTES nº 12**, de 3 de setembro de 2008. Brasília; 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria Conjunta n.º 2**, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Família (PET-Saúde/SF) e dá outras providências. Brasília; 2010a. Extraído de [<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/conjuntas/103154-3.html>], acesso em [30 de setembro de 2012].

BRASIL. **Portaria Conjunta n.º 3**, de 3 de março de 2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o PET Saúde/Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2010b.

BRASIL. **Portaria Conjunta n.º 6**, de 17 de setembro Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o PET-Saúde /Saúde Mental. Brasília; 2010c. Extraído de [<http://www>].

brasilsus.com.br/legislacoes/conjuntas/105684-6.html], acesso em [10 de julho de 2012].

BRASIL. **Portaria n.º 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2010d, 14 dez. Seção I, p. 89.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital n.º 24**, de 15 de dezembro de 2011. Seleção de projetos de instituições de educação superior. Brasília; 2011a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto n.º 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília; 2011b. Extraído de [[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)], acesso em [10 de outubro de 2012].

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo seres Humanos. **Resoluçãoº 466/2012**. Dispo nível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 2 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n.º 14**, de 8 de maio de 2013. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde/ Redes de Atenção à Saúde – PETRedes. Diário Oficial União. [http://www.sbfa.org.br/portal/pdf/forum\\_348.pdf](http://www.sbfa.org.br/portal/pdf/forum_348.pdf)

BURT, Ronald S. The network structure of social capital. In: SUTTON, R.; STAW, B. M. (Eds.) **Research in Organizational Behaviour**. Greenwich CT: JAI, 2000. pp. 213-243.

CAMPOS, F. E.; HADDAD, A. E.; PIERANTONI, C. R.; BRENELLI, S. L.; CURY, G. C., MORITA, M. C. et al.. O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: Pró-Saúde. In: PIERANTONI, C. R., VIANA, A. L. D., organizadores. **Educação e saúde**. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 25-36.

CAMPOS R. T. O.; CAMPOS G. W.. Co-Construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS G.W.S., MINAYO M.C.S., AKERMAN M., DRUMOND JÚNIOR M., CARVALHO Y.M., organizadores. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec, 2006. p. 669-88.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B.. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS G.W.S., MINAYO M.C.S., AKERMAN M., DRUMOND JÚNIOR M., CARVALHO Y.M.. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.149-182.

CASTRO, M. F. C. M.. Disponível em <http://www.gestiopolis.com/aproximacao-conceito-capital-social/> **Aproximação ao conceito de capital social**. Acesso em out 2015.

CASTRO M. L. A. C.. A metodologia de redes como instrumento de compreensão do capital social. **Revista Urutágua** – revista acadêmica multidisciplinar – DCS/UEM – ISSN 1519-6178 Nº 16 – ago./set./out./nov. 2008 – Quadrimestral – Maringá – Paraná – Brasil.

CECCIM, R.B.. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 4, p. 975-986, Dec. 2005 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 Oct. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>.

CECCIM, R.B.. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.. A educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/fev.2009.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M.. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 5, p. 1400-1410, Oct. 2004a . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=en&nrm=iso)>. access on 12 Set. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500036>.

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. Vol. 14, n. 1. 2004b, p. 41-65.

CECÍLIO, L. C. de O.. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro:cepesc/uerj, ims: ABRASCO, p. 117-130, 2009.

CHAUVIRÉ, C.; FONTAINE, O.. **Le vocabulaire de Bourdieu**. Paris: Ellipses, 2003.

COLEMAN, J. S.. Social Theory, Social Research, and a Theory of Action. **American Journal of Sociology** . Chicago, v. 91, p. 1309-35, 1986.

COLEMAN, J. S.. Social capital in the creation of human capital. **American journal of sociology**. Chicago, v. 94, p. 95-120, 1988.

COSTA, L. F.; RODRIGUES, F. A.; TRAVIESO, G.; VILLAS BOAS, P.R.. Characterization of complex networks: A survey of measurements. **Advances in Physics**, v. 56, n. 1, p. 167-242, 2007.

CUNHA, A. V.. Redes sociais, efeitos da vizinhança e criminalidade: o capital social e a eficácia coletiva como mecanismos explicativos da violência urbana. Recife, 2014. 213 f. **Tese** (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S.. **Planejamento da pesquisa qualitativa** – teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006, p.367-388.

DIAS, H. S.. **A implementação da política de reorientação da formação em odontologia: dependência de trajetória e estímulos institucionais na UFBA**. DISSERTAÇÃO (mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M.. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, p. 1613-1624, June 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600013&lng=en&nrm=iso)>. access on 25 Sept. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600013>.

ERDÖS, P.; RÉNYI, A.. On the evolution of random graphs. **Publications of the Mathematical Institute of the Hungarian Academy of Sciences**, n. 5, 1960, p. 17-61.

EVERETT, M.G.;BORGATTI, S.P.. Ego-Network Betweenness. **Social Networks**. 27(1): 31-38, 2005.

FADIGAS, I. S.. **Difusão do Conhecimento em Educação Matemática sob a perspectiva das Redes Sociais e Complexas**. TESE ( doutorado) DMMDC, UFBA. 2011.

FAGUNDES, N. C.; FRÓES BURNHAM, T.. **Transdisciplinaridade, Multirreferencialidade e Currículo**, 2001.

FAGUNDES, N. C.; FRÓES BURNHAM, T.. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. **Interface** - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.105-114, set.2004/fev.2005.

FEIRA DE SANTANA. **Pró-Saúde e PET-Saúde UEFS na Rede SUS de Feira de Santana-BA (2012/2013)**: abordagem integral das Linhas de Cuidado. Projeto elaborado para concorrer ao Edital n° 24, de 15/12/2011, publicado pelo Ministério da Saúde. Feira de Santana: 2011.

FEIRA DE SANTANA. SMS. Dados disponibilizados pelo Setor de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, FEIRA DE SANTANA,. **Relatório de Gestão da Atenção Básica**. 2015.

FERREIRA, M. L. S. M, et al.. Construção de espaço social unificado para formação de profissionais da saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 2, p. 304-309, June 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-)



55022010000200016&lng=en&nrm=iso>. access  
on 18 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000200016>.

FEUERWERKER, L.C.M. ; MARSIGLIA, R.. Estratégias para mudanças na formação de RHs com base nas experiências IDA-UNI. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, v. 12, p. 24-28, 1996.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S.. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Bookman, Artmed, 2006.

FLICK, U.. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. São Paulo: Bookman, 2004

FONSECA, G.S.. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, da Universidade de São Paulo: estudo avaliativo** [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.

FONSECA G.S.; RODRIGUES A. A. A. O.. O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) como indutor de inovações pedagógicas: a experiência do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia. **Rev Abeno**. 2011;11(2):3-43.

FRANCO T.B.; MERHY E.E.. (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY E.E.; MAGALHAES Jr. H.M.; RIMOLI J.; FRANCO T.B.; BUENAO, W.S.. (Organizadores). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

FREEMAN, L. C.. Centrality in social networks: Conceptual clarification. **Social Networks**, 1978, n 1, p - 215–239.

FRÓES BURNHAM, T.. Sociedade da informação, sociedade do conhecimento, sociedade da aprendizagem: implicações ético-políticas no limiar do século. In: LUBISCO, N.; BRANDÃO, L. (Org.) **Informação e informática**. Salvador: Edufba, 2000. p.283-307.

FONSECA , G. S.; RODRIGUES, A. A. A. O.. O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) como indutor de inovações pedagógicas: a experiência do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia. **Rev Abeno**. 2011;11(2):3-43.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 1, p. 17-27, Jan. 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=en&nrm=iso)>. access  
on 10 Mar 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.

GADAMER, H.. **Verdade e Método**. Petrópolis: Vozes, 1999.

GALEFFI, D. A.. Apresentação. In: GALEFFI, D. A.; MODESTO, M.A.; SOUZA, C.R.. (Org.) **Epistemologia, construção e difusão do conhecimento: perspectivas em ação**. Salvador: Eduneb, 2010.

GIL, A. C.. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2011. p. 28-29

GOMES, D.J; ARAÚJO, T.M; SANTOS, K.O.B.. Condições de trabalho e de saúde de trabalhadores de saúde mental em Feira de Santana, Bahia. **Rev baiana saúde pública**.v.35, supl.1, p.211-230, jan/jun, 2011.

GONZALEZ, A.D.; ALMEIDA, M. J.. Integralidade da saúde: norteador mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, p. 757-762, May 2010a . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300018&lng=en&nrm=iso). access on 17 Oct. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300018>

GONZALEZ, A. D.; ALMEIDA, M... Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010b . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000200012&lng=en&nrm=iso). access on 14 Jun. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000200012>

GRANOVETTER, M.. The Impact of Social Structure on Economic Outcomes. **Journal of Economic Perspectives**, 19(1): 33-50. DOI: 10.1257, 2005.

GROSS, J. T.; YELLEN, J. **Graph Theory and its Applications**. BocaRaton: CRC Press,1999.

GUEDES, M. C.. A presença feminina nos cursos universitários e nas pós-graduações: desconstruindo a ideia da universidade como espaço masculino. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. p. 117-132, 2008 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702008000500006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000500006&lng=en&nrm=iso). access on 13 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000500006>.

GUIMARÃES, J.O.. **Teoria dos Grafos**. Apostila. Departamento de Computação – UFSCar Disponível em [www.urisan.tche.br/~cspm/Trabalhos\\_lidos/btg.doc](http://www.urisan.tche.br/~cspm/Trabalhos_lidos/btg.doc). Acesso em nov. 2015.

GUSMÃO, R. C.; CECCIM, R. B.; DRACHLER, M. L.. Tematizar o impacto na educação pelo trabalho em saúde: abrir gavetas, enunciar perguntas, escrever. **Interface**

– **Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu: Fundação UNESP, v 19, Supl. 1, p. 695-708 , 2015. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=1414-328320150005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1414-328320150005&lng=en&nrm=iso). Acesso em out, 2015.

HABERMAS, J.. **The theory of communicative action**. v 2. Lifeworld and system: A critique of functionalist reason. Boston, Beacon Press. 1987.

HANNEMAN, R.A.. **Introducción a los métodos del análisis de redes sociales**. Riverside: Universidad de California, 2001. Disponível em: <http://revista-redes.rediris.es/webredes/> Acesso em: 20 fev. 2006.

HANNEMAN, R. A; RIDDLE,, M.. **Introduction to social network methods**. Riverside, CA: University of California, Riverside ( published in digital form at <http://faculty.ucr.edu/~hanneman/> ). 2005

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P.. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, supl. 2, 2004 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>.

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

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2014 <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=291080>

INOMATA, D. O.. **O fluxo da informação tecnológica: uma análise no processo de desenvolvimento de produtos biotecnológicos**. 2012. 282f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

**INTERFACE** - comunicação, saúde, educação, Unesp, 2015; 19 Supl. 1. Botucatu, SP: Unesp. Trimestral. ISSN 1807-5762 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=1414-328320150005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1414-328320150005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: out. 2015.

JUNQUEIRA, S.R.. **Integração ensino-serviço: proposta de aplicação desta parceria para a educação superior** [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2013.

KUSCHNIR, R., CHORNY, A. H.. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**; 2010;15(5):2307-16.

LIMA, G., NICHE TEIXEIRA, A., BAUMGARTEN, M.. Sociedade e conhecimento: novas tecnologias e desafios para a produção de conhecimento nas Ciências Sociais. **Sociedade e Estado** [on line] 2007, 22 (maio-agosto) : [Data de consulta: 3 de abril de 2016] Disponible en:<<http://redalyc.org/articulo.oa?id=339930889007>> ISSN 0102-6992

LOPES, C. R. S.. **AnCo-Redes\_modelo para análise cognitiva com base em redes semânticas: uma aplicação a partir da abordagem estrutural das representações sociais/ Tese (Doutorado) UFBA. Salvador, 2014. 151p.**

LUKE, D. A.; HARRIS, J. K.. Network analysis in public health: history, methods, and applications. **Annu Rev Public Health**.,28:69-932007.

MARTELETO, R. M.. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, jan./abr. 2001

MARTELETO, R. M.. Editorial: Teoria e metodologia de redes sociais nos Estudos da informação: cruzamentos Interdisciplinares. **I n f . I n f . , L o n d r i n a , v . 1 2 , n . esp . , 2 0 0 7 a .**

MARTELETO, R. M.. Informação, rede e redes sociais – fundamentos e transversalidades. **I n f . I n f . , Londrina , v . 1 2 , n . e s p . , 2 0 0 7 b .**

MARTELETO, R. M.. Informação, rede e redes sociais: fundamentos e transversalidades. **Informação & Informação**, [S.l.], v. 12, n. 1esp, dez. 2007c. ISSN 1981-8920. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/1785>>. Acesso em: 23 Abr 2015. doi:10.5433/1981-8920.2007v12n1esp.

MARTELETO, R. M.. Redes Sociais, Mediação e Apropriação de Informações: situando campos, objetos e conceitos na pesquisa em Ciência da Informação. **Pesq. bras. ci. inf.**, Brasília, v.3, n.1,p.27-46, jan./dez. 2010.

MARTELETO, R. M.; SILVA, A. B. O.. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. **Ciência da Informação**, v. 33, n. 3 (2004).

MATTOS, R. A.. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.. (Org). **Construção da integralidade** cotidiano, saberes e praticas em saúde. Rio Janeiro: IMS, UERJ, ABRASCO, 2003. p. 45-59.

MEC-INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira). **Resumo técnico censo da educação superior de 2010**. Brasília: INEP, 2012. Disponível em: <

[http://download.inep.gov.br/educacao\\_superior/censo\\_superior/resumo\\_tecnico/resumo\\_tecnico\\_censo\\_educacao\\_superior\\_2010.pdf](http://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/resumo_tecnico/resumo_tecnico_censo_educacao_superior_2010.pdf)> Acesso em; 2 mai. 2015. /

MENDES, E. V.. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [On-line] 2010, 15 (Sin mes) : [Data de consulta: 11 / novembro / 2012] Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63017467005>> ISSN 1413-8123

MERHY, E. E.. Como fatiar um usuário: ATOMédico + ATOenfermagem + ATOx +...+ ATOy. 2009 [acesso em maio de 2015]. Disponível em URL:<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy>).

MICHINEL, J. L... **Da análise de textos à análise cognitiva**: da análise de conteúdo à análise do discurso, 2010.

MILGRAM, S.. The Small-World Problem. *Psychology Today*, v. 2, 1967,p. 60-67.

MINAYO, M.C.S.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2010a.

MINAYO M.C.S.. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. **Salud Colectiva**. Buenos Aires, 6(3):251-261, Septiembre - Diciembre, 2010b.

MINAYO, M. C. S.. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R.. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C.; DESLANDES, S. F.. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, Maria Cecília (Org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p. 83-107

MORENO, J. L.. **Who Shall Survive?** Washington DC: Nervous and Mental Disease Publishing Company, 1934.

NEWMAN M.E.J.. The Structure and Function of Complex Networks, **SIAM Review** 45, 167-256 (2003) <http://arxiv.org/abs/cond-mat/03030516>

OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L.. Uma reflexão sobre os múltiplos sentidos da docência em saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu , v. 17, n. 44, p. 211-218, Mar. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832013000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100017&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000100017>.

OLIVEIRA, M. L. et al.. PET-Saúde: (in)formar e fazer como processo de aprendizagem em serviços de saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 1, supl. 2, p. 105-111, Mar. 2012 . Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022012000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300016&lng=en&nrm=iso)>.access  
on 29 Apr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000300016>.)

OLIVEIRA RODRIGUES, A.; SANTOS LOPES, C. ; SOUZA, E. ; SOUSA FADIGAS, I.; BARROS PEREIRA, H.. Information and Knowledge Flows in the Network of the Education through Work for Family Health Program. **Social Networking**, 3, 119-126. doi: 10.4236/sn.2014.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A.. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 4, p. 492-499, Dec. 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=en&nrm=iso)>. access  
on 12 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>.

PAIM, J.S.. **REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA**: contribuição para a compreensão e crítica.. Salvador: Edufba/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 356 pp.

PAIM J.S.; ALMEIDA FILHO N.. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev Saúde Pública** 1998; 32:299-316.

PEDUZZI, M.. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

PEDUZZI, M.. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 35, n. 1, p. 103-109, Feb. 2001 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en&nrm=iso)>. access  
on 13 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>.

PEREIRA, H.. **Redes Sociais e Complexas**: Aplicações em Difusão do Conhecimento. In. Memórias III Academia de Ciências da Bahia: memória 2013 / Roberto Figueira Santos (Editor). -Salvador: Academia de Ciências da Bahia, 2013. p. 39-47.

PEREIRA H. B. B.; FREITAS, M. C.; SAMPAIO, R. R.. Fluxos de informações e conhecimentos para inovação no arranjo local de confecções em Salvador, Bahia. Data Grama Zero, **Rev. Cienc. da Informação**, v. 8, n. 4, ago/07, disponível em [HTTP://www.datagramazero.org.br/ago07/Art\\_01.htm](HTTP://www.datagramazero.org.br/ago07/Art_01.htm). acesso em 29 de setembro de 2010.

PINHEIRO R.. Integralidade e práticas de saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. **Boletim ABEM** 2003;31:8-11. Extraído de

[[http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/roseni\\_final.pdf](http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/roseni_final.pdf)], acesso em [6 de novembro de 2012].

PINTO, A .C. M. et al.. Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 8, p. 2201-2210, Aug. 2013 . Available from

PODOLNY J.M.; PAGE K. L.. Network forms of organization. **Ann Rev Sociol.** 1998;24:57-76.

PORTES, A.. The two meanings of social capital. **Sociological Forum**, v. 15, n. 1, p. 1-12, 2000.

PUTNAM, R. D.. **Comunidade e Democracia – A experiência da Itália Moderna** – Editora da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1996.

PUTNAM, R. D.. **Bowling Alone**. The collapse and Revival of American Community. New York: Simon e Schuster, 2000.

PUTNAM, R. D.. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália Moderna** Tradução: Luiz Alberto Monjardim. 5 edição. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

QUEIROZ, L.. Pesquisa quantitativa e pesquisa qualitativa: Perspectivas para o campo da etnomusicologia. p. 87 – 98. UFPB. **Claves**, n. 2, nov. 2006.

RECUERO, R. C.. **Um estudo do Capital Social gerado a partir de Redes Sociais no Orkut e nos Weblogs**. Trabalho apresentado na Compós 2005, no GT de Tecnologias da Informação e da Comunicação. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/limc>, acesso em maio 2015.

**REVISTA Brasileira de Educação Médica**. vol.36 no.1 supl.1 e 2. Rio de Janeiro jan./mar. 2012, ISSN 1981-5271. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0100-550220120003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0100-550220120003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: mar. 2013.

REZENDE, M.. **A articulação educação-saúde (AES) no processo de formulação das políticas nacionais voltadas para a formação de nível superior dos profissionais de saúde**. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. 214 f.

RIGO, A. S.; OLIVEIRA, D. G.; COSTA, F. J. C.; BRANDÃO, P. S. S.; SOUZA, D. D.. Profissionalização da gestão e autogestão: um estudo dos problemas que ocasionaram a dissolução das cooperativas agrícolas dos perímetros irrigados no Vale do Rio São Francisco. In **Anais** do 32º Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro: ANPAD. 2008.

- RODRIGUES A. A. A.O.; ASSIS, M. M. A.. **Construção de sujeitos, saberes e práticas na saúde bucal de Alagoinhas - Bahia**: o trabalho cotidiano no programa de saúde da família como protagonista da mudança. (Dissertação), (Mestrado) - : Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana (BA), 2005.
- RODRIGUES A. A. A.O.; ASSIS, M. M. A.. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: sujeitos, saberes e práticas. Vitória da Conquista: UESB, 2009. 180p
- RODRIGUES A. A. A. O.; JULIANO I.A.; MELO M.L.C.; BECK C.L.C.; PRESTES F.C.. Processo de interação ensino, serviço e comunidade: a experiência de um PET-Saúde. **Rev bras educ med.** 2012; 36(1, supl.2):184-92.
- RODRIGUES, A.A.A.O; SOUZA, E. S.; PEREIRA, H.B.B.. Rede PET-Saúde em Feira de Santana: o desafio da Integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v 36, n 3, jul./set. 2012, p. 651-667.
- RODRIGUES, C.D.. **Competências para a preceptoria: construção no programa de educação pelo trabalho para a saúde** [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
- RODRÍGUEZ, A. A.; CALDERÓN, N.R.. **Análisis cualitativo con el ATLAS.ti / – 1.** Ed.,- San José, Costa Rica. Universidad de Costa Rica. 2014. pp., 151 pp..
- ROSSONI, E.; LAMPERT, J.. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. **Boletim da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 87-98, 2004.
- SANTOS, L. Metodologia. In SANTOS, L.; PONTE, J. P.. **A prática lectiva como actividade de resolução de problemas**: Um estudo com três professoras do ensino secundário. *Quadrante*, 11(2), 29-54, 2002.
- SANTOS, A. M. et al.. Mercado de trabalho e a formação dos estudantes de Odontologia: o paradigma da mudança. **Rev.saúde.com.** v. 2, n.2, p. 169-182, 2006.81232012001000018&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Oct. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000018>.
- SCHRAIBER, L.B.. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Públ.** , v.29, n.1, p.63-74, 1995.
- SCOTT, J.. **Social Network Analysis**. A handbook. 2nd edition. London: Sage, 2004.
- SILVA, A. B. O. et al.. **Análise de redes sociais como metodologia de apoio para a discussão da interdisciplinaridade na ciência da informação**, 2006.
- SILVA, S. F.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.. RAS: importância e conceitos. In: CARVALHO et al.. **REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS**: o Pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. SILVA, S. F (org). CAMPINAS, SP: IDISA: CONASEMS, 2008. 202 p.



SOARES, W.. Análise de redes sociais e os fundamentos teóricos da migração internacional. **R. bras. Est. Pop.**, Campinas, v. 21, n. 1, p. 101-116, jan./jun. 2004.

SOLOMONOFF, R.; RAPOPORT, A.. Connectivity of Random Nets. **Bulletin of Mathematical Biophysics**, v. 13, 1951, p. 107-117.

SUGARA, C. R.; VERGUEIRO, W.C.S.. Redes sociais: um olhar sobre a dinâmica da informação na rede (APL) Arranjo Produtivo Local Têxtil, de Americana – São Paulo. **Revista Interamericana de Bibliotecología**, 2011, vol. 34, no. 2, p. 177-186.

STEPHENSON, K.; ZELEN, M.. Rethinking centrality: methods and examples. **Soc. Networks** 11, 1–37, 1989.

TOMAÉL, M. I.. **Redes de conhecimento: o compartilhamento da Informação e do conhecimento em consórcio de exportação do setor moveleiro**. 2005. 289 f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação)–Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação, Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

TOMAÉL, M. I.; ALCARÁ, A. R.; DI CHIARA, I.G.. Das redes sociais à inovação. **Ci. Inf., Brasília**, v. 34, n. 2, p. 93-104, maio/ago. 2005.

TOMAÉL, M. I. et al.. Redes Sociais em Alimentos Funcionais no Paraná: relato de pesquisa. **Encontros Bibli: Revista. Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Florianópolis, v. 12, n. 24, p. 111-138, 2º sem.2007. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/viewFile/426/455>. Acesso em: 10 out. 2011.

TAVARES D. M. S.; SIMÕES A. L. A.; POGGETTO M. T. D.; SILVA S.R.. Interface ensino, pesquisa, extensão nos cursos de graduação da saúde na Universidade Federal do Triângulo Mineiro. **Rev Lat Am Enfermagem**. 2007,15(6):1080-5.

TOMAÉL, M. I.; MARTELTETO, M. R.. Redes Sociais: posições dos atores no fluxo da informação. R. M. Enc. Bibli: R. Eletr. Bibliotecon. **Ci. Inf.**, Florianópolis, n. esp., 1º sem. 2006.

UEFS. Universidade Estadual de Feira de Santana. Assessoria Técnica de Desenvolvimento Institucional – ASPLAN. **Relatório de Atividades UEFS 2013**. 2014, 205 p.

WASSERMAN, S.; FAUST, K.. **Social network analysis: methods and applications**. Cambridge University Press, Cambridge, 1994.

WATTS, D. J.. **Small Worlds: The dynamics of networks between order and randomness**, Princeton University Press, Princeton, 1999.

WATTS, D. J.; STROGATZ, S. H.. Collective dynamics of 'small-world' networks. **Nature** 393 (6684): 440–442. Bibcode 1998. doi:10.1038/30918. [PMID 9623998](#), June 1998.

WELLMAN, B. Structural analysis: from method and metaphor to theory and substance. In: WELLMAN, B.; BERKOWITZ, S. D.. (Ed.). **Social structures: a network approach**. New York: Cambridge University Press, 1988, (Structural Analysis in Social Sciences, 2). cap. 2, p. 19\_61.

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000800004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800004&lng=en&nrm=iso)>. access

on 02 May 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800004>

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido para tutores, preceptores e alunos do PET-Saúde – UEFS e Profissionais da rede de saúde – QUESTIONÁRIO**

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “**Construção da Integralidade em redes de atenção à saúde: desafio enfrentado pelos sujeitos que fazem o PET-Saúde em Feira de Santana – Bahia**”, desenvolvida pela doutoranda Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues, sob orientação do Prof. Dr. Hernane Borges de Barros Pereira e co-orientação da Prof.a Dra. Eliane Santos Souza, que dará origem ao trabalho de tese a ser apresentado no Programa de Doutorado Multi-Institucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento, cuja administração se encontra na Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Difusão do Conhecimento.

Este trabalho está sendo desenvolvido no Programa de Educação pelo Trabalho – PET-Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), em parceria com as Secretarias de Saúde Municipal de Feira de Santana e Estadual da Bahia.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um Questionário, com informações sobre as ações desenvolvidas pelas equipes do PET-Saúde – UEFS. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, o (a) Sr. (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo na sua relação com os pesquisadores ou com o DMMDC. Contudo, sua participação na pesquisa contribuirá para o melhor conhecimento das atividades desenvolvidas pelas equipes do PET-Saúde, como as equipes trabalham com os diferentes locais onde o PET tem ações em Feira de Santana e como o PET-Saúde tem contribuído para possibilitar o atendimento das necessidades dos pacientes, podendo assim, com os resultados desse estudo contribuir para melhorar o trabalho nas equipes e assim também a saúde das pessoas.

Asseguramos o sigilo sobre sua participação na pesquisa. As informações serão coletadas em local privativo e serão confidenciais. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os resultados serão divulgados em uma reunião onde serão convidados todos os participantes da pesquisa, como também em relatórios para as coordenações das instituições envolvidas, em trabalhos apresentados em congressos, em artigos científicos e na tese.

Caso concorde em participar, respondendo a um questionário assine este documento.

O (a) Sr (a) receberá uma cópia deste termo de consentimento onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora-doutoranda, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento, entrando em contato através dos telefones abaixo.

\_\_\_\_\_  
Ana Áurea A. O. Rodrigues  
Pesquisadora-doutoranda

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Hernane Borges de B. Pereira  
Orientador

Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva – NUPISC; BR 116, Km 03, UEFS, Feira de Santana - BA CEP: 44031-460. Tel.: (75)31618116; (75) 9112 0822. e-mail: aaaorodrigues@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

\_\_\_\_\_  
Sujeito da Pesquisa

Nome \_\_\_\_\_ PET- Saúde \_\_\_\_\_  
Função: \_\_\_\_\_ Grupo tutorial: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido para tutores, preceptores e alunos do PET-Saúde – UEFS e Profissionais da rede de saúde – ENTREVISTA**

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “**Construção da Integralidade em redes de atenção à saúde: desafio enfrentado pelos sujeitos que fazem o PET-Saúde em Feira de Santana – Bahia**”, desenvolvida pela doutoranda Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues, sob orientação do Prof. Dr. Hernane Borges de Barros Pereira e co-orientação da Prof.a Dra. Eliane Santos Souza, que dará origem ao trabalho de tese a ser apresentado no Programa de Doutorado Multi-Institucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento, cuja administração se encontra na Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Difusão do Conhecimento.

Este trabalho está sendo desenvolvido no Programa de Educação pelo Trabalho – PET-Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), em parceria com as Secretarias de Saúde Municipal de Feira de Santana e Estadual da Bahia.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um roteiro de entrevista semiestruturada, que será gravada, com informações sobre as ações desenvolvidas pelas equipes do PET-Saúde – UEFS, que será realizada pela pesquisadora-doutoranda.

Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, o (a) Sr. (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo na sua relação com os pesquisadores ou com o DMMDC.

Contudo, sua participação na pesquisa contribuirá para o melhor conhecimento das atividades desenvolvidas pelas equipes do PET-Saúde, como as equipes trabalham com os diferentes locais onde o PET tem ações em Feira de Santana e como o PET-Saúde tem contribuído para possibilitar o atendimento das necessidades dos pacientes, podendo assim, com os resultados desse estudo contribuir para melhorar o trabalho nas equipes e assim também a saúde das pessoas.

Asseguramos o sigilo sobre sua participação na pesquisa. As informações serão coletadas em local privativo e serão confidenciais. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os resultados serão divulgados em uma reunião onde serão convidados todos os participantes da pesquisa, como também em relatórios para as coordenações das instituições envolvidas, em trabalhos apresentados em congressos, em artigos científicos e na tese.

Caso concorde em participar, respondendo a uma entrevista assine este documento.

O (a) Sr (a) receberá uma cópia deste termo de consentimento onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora-doutoranda, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento, entrando em contato através dos telefones abaixo.

\_\_\_\_\_  
Ana Áurea A. O. Rodrigues  
Pesquisadora-doutoranda

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Hernane Borges de B. Pereira  
Orientador

Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva – NUPISC; BR 116, Km 03, UEFS, Feira de Santana - BA CEP: 44031-460. Tel.: (75)31618116; (75) 9112 0822. e-mail: aaaorodrigues@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

\_\_\_\_\_  
Sujeito da Pesquisa

Nome \_\_\_\_\_ PET- Saúde \_\_\_\_\_  
Função: \_\_\_\_\_ Grupo tutorial: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA - (Grupos I - tutores, preceptores e alunos do PET-Saúde – UEFS e Grupo II - Profissionais da rede de saúde.)**

**PESQUISA: “Construção da Integralidade em redes de atenção à saúde: desafio enfrentado pelos sujeitos que fazem o PET-Saúde em Feira de Santana – Bahia”**

Código do entrevistado: __E-nº_____	Data da Entrevista: ____/____/____
Unidade de Saúde: _____	PET-Saúde: _____
Grupo tutorial: _____	Formação Profissional/ Curso : _____
Função no PET-Saúde: Tutor ( ) Preceptor ( ) Aluno ( )	
Tempo no PET-Saúde: _____	
Telefone: _____	E-mail: _____
Idade: _____	Sexo: ( ) M ( ) F
Início: ____	Final: ____ Duração: _____

Observações do entrevistador:

---



---



---



---



---

Roteiro:

1. Fale sobre o trabalho realizado em sua Unidade de Saúde – clientela, marcação de consulta, horário de atendimento;
2. Discorra sobre a sua interação com os demais trabalhadores da Unidade, se possível cite nomes e setores.

3. Qual o seu entendimento sobre o princípio da Integralidade no SUS;

Responder a (s) seguinte (s) QUESTÃO (ÕES) DE PESQUISA:

- Quais as condições enfrentadas pelos sujeitos que atuam nos serviços de saúde que comprometem a implementação dos fundamentos da Saúde Coletiva, em especial a Integralidade, na sua práxis?

- Como a interação ensino-serviço, através do PET-Saúde, no processo de formação profissional e qualificação dos serviços, vem contribuindo para implementação da Integralidade nas Unidade de Saúde?

- Como se dá o fluxo de informação e construção do conhecimento e de que forma os mesmos são difundidos na Rede PET-Saúde em Feira de Santana?

4. Fale um pouco sobre quais as estratégias da unidade de saúde em que atua para garantir a Integralidade.

Responder a (s) seguinte (s) QUESTÃO (ÕES) DE PESQUISA:

- Quais as condições enfrentadas pelos sujeitos que atuam nos serviços de saúde que comprometem a implementação dos fundamentos da Saúde Coletiva, em especial a Integralidade, na sua práxis?

- Como a interação ensino-serviço, através do PET-Saúde, no processo de formação profissional e qualificação dos serviços, vem contribuindo para implementação da Integralidade nas Unidade de Saúde?

3. Fale sobre a estrutura e funcionamento do PET-Saúde

- Como a interação ensino-serviço, através do PET-Saúde, no processo de formação profissional e qualificação dos serviços, vem contribuindo para implementação da Integralidade nas Unidade de Saúde?

4. Discorra sobre a sua participação no PET-Saúde – articulação com os outros componentes e com as demais unidades participantes do projeto e cite, segundo sua percepção, entre os componentes de seu grupo tutorial quais as três pessoas que melhor promovem a Integralidade.

- Quais as condições enfrentadas pelos sujeitos que atuam nos serviços de saúde que comprometem a implementação dos fundamentos da Saúde Coletiva, em especial a Integralidade, na sua práxis?

- Como se dá o fluxo de informação e construção do conhecimento e de que forma os mesmos são difundidos na Rede PET-Saúde em Feira de Santana?

5. Fale um pouco sobre a importância do PET-Saúde para a Integralidade das ações e como o PET contribui para difusão das concepções que sustentam o SUS na rede de saúde em Feira de Santana.

- Como a interação ensino-serviço, através do PET-Saúde, no processo de formação profissional e qualificação dos serviços, vem contribuindo para implementação da Integralidade nas Unidade de Saúde?

- Como se dá o fluxo de informação e construção do conhecimento e de que forma os mesmos são difundidos na Rede PET-Saúde em Feira de Santana?

6. Discorra sobre a articulação de sua Unidade de Saúde com os demais níveis de atenção

7. Fale sobre o papel das USF na articulação das ações entre os diferentes níveis de atenção

8. Discorra sobre o processo de agendamento de consultas e procedimentos em sua unidade

9. Fale sobre casos em que você/sua unidade viabilizou o atendimento em outros níveis de atenção

6, 7, 8, 9 - Responder a (s) seguinte (s) QUESTÃO (ÕES) DE PESQUISA:

- Quais as condições enfrentadas pelos sujeitos que atuam nos serviços de saúde que comprometem a implementação dos fundamentos da Saúde Coletiva, em especial a Integralidade, na sua prática?

10. Cite pessoas do PET-Saúde a quem você recorre no caso de dúvidas ou na necessidade de resolver algum problema (até três)

11. Na Rede PET, você poderia citar, segundo sua percepção, entre os profissionais que buscou, quais os que promovem a qualidade do serviço (cite os três mais importantes).

12. Caso queira, faça considerações adicionais que considerar importantes sobre as questões discutidas.



**APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO (Grupos I - Grupo II - Grupo III)**

**PESQUISA: “Análise do fluxo de informação e difusão do conhecimento na produção da saúde através da metodologia das redes sociais: O PET- Saúde, seus limites e desafios.”**

**Prezado (a) Participante:**

Este questionário é um instrumento da pesquisa sobre “**Análise do fluxo de informação e difusão do conhecimento na produção da saúde através da metodologia das redes sociais: O PET- Saúde, seus limites e desafios**”, cujo objetivo é **desenvolver um modelo teórico, a partir da Metodologia da Análise de Redes Sociais, que ao ser reaplicado auxilie os sujeitos envolvidos nas redes de saúde, a compreender como se constituem as ligações entre os atores, o fluxo de informação e a difusão de conhecimento no processo de produção de saúde.** Estamos contatando as pessoas que participam do PET-Saúde (tutores, preceptores, bolsistas e voluntários) em Feira de Santana, campo da pesquisa, e convidando-as a participar respondendo o seguinte questionário. Você é uma delas. Assim, contamos com a sua valiosa colaboração.

**Confidencialidade**

Esclarecemos que as respostas serão tratadas de forma confidencial e agregadas de maneira que nenhuma resposta individual possa ser identificada. Seu nome será mantido em sigilo absoluto, garantido, assim, o anonimato.

**Agradecemos a sua contribuição!**

**Nº Questionário: (a ser preenchido pela pesquisadora)      Resposta dia:**

**As questões a, b, c, e d devem ser respondidas com os códigos das listas anexas - observe a numeração atribuída para esta pesquisa.**

a)Código do Entrevistado (a) : \_\_\_\_\_

b)Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ c)PET-Saúde: \_\_\_\_\_

d)Grupo tutorial: \_\_\_\_\_

Formação Profissional/ Curso : \_\_\_\_\_

Pós-graduação: ( ) especialização em \_\_\_\_\_

( ) mestrado em \_\_\_\_\_

( ) doutorado em \_\_\_\_\_

( ) outro \_\_\_\_\_

Tempo no PET-Saúde: \_\_\_\_\_ Na mesma unidade ( ) sim ( ) não

Outra unidade que já atuou em grupo PET: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

**Para responder as seguintes questões, indique o código da pessoa ou da instituição constante nas listas anexas.**

**Caso a pessoa a ser citada não conste na lista, o que pode ocorrer devido às mudanças na composição das equipes, por favor, cite o nome, função (se é tutor, preceptor, bolsista ou voluntário) e a unidade de saúde em que atua.**

1. Indique pelo menos três pessoas durante suas ações no PET-Saúde:

A) QUE VOCÊ PROCURA PARA BUSCAR INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA

+	ordem de relevância			-

B) PARA BUSCAR INFORMAÇÃO ACADÊMICA

+	ordem de relevância			-

C) DE QUEM VOCÊ RECEBE INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA

+	ordem de relevância			-

D) DE QUEM VOCÊ RECEBE INFORMAÇÃO ACADÊMICA

	+	ordem de relevância		-

E) A QUEM VOCÊ GOSTARIA DE RECORRER PARA BUSCAR INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA

	+	ordem de relevância		-

G) A QUEM VOCÊ GOSTARIA DE RECORRER PARA BUSCAR INFORMAÇÃO ACADÊMICA

	+	ordem de relevância		-

2. A) COM QUEM VOCÊ **GOSTA** DE TRABALHAR

	+	ordem de relevância		-

B) COM QUEM VOCÊ **GOSTARIA** DE TRABALHAR

	+	ordem de relevância		-

3. Indique pelo menos três unidades do PET-Saúde, com as quais você já realizou alguma ação conjunta (qualquer tipo de ação de saúde) durante sua atuação no programa:

	+	ordem de relevância		-

4. Indique pelo menos três unidades do PET-Saúde, com as quais você pretende realizar ações compartilhadas:

	+	ordem de relevância		-

5. Caso você ou sua equipe já tenha necessitado de atendimento para usuários de sua área em outra unidade do PET-Saúde, indique quais foram:

+	ordem de relevância			-

6. Cite outra(s) pessoa (s) ou instituição (ões) que já lhe prestaram informações importantes para seu trabalho no PET? **Caso não conste na lista de parceiros ou entidades participantes cite nominalmente.**

+	ordem de relevância			-

7. Cite outra(s) pessoa (s) ou instituição (ões) com as quais já realizou ação compartilhada?

+	ordem de relevância			-

8. Cite outra(s) pessoa (s) ou instituição (ões) com as quais pretende realizar ação compartilhada?

+	ordem de relevância			-

Obrigada por sua colaboração!

**APÊNDICE E - Ofício para a Secretaria de Saúde solicitando autorização para realizar a pesquisa nas Unidades de Saúde de Feira de Santana**

Feira de Santana, 21 de fevereiro de 2014

Ilma. Sra.  
Denise Mascarenhas  
Secretária Municipal de Saúde de Feira de Santana – BA

Prezada senhora,

na qualidade de aluna do Doutorado Multi-institucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento (DMMDC), vinculado à UFBA/UEFS/SENAICIMATEC/UNEB/IFBA, venho através do presente, solicitar autorização para proceder à coleta de dados empíricos da Tese de doutorado, de minha autoria, cujo projeto se intitula “**Análise do fluxo de informação e difusão do conhecimento na produção da saúde através da metodologia das redes sociais: O PET-Saúde, seus limites e desafios**”. A coleta de dados terá como cenário as Unidades de Saúde em que o PET-Saúde – UEFS possui equipe em atividade e as técnicas de coletas utilizadas serão entrevista semiestruturada, grupo focal e questionário.

Espero com esse trabalho contribuir para o aprimoramento das ações de interação ensino-serviço em Feira de Santana.

Aguardando sua autorização para submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS.

Subscrevo-me,

Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues

Professora Assistente da Universidade Estadual de Feira de Santana.

**APÊNDICE F - Ofício para a Coordenadora do PET-Saúde UEFS solicitando autorização para realizar a pesquisa junto às equipes do programa que atuam nas Unidades de Saúde de Feira de Santana**

Feira de Santana, 07 de fevereiro de 2014

Ilma. Sra.

Aline Mota

Coordenadora do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde – UEFS

Feira de Santana – BA

Prezada senhora,

Na qualidade de aluna do Doutorado Multi-institucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento, vinculado à UFBA/UEFS/SENAI CIMATEC/UNEB/IFBA, venho através do presente, solicitar autorização para proceder a coleta de dados empíricos da Tese de doutorado, de minha autoria, cujo projeto se intitula “**Análise do fluxo de informação e difusão do conhecimento na produção da saúde através da metodologia das redes sociais: O PET-Saúde, seus limites e desafios**” A coleta de dados terá como cenário as Unidades de Saúde em que o PET-Saúde – UEFS possui equipe em atividade e as técnicas de coletas utilizadas serão entrevista semiestruturada, grupo focal e observação sistemática.

Espero com esse trabalho contribuir para o aprimoramento das ações de interação ensino-serviço em Feira de Santana.

Aguardando sua autorização para submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS.

Atenciosamente,

Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues

Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana.

**APÊNDICE G - Instituições Parceiras do PET-Saúde**

CÓDIGO	PARCEIRO
I1	Prefeitura Municipal de Feira de Santana;
I2	Divisão de Vigilância Sanitária – DIVISA;
I3	Divisão de Vigilância Epidemiológica da SMS – DIVEP;
I4	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM/SMS);
I5	Programa DST/Aids da SMS de Feira de Santana;
I6	Corpo de Bombeiros de Feira de Santana;
I7	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
I8	NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família;
I9	Vara da Mulher do município de Feira de Santana;
I10	Curso de Residência em Desenvolvimento de Software para Engenharia Biomédica (Curso <i>Lato Sensu</i> UEFS);
I11	Colégio Estadual João Tavares;
I12	Colégio Estadual Yêda Barradas Carneiro;
I13	Secretaria de Prevenção da Violência de Feira de Santana;
I14 - Citar nome da escola ou bairro	Escolas das áreas de abrangências das USF vinculadas ao Pet-Saúde da Família;
I15	Núcleo de Educação Permanente da SMS;
I16	Rede de Atenção Psicossocial / CAPS;
I17	Laboratório da Fundação Hospitalar Inácia Pinto dos Santos – HIPS;
I18	Coordenação da Assistência Farmacêutica da SMS de Feira de Santana;
I19	Pastoral da Saúde;
I20 - citar o nome da igreja ou do bairro	Igrejas localizadas nas áreas de abrangências das USF.
I21	Outros - especificar

**APÊNDICE H - Quadros de análise A e B, com os núcleos de sentido dos sujeitos do PET-Saúde vinculados à UEFS.**

<b>ENTREVISTADO</b>	<b>E.1</b>	<b>E.2</b>	<b>...</b>	<b>E.5</b>	<b>SÍNTESE HORIZONTAL</b>
<b>NÚCLEOS DE SENTIDO</b>					
Ações transdisciplinares					<b>Convergências Divergências Complementar Diferente</b>
Espaço inovador de ensino-aprendizagem					<b>Convergências Divergências Complementar Diferente</b>
<b>SÍNTESE VERTICAL</b>					<b>Convergências Divergências Complementar Diferente</b>

Fonte: Adaptado de Rodrigues e Assis (2005)



**APÊNDICE I – Tabelas com as centralidades de grau, proximidade, intermediação e informação das redes Q.1A, Q.1B, Q.1C, Q.1D, Q.1E, Q.1G, Q.2A, Q.2B, Q.3, Q.4, Q.5, Q.6, Q.7 e Q.8.**

**Tabela 9 – Centralidades de grau de entrada (Indegree), proximidade, intermediação e informação da rede construída a partir das respostas à Questão1A - Quem você procura para buscar informação administrativa?**

$C_D$	$C_C$	$C_B$	$C_I$
C02 18,890	C02 0,147	T01 124,000	C02 0,922
T04 14,500	C0A 0,143	T02 121,000	C0A 0,905
T05 13,250	C01 0,138	P12 113,700	O3 0,852
C0A 11,230	O3 0,133	T04 113,500	T01 0,846
T02 10,500	T11 0,131	T05 111,100	T10 0,846
T01 9,500	O13 0,130	P05 90,000	C01 0,844
T10 9,330	T01 0,130	P28 68,420	T13 0,842
T11 8,000	B53 0,129	T11 58,000	T11 0,840
T12 7,500	P20 0,129	B53 36,500	T12 0,827
T03 7,330	P21 0,129	P24 34,500	T05 0,800
C01 7,000	P26 0,129	P07 31,750	P59 0,796
T13 6,660	P28 0,129	P11 28,920	P76 0,794
P26 6,240	T04 0,129	T10 27,670	P55 0,788
P28 5,410	T05 0,129	P09 26,750	P28 0,782
P76 5,330	T08 0,129	P59 23,000	T06 0,781
T09 4,330	B37 0,128	B59 22,500	T04 0,774
P11 3,830	B54 0,128	B56 22,000	P77 0,765
T08 3,750	B55 0,128	B46 22,000	P78 0,765
O3 3,570	B56 0,128	P19 21,000	P74 0,762
P09 3,530	I31 0,128	T13 18,670	B121 0,761

$C_D$ : Centralidade de grau de entrada (Indegree);  $C_C$ : Centralidade de proximidade (InClose);  $C_B$ : Centralidade de intermediação;  $C_I$ : Centralidade de Informação do maior componente da rede.

**Tabela 10** – Centralidades de grau, proximidade, intermediação e informação da rede construída a partir das respostas à Questão1B - **Quem você procura para buscar informação acadêmica?**

$C_D$	$C_C$	$C_B$	$C_I$
T04 16,000	C02 0,142	T05 200,667	C02 0,820
T05 13,410	C0A 0,141	T04 145,500	C0A 0,807
C02 12,150	C01 0,138	B52 129,500	T01 0,786
T02 11,000	T11 0,134	T01 120,000	T11 0,766
T13 9,750	T01 0,130	T02 101,933	T13 0,756
T11 8,910	T07 0,130	P12 97,000	C01 0,751
C0A 8,640	T08 0,130	P05 86,667	T10 0,747
T10 8,330	B52 0,129	P28 61,000	T06 0,739
T01 7,830	B53 0,129	B53 51,500	T12 0,726
T12 7,830	B55 0,129	B45 49,500	P76 0,719
T03 7,490	P26 0,129	T14 42,000	T15 0,710
C01 5,000	P28 0,129	B49 41,000	P78 0,708
P76 4,830	T05 0,129	P24 36,500	T14 0,706
P26 4,160	T04 0,129	B48 32,500	P04 0,705
T09 4,000	B49 0,128	B51 30,000	P74 0,691
T08 3,830	B51 0,128	P07 29,167	P77 0,691
T07 3,750	B54 0,128	P11 27,567	P02 0,674
P78 3,660	B56 0,128	T10 26,000	P55 0,674
P28 3,480	P27 0,128	B21 23,700	T09 0,672
T14 3,360	P27.1 0,128	B55 21,333	O3 0,671

**Tabela 11** – Vértices com as maiores Centralidades de grau, proximidade, intermediação e informação da rede PET-Saúde a partir das respostas à Questão 1C - **De quem você recebe informação administrativa?**

$C_D$	$C_C$	$C_B$	$C_I$
C02 19,670	C02 0,163	T02 115,333	C02 1,051
T04 16,500	C0A 0,159	T05 115,250	C0A 1,018
T05 14,830	C01 0,157	T04 95,500	C01 0,961
T01 11,500	O3 0,151	P28 70,750	O3 0,961
T02 11,160	T03 0,148	T01 52,000	T13 0,958
T11 10,000	T05 0,148	T11 40,000	T10 0,945
T10 9,330	B53 0,147	P09 31,333	T01 0,935
T12 9,000	B54 0,147	T13 21,500	T12 0,900
T13 8,830	O13 0,147	T10 21,167	T11 0,892
C0A 8,550	P10 0,147	B52 20,500	T03 0,867
T03 8,490	P20 0,147	P11 20,000	P78 0,863
C01 8,030	P23 0,147	B56 19,000	P55 0,857
P26 6,830	P26 0,147	T14 19,000	P74 0,855

T09 5,200	P27 0,147	P07 18,833	P19 0,854
O3 4,830	P28 0,147	B55 18,000	P76 0,853
P28 4,650	T04 0,147	P24 18,000	P59 0,851
P76 4,330	T11 0,147	P17 17,000	P77 0,843
P09 3,860	B17 0,146	B54 16,000	T05 0,838
T14 3,330	B37 0,146	P12 16,000	V02 0,838
P51 3,000	B43 0,146	P27 14,667	T04 0,837

**Tabela 12** – Vértices com as maiores Centralidades de grau, proximidade, intermediação e informação da rede PET-Saúde a partir das respostas à Questão 1D - **De quem você recebe informação acadêmica?**

$C_D$	$C_C$	$C_B$	$C_I$
T04 16,500	C02 0,143	T05 228,950	C02 0,741
T05 15,500	C01 0,139	T04 160,500	C0A 0,719
C02 12,840	C0A 0,139	B53 122,133	C01 0,713
T13 10,830	T11 0,132	T02 82,483	T01 0,695
T03 10,330	B53 0,129	T14 78,000	T13 0,693
T02 10,000	B54 0,129	B45 67,000	T14 0,691
T01 9,250	B55 0,129	T01 56,000	T11 0,681
T11 8,660	B59 0,129	P19 54,000	P78 0,666
C0A 7,813	P27 0,129	B52 48,000	T12 0,660
T12 7,500	P28 0,129	P18 44,000	P77 0,653
T10 7,330	P48 0,129	B49 40,900	P76 0,651
T09 4,530	T04 0,129	P24 36,000	T10 0,650
C01 4,500	T05 0,129	B48 33,000	T15 0,649
T14 4,000	B37 0,128	T11 30,000	P24 0,644
P18 3,830	B39 0,128	B51 29,167	B148 0,639
T07 3,750	B45 0,128	B54 26,883	P74 0,637
P26 3,660	B46 0,128	P28 26,500	O3 0,634
P76 3,660	B49 0,128	B55 25,400	P04 0,625
P11 3,030	B51 0,128	P12 24,050	V02 0,618
T08 3,000	B52 0,128	P07 23,950	T03 0,614

**Tabela 13** – Vértices com as maiores Centralidades de grau, proximidade, intermediação e informação da rede PET-Saúde a partir das respostas à Questão 1E- **A quem você gostaria de recorrer para buscar informação administrativa?**

$C_D$	$C_C$	$C_B$	$C_I$
C02 15,220	C02 0,183	T04 116,000	C01 0,632
T10 10,500	C01 0,181	P28 91,167	C02 0,632

T13	10,000	C0A	0,180	T05	72,167	C0A	0,620
T04	9,830	O3	0,173	T02	50,833	T01	0,607
T02	9,660	P26	0,171	T01	36,000	T13	0,598
T05	9,160	P28	0,171	B47	33,000	O3	0,585
C01	9,150	P29	0,171	T10	25,333	T10	0,585
T03	8,750	P30	0,171	B54	21,667	T03	0,574
C0A	8,570	T05	0,171	P27	19,833	T11	0,573
T01	8,200	T11	0,171	P22	18,500	P19	0,561
P26	7,160	B53	0,170	P30	15,667	V02	0,560
T11	6,000	B54	0,170	P07	14,833	B148	0,559
P28	4,650	P08	0,170	P24	12,000	P74	0,559
P30	4,490	P11	0,170	P04	12,000	P76	0,559
P11	4,450	P27	0,170	P25	12,000	B01	0,556
O3	3,750	T01	0,170	T13	11,500	P24	0,545
P27	3,080	T02	0,170	B48	10,000	T06	0,543
I1	3,000	T03	0,170	P29	8,667	B147	0,539
P29	3,000	T04	0,170	T14	8,500	P55	0,539
P51	3,000	T13	0,170	T15	8,500	P62	0,537

**Tabela 14** – Vértices com as maiores Centralidades de grau, proximidade, intermediação e informação da rede PET-Saúde a partir das respostas à Questão 1G - A quem você gostaria de recorrer para buscar informação acadêmica?

$C_D$	$C_C$	$C_B$	$C_I$				
C02	11,300	C02	0,183	T04	116,500	C02	0,753
T02	10,330	C01	0,179	T02	88,000	C0A	0,731
T04	9,830	C0A	0,179	P28	84,500	T01	0,725
T13	9,500	P08	0,171	T05	65,333	C01	0,710
T05	9,080	P11	0,171	T01	52,000	T13	0,690
C0A	8,740	P26	0,171	T03	46,000	P04	0,683
C01	8,000	P28	0,171	B47	45,000	T11	0,679
T03	7,750	P30	0,171	P04	43,500	T10	0,666
T10	6,500	T02	0,171	T11	30,000	T14	0,666
T01	5,410	T05	0,171	B54	24,000	T15	0,651
P26	5,330	T11	0,171	P24	24,000	B01	0,644
T11	4,750	B53	0,170	B48	22,000	P74	0,643
P30	4,150	B54	0,170	P19	22,000	B148	0,638
T07	3,830	O17	0,170	T14	21,000	B02	0,629
P28	3,820	P07	0,170	P07	19,833	V02	0,619
P11	3,530	P09	0,170	B01	18,000	B06	0,618
T09	3,500	P12	0,170	T10	18,000	P55	0,616
P18	3,330	P13	0,170	P62	16,000	P03	0,612
T08	3,160	P27	0,170	P30	15,417	P19	0,610
T14	3,160	P29	0,170	P29	15,250	B121	0,607

**Tabela 15** – Vértices com as maiores Centralidades de grau, proximidade, intermediação e informação da rede PET-Saúde a partir das respostas à Questão2A - **Com quem você gosta de trabalhar?**

$C_D$		$C_C$		$C_B$		$C_I$	
T04	6,58	C02	0,122	T10	331,00	C02	0,4984
T02	6,00	C0A	0,122	P19	232,33	T11	0,4942
T11	5,70	T11	0,090	P59	204,00	C0A	0,4891
T13	5,58	B61	0,091	P57	181,00	T01	0,4886
P76	5,16	P121	0,091	T02	169,42	T14	0,4716
T10	5,16	C01	0,069	T14	168,50	T15	0,4668
C02	4,91	B37	0,041	T11	139,50	T12	0,4636
T12	4,78	B38	0,042	P18	126,83	P32	0,4448
T03	4,70	B39	0,041	T05	120,09	T13	0,4425
P26	4,53	B42	0,046	T04	112,83	P04	0,4373
T05	4,49	B45	0,041	P28	106,86	P81	0,4367
P28	4,31	B46	0,041	P55	106,00	B02	0,4351
P51	4,00	B47	0,044	V17	104,00	P03	0,4343
P59	3,75	B53	0,035	B39	103,33	B01	0,4327
T01	3,75	B54	0,035	B118	96,50	V02	0,4322
C0A	3,41	B55	0,035	B117	96,50	P19	0,4259
T14	3,41	O10	0,042	P77	96,20	P49	0,4193
P05	3,33	O11	0,042	T12	94,00	B142	0,4193
P03	3,25	P20	0,041	B116	88,00	B148	0,4172
P20	3,24	P21	0,041	P49	86,00	P02	0,4163

**Tabela 16** – Vértices com as maiores Centralidades de grau, proximidade, intermediação e informação da rede PET-Saúde a partir das respostas à Questão 2B- **Com quem você gostaria de trabalhar?**

$C_D$		$C_C$		$C_B$		$C_I$	
P28	6,830	C01	0,080	T05	1.151,67	T10	0,811
T07	5,160	T07	0,077	P04	988,333	C01	0,809
C01	4,500	V20	0,077	V27	976,433	T07	0,799
P55	4,330	B37	0,076	T01	659,500	T13	0,794
P76	4,160	B46	0,076	T02	600,500	T14	0,785
T10	4,160	P07	0,076	P02	462,833	T15	0,777
P51	4,000	P08	0,076	T04	450,333	T01	0,770
T13	3,580	P09	0,076	B59	399,971	T05	0,770
P26	3,500	P10	0,076	P26	361,138	V27	0,763
T14	3,330	P12	0,076	P09	351,500	T03	0,761
P01	3,200	P20	0,076	P28	339,116	P55	0,760
I2	3,160	P21	0,076	B46	295,900	P04	0,757
T03	3,080	P23	0,076	P27	276,562	T04	0,756
P16	2,830	T02	0,076	B20	275,500	P19	0,730

P30 2,830	T04 0,076	P24 273,000	I2 0,728
T04 2,830	B13 0,075	T10 272,000	P66 0,728
B56 2,660	B18 0,075	B49 262,210	T02 0,722
P27 2,660	B19 0,075	B19 217,000	P02 0,721
T08 2,580	B20 0,075	B01 203,000	V41 0,720
C02 2,500	B39 0,075	T13 200,167	T06 0,719

**Tabela 17** – Vértices com as maiores Centralidades de grau, proximidade, intermediação e informação da rede PET-Saúde a partir das respostas à Questão 3 - **Indique pelo menos três unidades do PET-Saúde com as quais você já realizou alguma ação conjunta (qualquer tipo de ação de saúde) durante sua atuação no programa .**

$C_D$	$C_C$	$C_B$	$C_I$
U3 20,500	U3 0,042	P08 5,000	U3 0,841
U13 14,160	U13 0,028	P12 4,000	U14 0,820
U9 9,000	U2 0,027	P11 2,000	U2 0,799
U2 8,860	U5 0,026	B03 0	U13 0,798
U6 7,490	U9 0,023	B01 0	I1 0,782
U11 7,160	U6 0,021	B04 0	I3 0,780
U5 7,160	U14 0,019	B07 0	U9 0,771
I1 6,740	I1 0,018	B08 0	U11 0,762
I3 6,660	U10 0,018	B09 0	U10 0,749
U12 6,500	I3 0,016	B02 0	B169 0,745
U10 6,320	U11 0,016	B100 0	U1 0,733
U1 6,000	U4 0,016	B101 0	I5 0,730
U4 5,830	U8 0,016	B05 0	U5 0,729
U8 5,750	U12 0,014	B06 0	T13 0,727
U14 5,350	U20 0,014	B104 0	I8 0,726
U22 5,000	I8 0,012	B105 0	U8 0,723
U26 5,000	U1 0,012	B106 0	U12 0,718
I8 4,660	U22 0,012	B107 0	U20 0,711
U20 4,490	U23 0,012	B108 0	I4 0,708
U18 4,330	I16 0,011	B108.1 0	U23 0,708

**Tabela 18** – Vértices com as maiores Centralidades de grau, proximidade, intermediação e informação da rede PET-Saúde a partir das respostas à Questão 4 - **Indique pelo menos três unidades do PET-Saúde com as quais você pretende realizar ações compartilhadas.**

$C_D$	$C_C$	$C_B$	$C_I$
U3 25,700	U3 0,262	P09 6,000	U3 1,084
U8 12,830	U11 0,256	P08 4,000	U2 1,027
U9 11,910	U2 0,256	P07 2,000	U11 0,994
U11 11,650	U8 0,256	B04 0	U8 0,979
U2 10,650	U9 0,256	B05 0	U9 0,970
U14 8,240	U5 0,255	B06 0	U5 0,968
I3 8,200	U10 0,254	B07 0	U14 0,962
U6 8,080	U12 0,254	B08 0	U10 0,948
U10 7,820	U14 0,254	B01 0	U12 0,948
U5 6,980	U6 0,254	B02 0	U6 0,948
U13 6,830	I3 0,253	B03 0	P56 0,909
U12 6,310	I4 0,253	B101 0	T15 0,900
U4 6,160	I5 0,253	B102 0	U18 0,874
U18 5,660	U13 0,253	B103 0	U4 0,871
U22 5,500	U18 0,253	B104 0	U1 0,869
I4 4,910	U22 0,253	B105 0	U13 0,869
I16 4,410	U4 0,253	B106 0	I4 0,861
U27 4,160	I16 0,252	B107 0	I5 0,860
I5 4,150	I7 0,252	B108 0	T10 0,858
I8 4,080	I8 0,252	B108.1 0	V07 0,833

**Tabela 19** – Vértices com as maiores Centralidades de grau, proximidade, intermediação e informação da rede PET-Saúde a partir das respostas à Questão 5 - **Caso você ou sua equipe já tenha necessitado de atendimento para usuários de sua área em outra unidade do PET-Saúde, indique quais foram .**

$C_D$	$C_C$	$C_B$	$C_I$
U3 12,080	U3 0,339	P08 3,000	U3 0,513
U13 6,000	U11 0,336	B01 0	U11 0,474
U11 4,660	U13 0,336	B03 0	T10 0,467
U14 3,360	U14 0,336	B04 0	U14 0,464
I16 3,160	I16 0,335	B05 0	P56 0,463
U26 3,000	I5 0,335	B06 0	U2 0,458
I5 2,990	U12 0,335	B07 0	B84 0,457
U12 2,750	U2 0,335	B08 0	T14 0,430
U4 2,500	U26 0,335	B09 0	U12 0,429
U6 2,500	U4 0,335	B02 0	B34 0,417
U2 2,330	U5 0,335	B100 0	I16 0,416
U1 2,000	U6 0,335	B101 0	P22 0,413
U10 2,000	U9 0,335	B102 0	P19 0,410
U5 2,000	I1 0,334	B103 0	B169 0,409
U9 1,830	I13 0,334	B104 0	P66 0,408
I3 1,500	I14.0 0,334	B105 0	B78 0,407
U16 1,500	I15 0,334	B106 0	P29 0,407
I15 1,330	I2 0,334	B107 0	B95 0,406
I8 1,330	I24 0,334	B108 0	V43 0,394
U28 1,330	I27 0,334	B108.1 0	I5 0,390



**Tabela 20** – Vértices com as maiores Centralidades de grau, proximidade, intermediação e informação da rede PET-Saúde a partir das respostas à Questão 6 - **Cite outra(s) pessoa (s) ou instituição (ões) que já lhe prestaram informações importantes para seu trabalho no PET.**

$C_D$		$C_C$		$C_B$		$C_I$	
I8	11,330	I3	0,206	T07	59,000	I3	0,680
I3	10,410	I8	0,205	T06	22,500	I8	0,673
U13	6,500	C01	0,204	P37	19,000	I15	0,656
I23	6,160	I15	0,204	T10	12,000	I4	0,635
C01	6,000	C02	0,203	T13	11,000	I1	0,631
C02	5,500	I23	0,203	P76	11,000	I24	0,631
U3	5,320	I24	0,203	P38	9,000	V75	0,627
T10	5,250	O22	0,203	T05	9,000	T11	0,624
I15	4,680	P37	0,203	T11	8,500	B153	0,622
I1	4,660	U13	0,203	P32	8,000	T10	0,620
T07	4,330	U3	0,203	P40	8,000	U3	0,620
I24	4,160	C0A	0,202	B85	7,000	B169	0,618
I5	3,830	I1	0,202	B53	7,000	I2	0,618
I13	3,500	I16	0,202	T04	5,000	I23	0,613
I7	3,500	I2	0,202	P74	4,000	T13	0,612
T06	3,500	I35	0,202	B54	3,500	C02	0,609
I4	3,330	I36	0,202	P18	3,000	B121	0,606
U2	3,250	I4	0,202	V19	3,000	P73	0,605
T02	3,000	I42	0,202	B130	3,000	P37	0,603
U11	3,000	I54	0,202	P24	3,000	T06	0,596

**Tabela 21** – Vértices com as maiores Centralidades de grau, proximidade, intermediação e informação da rede PET-Saúde a partir das respostas à Questão 7 - **Cite outra(s) pessoa (s) ou instituição (ões) com as quais já realizou ação compartilhada?**

$C_D$	$C_C$	$C_B$	$C_I$
I8 8,990	I8 0,129	B148 51,000	I8 0,532
U13 6,500	I1 0,127	V19 48,000	I3 0,506
I1 4,830	I16 0,127	P55 44,000	P73 0,501
P38 4,000	I24 0,127	B39 35,000	P74 0,494
U5 3,830	I3 0,127	P30 35,000	U14 0,489
I24 3,660	O21 0,127	T05 28,000	I24 0,485
U3 3,660	P48 0,127	P28 26,000	T05 0,480
U14 3,580	U13 0,127	T07 25,000	I1 0,476
I14.01 3,500	U3 0,127	P05 24,000	B169 0,474
I14.5 3,250	U5 0,127	P40 21,000	P71 0,474
I3 3,190	B101 0,126	B145 21,000	U3 0,467
P33 3,000	B145 0,126	B56 20,000	B127 0,463
U18 2,660	B146 0,126	B57 18,000	B34 0,462
U2 2,580	B148 0,126	P37 14,000	B84 0,456
T05 2,500	B23 0,126	P04 12,000	I14.5 0,454
U11 2,500	B37 0,126	P03 9,000	P62 0,454
U6 2,500	B39 0,126	B53 9,000	V75 0,448
I14.3 2,330	B41 0,126	B37 8,000	T11 0,447
I5 2,330	B45 0,126	T10 8,000	I2 0,444
I23 2,250	B46 0,126	P08 7,000	B138 0,442

**Tabela 22** – Vértices com as maiores Centralidades de grau, proximidade, intermediação e informação da rede PET-Saúde a partir das respostas à Questão 8 - **Cite outra(s) pessoa (s) ou instituição (ões) com as quais pretende realizar ação compartilhada.**

$C_D$	$C_C$	$C_B$	$C_I$
U3 11,160	U11 0,205	P05 26,500	U3 0,597
U11 9,330	U3 0,204	P04 21,000	U11 0,587
I1 7,330	I1 0,203	T05 18,000	U2 0,571
I8 6,660	I7 0,203	T02 16,000	I8 0,570
U13 5,000	I8 0,203	P70 12,000	P74 0,562
U2 4,320	U2 0,203	T06 9,000	U14 0,558
U14 4,250	U5 0,203	P03 8,000	U5 0,551
I7 4,080	I15 0,202	T14 5,500	I1 0,550
I5 3,660	I18 0,202	P74 5,000	I7 0,545
U5 3,660	I2 0,202	V13 4,000	P70 0,541
I14.04 3,500	I24 0,202	P13 4,000	U6 0,541
U12 3,330	I3 0,202	V17 4,000	I4 0,540
I3 3,080	I4 0,202	P22 3,500	T02 0,539
U6 3,080	I5 0,202	P02 3,000	T05 0,537
I15 3,000	U13 0,202	B83 3,000	B144 0,530
I16 3,000	U14 0,202	T15 2,500	B138 0,526
I2 3,000	U6 0,202	V27 2,500	I3 0,525
U20 3,000	U9 0,202	P21 2,000	P56 0,521
I18 2,830	I13 0,201	P76 2,000	I5 0,520
I24 2,830	I14 0,201	P26 2,000	P22 0,516

## APÊNDICE J - CORPUS DE ANÁLISE

### CATEGORIA 1: O PET-Saúde como espaço inovador de ensino aprendizagem

[...] um aspecto que precisamos avançar. Unir mais as coordenações. Não só para apresentar o que foi feito, não só para avaliar. Que é o que nós geralmente nós fazemos. Avaliar o que foi feito, chamar os grupos, mas assim para planejar mesmo de uma forma mais conjunta (Ent.1, Grupo A).

Tenho o conhecimento das atividades que eles desenvolvem, eles têm conhecimento das atividades que eu desenvolvo, mas ainda não teve um planejamento das atividades conjuntas (Ent.3, Grupo A).

“[...] pensar assim: muitas vezes eles não estão juntos na unidade, mas estão pensando conjuntamente, estão planejando, né? Mesmo que a ação na hora de executar não esteja todos, mas, está uma parte, mas a construção foi coletiva” (Ent.5, Grupo A).

Elas vão acontecendo a partir das necessidades. Eu nunca vi, a não ser que tenha e eu não vi, mas eu nunca vi necessariamente, elas fazendo algo assim articulado. Mas, a gente sempre tenta, a gente faz o nosso planejamento e as meninas trazem o planejamento dela (Ent.6, Grupo A).

[...] com relação à integração, eu penso, que esse é um aspecto que precisamos melhorar mais. Porque, o que é que eu percebo [...] e ainda, os grupos desenvolvem seus trabalhos, fazemos reuniões aqui com os tutores e os tutores fazem as reuniões com os preceptores, mas eu sinto isso inclusive é uma responsabilidade minha também de, que eu vejo, como coordenadora de buscar integrar cada vez mais esses grupos no sentido de mostrar essas experiências que são exitosas, experiências que podem ser copiadas, copiadas no sentido de assim, como que elas podem ser utilizadas no contexto do trabalho [...] Mas assim o encontro desses três PETs, inclusive de fazer uma proposta conjunta de trabalho, é, eu percebo que é um grande desafio (Ent.1, Grupo A).

[...] essa integração não existe, já aqui dentro da universidade. Os PETs não dialogam, os PETs são separados, cada um luta por si. [...] as atividades que eram desenvolvidas no PET-Saúde tinham relação com os outros PETs [...]" (Ent.2, Grupo A).

[...] um de nossos cenários de atuação é comum entre o PETRedes e o PET - Saúde [...]. Então nesse cenário a gente desenvolveu algumas atividades conjuntas, principalmente algumas oficinas e algumas salas de espera (Ent.3, Grupo A)

[...] agora a gente já tem esse envolvimento, pelo tempo que passou ... de estar trabalhando em conjunto. A gente tem algumas atividades que a gente já fez, que eles se misturam que a gente não faz diferença, se foi o PETRedes que trabalhou mais, ou o PROPET que trabalhou mais. Então já existe essa familiaridade entre os dois (Ent.8, Grupo B).

Olha eu não tô entendendo exatamente o que que é, mas, pelo que você está expressando eu tô percebendo que tem uma grandeza por trás disso aí. Eu tô percebendo que isso é importante pro nosso aluno. Eu não entendo exatamente o que que é essa interface”. É colocar alunos numa equipe multidisciplinar para atuar nos serviços de saúde (Ent.2, Grupo A).

E entrei com outros estudantes. Era uma unidade bem diversificada porque tinha estudante de Odontologia, eu de Odontologia, de farmácia, educação física, de enfermagem e de medicina. Então a gente conseguia executar um trabalho multiestudantil e multiprofissional também na unidade (Ent.7, Grupo B).

Sempre juntando os trabalhos e sem olhar pro curso. Ah, porque um é de educação física, outro é de odonto, outro é de enfermagem e a outra é de psicologia. Independente da área cada um sempre dá uma contribuição, né? Eu vou olhar pro lado da assistência, a de odonto vai querer, não, não é da minha área, mas eu queria falar. Um pouquinho de cada área, mas abrangendo todo mundo (Ent.6, Grupo A).

Mas também aqui não procura ver só a boca do paciente. Quando ele chega com algum problema, que até a gente detecta, pode tá detectando antes até de uma consulta médica. A gente procura entender o que está acontecendo e, se for o caso, encaminhá-lo (Ent.8, Grupo B).

Um ajudando o outro. É muito satisfatório. Eu gosto de trabalhar aqui. Porque é um ajudando o outro. A equipe é boa, entende o outro. Ah, se você não pode eu posso. Vou lá e tal. É uma equipe. Eles estão juntos. Questiona isso, questiona aquilo. Vai ver se vai dar certo isso. Dr. [CD da equipe]. Ele é muito assim. Ele é perfeccionista no que ele faz (Ent.9, Grupo B).

Agora, a questão, Como manter, na verdade essa interdisciplinaridade? É isso que tá faltando. Eu acho aqui na Universidade nós estamos faltando a questão mesmo de componente integrador... Apesar de todas as mudanças que impulsionamos. Todos os cursos, na verdade, passaram por suas mudanças curriculares. Criaram, como eu falei, componentes integradores, mas não são do ciclo obrigatório, por exemplo, é, é, são disciplinas optativas (Ent.4, Grupo A).

Então hoje eu tenho estudante de Odontologia que anda na unidade de saúde, que faz oficina sobre aleitamento, oficina sobre caspa e queda de cabelo, oficina de PERFUME! Como eu tive uma menina que teve um trabalho premiado. As meninas de Odontologia fizeram uma oficina de perfume e nessa oficina de perfume elas foram embutindo ações preventivas do câncer feminino (Ent.2, Grupo A).

São coisas interessantes que você, que a comunidade vai abrindo o leque de possibilidades. A palestra foi dada por um rapaz da polícia militar, que nós convidamos e tal. [...] Tem trabalhos dos alunos de educação física maravilhosos, de fazer mesmo prevenção de hipertensão arterial com atividade física. Então, os alunos formaram grupo de idosos. O grupo ficou entusiasmado, começou a fazer horta, a fazer trabalhos manuais (Ent.4, Grupo A).

Depois que eu cheguei, a gente já fez, participou de algumas coisas junto com as enfermeiras, que a gente também pediu, que foi falar sobre a Chikungunya com os ACS. Sala de espera, que a gente fez com as mulheres, a gente já falou sobre hipertensão. A gente fez panfletagem. [...] Mas foi numa reunião junto com as meninas do PETRedes que a gente decidiu fazer a panfletagem sobre o novembro azul na praça. Pra tá informando aos homens e chamando a atenção deles pra vir aqui ao posto de saúde saber mais informações também sobre o câncer de próstata, a gente fez os folders (Ent.6, Grupo A).

A gente tá sempre procurando fazer reuniões para tá envolvendo essa comunidade nesse processo. Eles interferem também no que a gente faz, nas ações que a gente propõe, há essa contrapartida, não diria 100%, porque é

impossível a comunidade toda, mas uma boa parte ela se envolve nos problemas de violência, transporte, educação. Então são situações assim que a gente procura coloca-los também dentro desse interim, pra que eles possam também opinar sobre essas condições e a partir daí, deliberar (Ent.8, Grupo B).

Melhora porque de qualquer maneira já começam pela sala de espera, explicam ao pessoal, além do que o CD explica. E explica a situação, ensina o pessoal. E quem não sabe já mais ou menos. Dá aquela satisfação. Vão na casa, fazem aquela VD, visita domiciliar. Outra coisa também que eu achei interessante é quando ele vai pras escolas. Aí nós vamos fazer, aquele assunto, de como escovar os dentinhos. Aquela coisa toda. Leva pasta, leva um kitizinho, do, de, de... como é que fala? De dente. Sabe? Então as pessoas ficam assim muito surpresas (Ent.9, Grupo B).

Hoje, a gente já percebe que com a teoria e a prática, ele já tem um conhecimento de como funciona. E a partir daí esse conhecimento foi construído coletivamente. As oficinas também os estudantes participando das oficinas e ministrando as palestras. Isso foi muito bom. Eles puderam também estar fortalecendo esse conhecimento (Ent.3, Grupo A).

Integração da academia com o serviço, da academia com a comunidade, entre os cursos dentro da própria academia. E isso é uma coisa muito nova. Experiência grandiosa para quem participou desse processo todo, desde essa elaboração, das primeiras reuniões para elaborar o projeto, até agora, como a gente está executando é uma aprendizagem muito grande dessa integração mesmo. [...] E que essa diversidade do aluno em termos de conhecimento vai enriquecê-lo, porque às vezes, o aluno aprende muito mais numa atividade que está fazendo extramuros do que sentado recebendo conteúdo (Ent.4, Grupo A).

A gente já fez aqui roda de conversa e tudo. Até com idoso. E aí quando eu cheguei agora no meu estágio de Base a professora, “Menina você nasceu para isso. Você tem uma desenvoltura com o paciente. As professoras, “Meu Deus, tu nasceu para isso. Tu tomas conta da situação”. “Mas pró eu aprendi a ser assim, aprendi como lidar com o paciente”. [...] minhas atitudes já mudaram. Abriu inscrição, eu coloquei no meu grupo e a maioria fez inscrição... Perceberam minhas mudanças de atitudes e postura profissional, enquanto estudante (Ent.6, Grupo A).

Eu achei enriquecedor porque a gente tá ali no estágio curricular aprende só o que é do nosso curso. Quando você abre um pouquinho, abrange um pouquinho pra outros cursos. Você pensa, não, aquilo é limitado a tal curso, mas não são conhecimentos que podem ser difundidos pra todo mundo. Isso foi muito enriquecedor pra mim. Foi primordial, foi o que eu achei mais interessante no PET foi justamente isso. Essa troca de experiência (Ent.7, Grupo B).

Pra mim somou-se conhecimento, a questão de termos alunos na unidade, também o acolhimento dos pacientes dos usuários, junto com os alunos. O aluno tem um cuidado, por estar ali numa área de conhecimento, o cuidado talvez maior do que mesmo de um funcionário. [...] que ele avança os muros da universidade e vai até próximo dos serviços, dos serviços públicos e dá mais essa oportunidade de o aluno vivenciar essa condição, né, do trabalho, que não é só aquela questão da teoria e da prática dentro da universidade [...] é como o entendimento da vida pra eles. A condição de vida das pessoas que vem até a comunidade. São até exemplos que não são da vida profissional (Ent.8, Grupo B).

Mas isso aqui pra ele é uma escola também. Porque aqui é medicação, tem o atendimento de Odontologia, farmácia. Tem, como é que chama? Clínico e tem enfermeira. Então cada aluno ele tem que ter seu próprio interesse. Aqui é uma escola pra eles. [...] Ele tem que gostar. Ele tem que interagir com a gente aqui. Pra eles é importante, porque a cada dia ele aprende mais. Depende também de cada aluno (Ent.9, Grupo B).

Os alunos já desenvolvem algumas práticas porque eles foram inseridos nos grupos terapêuticos, nas oficinas terapêuticas. Inclusive participaram até da elaboração de alguns grupos pra acolher realmente esses usuários. Além disso, eles fazem sala de espera e a gente sempre coloca esse, esse... o acolhimento como um tema transversal. [...] Os alunos, os estudantes, avaliaram a experiência como positiva. Avaliaram que essa inserção no serviço contribuiu para sua formação, contribuiu para que ele tivesse uma visão diferenciada do Sistema Único de Saúde (Ent.3, Grupo A).

Os alunos tão tendo a visão e isso é uma coisa interessante pro aluno que tá saindo mesmo, porque quando chega lá rede, na ponta da rede para atender aquele usuário, a estudante de enfermagem entende que ela sozinha não dá conta de atender na integralidade que ela precisa do conhecimento, compartilhar o saber dá um pouquinho dela para o aluno de Odontologia e receber algum conhecimento do aluno de Odontologia (Ent.4, Grupo A).

[...] comecei a debater com ela que ... fazia parte de Saúde, que havia uma resolução do Conselho Nacional de Saúde, que inseria o ... com muita luta eu consegui inserir uma única disciplina de dez horas, de dez horas, no currículo. Mas eu já considerei uma grande felicidade porque pela primeira vez a gente tinha um disciplina que se chamava Seminário C , tracinho, saúde coletiva. [...] E passamos depois por uma nova reformulação curricular. Aí sim nessa reformulação curricular nós conseguimos inserir a disciplina SAU-271, que é uma disciplina de saúde coletiva, que é daqui do departamento de saúde, no currículo (Ent.2, Grupo A)

Então nós conseguimos fazer uma maior articulação com a implantação do PET-SAÚDE até por conta no caso da IES, da dificuldade do recurso, mas isso não nos impediu que os cursos fizessem, até de forma integrada com os demais cursos que não estavam no projeto inicialmente, ações que viabilizassem reforma curricular, então Odontologia fez, enfermagem fez, farmácia também é... algumas ações mesmo que assim pontuais, embora alguns cursos tenham feito mudanças mais profundas outros mais pontuais, mas a gente conseguiu avançar em vários aspectos (Ent.5, Grupo A).

[...] equipar as unidades de saúde para receber os estudantes da universidade, que adequasse espaço físico. Para que fosse um espaço melhor, precisa, os alunos pudessem trabalhar juntos com a comunidade, junto com os demais profissionais (Ent.4, Grupo A).

Foi feita a ampliação da unidade, não só área de atendimento, mas na área privada dos funcionários também. Era bem pequeninha e nós tivemos aumento na cozinha, na área fechada [...] (Ent. 8, Grupo B).

[...] quando eu sai da tutoria do PET [...] nós deixamos cinco subprojetos de pesquisa. [...] já com artigos encaminhados pra revistas importantes [...] encaminhamento desses trabalhos para congressos importantes. Nós começamos inclusive a escrever uma proposta de pesquisa até, para que englobasse é, as nuances de vários projetos. Se nós fizéssemos um projeto guarda-chuva, buscando até financiamento até para desenvolver essas pesquisas, mas ainda não conseguimos concluir (Ent.1, Grupo A).

Um dos focos, umas das coisas que a gente definiu como prioridade foi a pesquisa. Não só isso, mas a gente precisa fortalecer a produção acadêmica porque isso também vai contribuir para o serviço. [...] cada projeto de PET tem um plano de pesquisa que é amplo e às vezes desenvolvem temáticas de acordo com a realidade encontrada nos serviços de saúde (Ent.3, Grupo A-Ent.4, Grupo A, Grupo A).

São inúmeros projetos de pesquisa que vêm sendo desenvolvidos ou projetos de intervenção que também são muito ricos, que vêm sendo elaborados, ou até revisões de literatura, quando muitas vezes aquele grupo não tem interesse de fazer uma ação, uma pesquisa aplicada. Ele faz também revisões (Ent.5, Grupo A).

[...] preceptores também percebem o seu potencial no sentido de contribuir com o aluno no seu processo de formação. T02, que é a tutora desse PET, ela coloca muito da participação, da inserção deles em busca de pesquisas (Ent.1, Grupo A).

[...] acho que houve assim uma aproximação dos servidores da prefeitura, da secretaria municipal de saúde, da universidade, que isso foi ótimo. Porque, como alguns me falavam, meus preceptores, por exemplo: “Pró tem dez anos que eu estive aqui na UEFS. Me formei e não voltei mais” [...] se sentir novamente parte de um sistema que vai sendo construído pela pesquisa e pelo ensino. [...] Por exemplo, as minhas preceptoras passaram a escrever resumos, passaram a ler algumas coisas, a repassar notícias importantes, a ter um diálogo, eu diria até assim mais acadêmico, mais atual, mais científico (Ent.2, Grupo A).

A gente começou fazendo algumas atividades de educação em saúde, voltadas para os usuários e para os profissionais com essa temática, do acolhimento. Nós já organizamos algumas oficinas de capacitação enfocando o tema acolhimento (Ent.3, Grupo A).

Os tutores levam material novo, e aí como criam esse vínculo com os preceptores eles sentem a vontade de dizer mesmo, de pedir orientação sobre determinado assunto, que se formaram há muito tempo, e que não tem experiência sobre isso ou aquilo. Então, esse processo de capacitação tem sido interessante por isso, porque eles participam, fazem trabalho de pesquisa. Então os preceptores não tinham essa perspectiva porque no serviço eles não faziam pesquisa e agora eles sentam com o aluno e com o preceptor para discutir. Pra fazer um diagnóstico, e a partir daí fazer um estudo, coleta de dados, encaminhar projeto para o CEP, coleta, publicar, apresentar trabalho em eventos, publicar artigos. [...] A maioria desses preceptores, eles têm feito seleção para o mestrado profissional. Então a gente vê muitos aprovados no mestrado profissional ou mestrado acadêmico, especialização [...] (Ent.4, Grupo A).

[...] gente também absorve conhecimentos, os alunos que veem até aqui eles também trazem alguma coisa, somam alguma coisa ao nosso conhecimento, porque eles estão diretamente ligados aquele momento ali do ensino. [...] Eu posso dizer que é assim a gente tem informações novas, tem os cursos na própria universidade que aumentam esse conhecimento nosso. Eu acho que a qualificação é interessante para nós preceptores (Ent.8, Grupo B).

Inclusive esses profissionais (das equipes de educação permanente no serviço) eles relataram pra gente, que observam uma desmotivação, um desinteresse de alguns profissionais em relação ao processo de educação em saúde. Então eles relatam assim, dificuldades. Assim, existe às vezes um programa de educação, mas a gente percebe que as ações não são efetivas, são muito incipientes (Ent.3, Grupo A, Grupo A).



[...] a questão da educação permanente, o Núcleo aqui da região, mas você vê na secretaria de saúde a pessoa que é responsável pela educação permanente [...] não tem uma sistematização da, do processo de educação profissional. O ministério vai discutir agora a rede cegonha, vamos capacitar todo mundo em rede cegonha, o ministério agora vai discutir... todo mundo capacita naquilo, mas não existe uma capacitação sistematizada... dizer assim, vamos a cada mês oferecer uma capacitação sobre tal tema e vamos pegar tantas unidades, primeiro, tantas segundo, então não existe isso (Ent.4, Grupo A, Grupo A)

[...] preceptores também percebem o seu potencial no sentido de contribuir com o aluno no seu processo de formação (Ent.1, Grupo A).

[...] os projetos foram elaborados pelos alunos com a participação dos preceptores (Ent.3, Grupo A)

Porque a gente pode interagir mesmo. Trocar experiências. Porque o preceptor de uma área o estudante de outra, puderam trocar experiências. O que permitiu inclusive, a gente produzir trabalhos assim com uma temática bem diferenciada, com olhares diferentes [...] E o próprio preceptor também teve um papel importante nesse processo. Porque o contato diário com esse preceptor. A gente orientou também que o preceptor fizesse uma coleta de artigos, de material científico para passar para os estudantes, para que eles possam estudar no horário reservado para o estudo (Ent.3, Grupo A).

Os alunos têm a visão e isso é uma coisa interessante pro aluno que tá saindo mesmo, porque quando chega lá rede, na ponta da rede para atender aquele usuário, a estudante de Enfermagem entende que ela sozinha não dá conta de atender na integralidade que ela precisa do conhecimento, compartilhar o saber dá um pouquinho dela para o aluno de Odontologia e receber algum conhecimento do aluno de Odontologia (Ent.4, Grupo A).

[...] tem que tá o tempo todo fazendo com esses tutores, preceptores, que em tese deveriam ter uma visão mais ampliada, mas muitas vezes não tem, faça com que o aluno perceba essa realidade que ele está vivenciando, seja na atenção primária, na média ou na alta complexidade (Ent.5, Grupo A).

A preceptora, ela era muito aberta. A gente conseguiu uma troca de experiência, troca de conhecimento interessante na unidade. A preceptoria foi muito interessante (Ent.7, Grupo B).

Então os preceptores começaram a sentir parte da responsabilidade e os alunos na verdade começam a se sentir partes responsáveis pelo serviço. Então algumas das vezes, na minha unidade, os alunos já, já dizem assim, “porque na minha unidade”, a unidade já é dele ele não é mais estudante na unidade. Eu acho que essa corresponsabilização, um com o outro já deveria ter, mas a gente, ainda, não é a ideal (Ent.4, Grupo A).

[...] alunos egressos do PET estão tendo uma tendência a migrarem pra mestrados. “Pró me descobri aqui na área de saúde quero fazer um TCC na área de saúde”. Ela estudou vacinas. O sistema de vacinas dentro de Feira de Santana, como é que se dá a distribuição das vacinas, a conservação das vacinas. Quando terminou ela foi pro PETRedes, ela caiu lá dentro da secretaria e começou a estudar como é que é a vacina, a questão lá dentro. E agora passou no mestrado da FIOCRUZ, pra trabalhar com imunologia.

As meninas de Odontologia fizeram uma oficina de perfume e nessa oficina de perfume elas foram embutindo ações preventivas do câncer feminino. E aí quando veio essas meninas de Odonto. “Pró a gente pode fazer uma oficina de perfume pra falar de câncer ginecológico?” Pode não, deve. Quebrem esse tabu”. Aí vêm os meninos de Educação Física. “Pró, a gente tá

querendo fazer um trabalho com as crianças, uma oficina de leitura, criar uma brinquedoteca”. Faz, monta isso. (Ent.2, Grupo A).

A gente começou fazendo algumas atividades de educação em saúde, voltadas para os usuários e para os profissionais com essa temática, do acolhimento. Nós já organizamos algumas oficinas de capacitação enfocando o tema acolhimento (Ent.3, Grupo A).

Então, ia todo dia de manhã fazer atividade física, um grupo de andar, de caminhar no bairro. Então, são coisas, impactos positivos que a gente vê e que é uma semente que está se plantando e tá se discutindo (Ent.4, Grupo A).

A própria unidade e a própria comunidade ela, até revela que engrandece mais com o trabalho desses alunos vindo até aqui. Há uma troca de conhecimentos que sem dúvida para a unidade, sem dúvida é positivo (Ent.8, Grupo B).

Tem umas que vai acompanhando o doutor e a doutora. Acompanha. Às vezes eu não vou, o pessoal do PET vai (Ent.9, Grupo B).

Melhora porque de qualquer maneira já começam pela sala de espera, explicam ao pessoal, além do que o CD explica. E explica a situação, ensina o pessoal. E quem não sabe já mais ou menos (Ent.10, Grupo B).

[...] já com artigos encaminhados pra revistas importantes [...] encaminhamento desses trabalhos para congressos importantes. Um desses trabalhos foi indicado para trabalho oral, para concorrer a prêmios, dois trabalhos do PET – um do PET urgência e emergência e outro do PET vigilância (Ent.1, Grupo A).

Então a gente abordou alguns temas que são importantes para a saúde mental. Por exemplo, a organização da rede. Como funciona a rede de atenção psicossocial para que eles entendessem. Estudamos sobre o processo de reforma psiquiátrica, é um tema também importante para eles. Estudamos toda a legislação que regulamenta os CAPS, como é formada a equipe multiprofissional, quais são as atribuições dessa equipe (Ent.3, Grupo A).

Pra fazer um diagnóstico, e a partir daí fazer um estudo, coleta de dados, encaminhar projeto para o CEP, coletar, publicar, apresentar trabalho em eventos, publicar artigos. [...]

Então a gente faz capacitação. Quando a gente realiza qualquer evento aqui na UEFS, a gente faz aberto também para os preceptores, a gente convida o pessoal da rede, participa (Ent.4, Grupo A).

Nós temos dois projetos que são orientados por outros professores que não são do PET, do nosso PET. Mas que estão ajudando, estão como colaboradores. A gente tem uma professora do curso de Odonto e temos um professor do curso de Psicologia. Então eles estão orientando dois projetos (Ent.3, Grupo A)..

Eu sou voluntária! Recebi uma proposta de ser bolsista no [...]. Eu falei, eu preciso, não vou negar, mas o meu conhecimento em primeiro lugar. E lá a preceptora seria uma médica, que ainda não era preceptora. Eu prefiro estar ao lado da enfermeira, porque é o que eu vou fazer (Ent.6, Grupo A).

Foi um aprender fazendo mesmo, nós fomos fazendo e aprendendo e aí melhorando as nossas práticas, pensando o que poderia ser feito para melhorar as atividades. [...] buscando desenvolver esse trabalhos, buscando desenvolver atividades educativas, estabelecimentos de protocolos, discussão através de oficinas, de roda de conversa e até discussão com os próprios gestores da saúde (Ent.1, Grupo A).

Hoje, a gente já percebe que com a teoria e a prática, ele já tem um conhecimento de como funciona. E a partir daí, esse conhecimento foi construído coletivamente. [...] As oficinas também os estudantes participando das oficinas e ministrando as palestras. Isso foi muito bom. Eles puderam também estar fortalecendo esse conhecimento. Essa experiência toda foi muito positiva, tanto para a universidade como para o serviço. Porque a gente pode interagir mesmo. Trocar experiências (Ent.3, Grupo A).

Integração da academia com o serviço, da academia com a comunidade, entre os cursos dentro da própria academia. E isso é uma coisa muito nova. Experiência grandiosa para quem participou desse processo todo, desde essa elaboração, das primeiras reuniões para elaborar o projeto, até agora, como a gente está executando é uma aprendizagem muito grande dessa integração mesmo (Ent.4, Grupo A).

Não... a questão é de experiência. Eu vivi isso aí como estudante, eu fiz isso daí, ainda como estudante. Pra mim, no primeiro passo, no início era difícil, a construção daqueles gráficos. Elaborar um cronograma, problematização, priorização dos problemas. Isso era tudo difícil. Mas o PET me inseriu nisso. E cada vez mais eu acho que meu trabalho tá sendo melhor, por causa do PET. Que o PET nada mais é do que mostrar para você a realidade (Ent.7, Grupo B).

É um programa muito interessante, nesse sentido, que ele avança os muros da universidade e vai até próximo dos serviços, dos serviços públicos e da mais essa oportunidade de o aluno vivenciar essa condição, né, do trabalho, que não é só aquela questão da teoria e da prática dentro da universidade. Você tá vivenciando o dia a dia, o que ocorre realmente no atendimento público como é o nosso aqui (Ent.8, Grupo B).

Teve até uma aluna do PET, que eu orientei. Porque ela não sabia. Não tinha noção... de esterilização. Aí eu expliquei pra ela algumas coisas. Ah eu já sabia de outra forma. Tá vendo aí, vocês estão aprendendo com a gente. O pouquinho que a gente passa pra vocês (Ent.9, Grupo B).

## **CATEGORIA 2: A interação ensino serviço e a possibilidade de novas práticas na saúde**

Semanalmente, eles fazem essa sala de espera, os estudantes. Nesse momento eles têm um contato maior com esses usuários. E aí, a gente também orienta os estudantes para que escutem a demanda dessas pessoas. Pra que tentem de alguma maneira ajudar. Pra que tentem trabalhar a necessidade desses indivíduos e de enxergar essas pessoas que estão ali numa condição de vulnerabilidade (Ent.3 Grupo A).

Até porque assim, o PETRedes pra nós tem essa especificidade do tema, que é o cuidado a pessoa com deficiência. [...] Mas assim, porque aquilo que envolve as pessoas que têm doenças crônicas, que podem tá propensas a, a ter uma deficiência, levar a uma deficiência, essas pessoas precisam ser trabalhadas também com outras áreas (Ent.8, Grupo B).

A gente tinha uma reunião uma vez por mês com o tutor e tinha duas horas semanais pra estudo. Na primeira unidade, eu fiz todo o trabalho do início. Territorialização, o Plano local do início do ano. A gente conseguiu fazer um trabalho iniciante bem legal. A gente executava também trabalho de pesquisa, de extensão [...] A gente fazia feira de saúde, ações em grupo,

reuniões com a comunidade, grandes. Conseguia botar o plano local, conferência... a gente tinha que fazer a cada... trimestralmente se não me engano, a gente tinha que elaborar um relatório com todas as atividades, as dificuldades, a proposta do... as ações... a problematização (Ent.7, Grupo B).

[...] entendo por integralidade a conexão entre os diferentes níveis de atenção. Desde a atenção básica, nível secundário, terciário eles tem que dialogar. Então o paciente, o usuário que chega lá na U24, que nós conhecemos, né? É detectado alguma coisa, ele precisa de algum exame mais complexo, de algum internamento ele tem que caminhar na rede. Ele tem que passar para o nível secundário passar ele para o nível terciário. E depois ele voltar para o campo do gado, porque lá é o lugar dele, lá ele tem atenção. Se ele precisar de um CAPS ele também é direcionado de lá, é disparado algum mecanismo, seja por meio de alguma guia ou algum mecanismo informatizado que o CAPS tem que tá lá ciente de que aquele paciente, vai ser ... Essa é a minha visão de integralidade, os diferentes níveis de atenção trabalhando em sincronia com foco no usuário, na saúde, no bem estar dele, sem esse usuário entrar em desgaste, sem esse usuário se estressar (Ent.2, Grupo A).

Integralidade mesmo assim, a integralidade do cuidar que eu acho que sempre foi muito fracionado mesmo. E os alunos tão tendo a visão e isso é uma coisa interessante pro aluno que tá saindo mesmo, porque quando chega lá rede, na ponta da rede para atender aquele usuário, a estudante de enfermagem entende que ela sozinha não dá conta de atender na integralidade que ela precisa do conhecimento, compartilhar o saber dá um pouquinho dela para o aluno de Odontologia e receber algum conhecimento do aluno de Odontologia. O estudante de medicina percebe que ele não é o Deus dentro da sala, e aí ele começa também a pegar informações dos alunos de Odontologia, dos alunos de enfermagem, a questão da psicologia, biologia... (Ent.4, Grupo A).

[...] partindo da premissa de que a integralidade é uma imagem-objetivo do SUS, e essa imagem a gente tá sempre perseguindo, nunca alcança, mas a ideia é sempre persegui-la, é... a discussão na formação é essa. Quais são os princípios mesmo da estratégia saúde da família? Que é estabelecer o vínculo com a comunidade, a própria integralidade da atenção (Ent.5, Grupo A).

[...] um dos dispositivos para a integralidade é o acolhimento. [...] é, esse, eu penso, é um foco, o foco central do nosso trabalho(Ent.1, Grupo A).

Mas assim o encontro desses três PETs, inclusive de fazer uma proposta conjunta de trabalho, é, eu percebo que é um grande desafio (Ent.1, Grupo A).

Eu fiz um trabalho de monografia com uma aluna de TCC, que ela mostrou que essa integração não existe, já aqui dentro da universidade. Os PETs não dialogam, os PETs são separados [...] Então, hoje eu tô no PET, mas não sei o que é o PETRedes. O nome é lindo, mas essa rede não me incluiu. [...] e o PET no meu olhar não contribuiu para a melhoria da rede em Feira de Santana. Em alguns aspectos eu acho que houve assim uma aproximação dos servidores da prefeitura, da secretaria municipal de saúde, da universidade, que isso foi ótimo. Ação pra saúde, dizer assim, que pra o usuário, melhorou a atenção, como um todo, ele tá conseguindo andar na rede? O usuário tá chegando na unidade de saúde [...] É uma área rural, meio urbana. Aquilo ali ele não consegue andar na rede (Ent.2, Grupo A).

Essa questão é bem complexa. O que é que acontece? São redes, áreas temáticas, na verdade, muito heterogêneas. O que a gente percebe. Eu acho, na minha percepção, falta, talvez ainda não exista uma interação muito forte entre essas diferentes redes. Talvez, eu acho que isso poderia... o trabalho tá

muito bom, a gente tem caminhado muito bem, mas assim, eu não percebo essa interação. Da minha rede... por exemplo, da rede de atenção psicossocial com a rede cegonha, com a rede de pessoas com deficiência, com a rede de doenças crônicas, urgência e emergência (Ent.3, Grupo A).

Uma comunicação com tudo. Como a gente aprende a ver o ser como um todo. Aqui na unidade me vejo como um todo. Se eu preciso ter um pouquinho da área bucal ...[...] Eu vejo assim se cumprindo tudo que eu estudei. E quando a unidade aqui não pode trazer uma solução pra o problema sempre, não deixa à toa, sempre está encaminhando (Ent.6, Grupo A).

Então a gente mesmo tendo alunos que são de outros cursos, a gente tenta envolvê-los com a saúde geral do paciente. Mas também aqui não procura ver só a boca do paciente. A saúde daquele paciente não é vista só a parte odontológica, a parte de saúde assim psicológica, ou outra qualquer. [...] Quando ele chega com algum problema, que até a gente detecta, pode tá detectando antes até de uma consulta médica. A gente procura entender o que está acontecendo e, se for o caso, encaminhá-lo (Ent.8, Grupo B).

Agora, se tivesse aqui uma meia policlínica era melhor porque... Feira tem sofrido muito com isso aí, porque toda comunidade aqui, a comunidade aqui é muito grande. Quer dizer. É aqui assim: do Sítio do Padre, Baixão, Olhos D'água, Tanquinho D'água, Alto do Tanque, Alto do Canudo, Moita da Onça, Jenipapo,... Candeal, tudo vem praqui. Quando reúne esse pessoal aí vou dizer, viu (Ent.10, Grupo B).

[...] hoje para implantar o acolhimento, é um contexto bem desfavorável no U3, porque, principalmente eu vejo desfavorável, principalmente pela questão da rotatividade desses trabalhadores” (Ent.1, Grupo A).

[...] Então havia uma instabilidade absurda entre os trabalhadores. Então nós tínhamos uma unidade por exemplo, que tinha uma enfermeira, que era super participante, era voluntária, dedicadíssima aos alunos, inclusive uma pessoa de uma facilidade da gente se relacionar com ela. Era do tipo mesmo que participava, ia junto com os alunos... e essa moça, sem ter nem pra quê, foi demitida (Ent.2, Grupo A).

Olha o serviço é mais complicado ainda, porque o serviço, a gente vê uma rotatividade muito grande de preceptores, entra preceptor, sai preceptor. Nós colocamos no projeto assim que o aluno não está vinculado ao preceptor, o aluno está vinculado àquela comunidade, àquela unidade, à pesquisa que está realizando, às ações que está desenvolvendo naquele bairro (Ent.4, Grupo A)

A unidade ficava muito tempo sem médico, quando tinha médico, ele executava seu trabalho e ia embora. Tipo em uma hora, duas horas, no máximo (Ent.7, Grupo B).

Mas como eu te falei, possa ser que tenha agora o problema porque a médica não vai tá presente. Isso acarreta muito. Entendeu? E aí vão questionar porque não tem médico e tal e tal. Entendeu? Mas quando os médicos estão atendendo, eles têm a satisfação (Ent.9, Grupo B)

Hoje é atendido aqui de forma tão boa que eles não deixam nenhum médico aqui. O médico aqui é parcelado. Agora não tem médico. Vem só trocar receita do pessoal, hipertenso, diabético, esses negócios assim. Quem faz o atendimento, pega a receita do pessoal, prescreve e quando a doutora dá uma passadinha aqui, carimba e vai embora. (Ent.10, Grupo B).

Mas aí, [...] a gente enfrenta o grande problema da saúde em Feira de Santana que é uma saúde loteada, uma saúde repartida, entre vereadores de partido. [...] como é que essa rede funciona? Se um bilhete de um vereador você

consegue marcar uma tomografia, e não é urgente, não é o CID. Isso é uma coisa que acaba com os alunos, os alunos ficam chateados, né? A gente que tá aqui na UEFS, como professor. A gente diz, meus Deus, a gente depender de um sistema desse é terrível, né? Mas a gente tá aí, tentando mudar (Ent.2, Grupo A).

Então às vezes o que é que acontece a Secretaria, como eu falei inicialmente, por ter a questão política de cabide de emprego, eles às vezes remanejamos uma pessoa de uma área que não é da UEFS, mas é uma pessoa deles, da política, ligado... Eles remanejamos de uma área de outra faculdade e trocam com uma pessoa que está dentro da área da universidade (Ent.4, Grupo A).

Eu tinha o atendimento na minha casa e me passaram diretamente praqui. Ele começou assim trabalhando comigo, fazendo um atendimentozinho comigo, atendendo a um e a outro. E aí ele foi o prefeito e na época me botou praqui. E aí, um bom filho, festeja um bom pai. E aí o outro prefeito tomou conta e aí me deixou aqui (Ent.10, Grupo B).

Existem vários entraves, um deles são as questões políticas, que é muito forte no serviço público. Essas questões interferem no processo (Ent.4, Grupo A).

Primeiro por falta de infraestrutura, falta de técnico, falta de cadeira (Ent.7, Grupo B).

Falta material, não sei o quê, pa, pa, pa. Aí fica difícil. Mas quando tá tudo com material tudo beleza... o atendimento (Ent.10, Grupo B).

Ocorre também uma falta de motivação dos profissionais. A gente percebe isso. Muitos profissionais desmotivados por várias questões. Insatisfeitos com as condições de trabalho, com a questão salarial. A gente observa também que essa sobrecarga de trabalho dos profissionais também é um entrave, porque isso torna, dificulta mesmo a relação com os usuários. Um atendimento mais especializado (Ent.3, Grupo A).

[...] com usuário que não sabe andar na rede, porque ele pensa a unidade básica de saúde ou a unidade de saúde da família é o posto que ele tem lá para fazer todo tipo de procedimento, do curativo até o exame, ah porque eu consegui isso na policlínica (Ent.2, Grupo A).

Qual a valorização que ele tem do Sistema Único de Saúde, que ele só conhece da mídia, que só apresenta as questões negativas – de fila, de que não atende, de que falta. Ninguém mostra as coisas positivas, né? Na mídia. De quanto gastou, quanto o Sistema Único de Saúde gastou em cada especialidade dessa, em cada atenção dessa que é proposta (Ent.4, Grupo A).

Existe, em parte da comunidade, uma boa parte ela entende, mas eu acho que é uma coisa que precisa tá colocando sempre. Os direitos que eles têm, mas também os deveres que eles precisam estar, para manter, e assim para que o SUS funcione realmente, não é só a gente procurar só os direitos, mas a gente precisa atuar também (Ent.8, Grupo B).

Tem queixa porque. Porque querem demais. Quer quiser muito traga de casa. Querem demais. Tem gente que quer vim pro médico duas três vezes por semana. Quando traz a família para o atendimento, tem que vir a renda toda. Não adoce tudo de uma vez. Tá certo que adoce, mas não adoce tudo de uma vez (Ent.10, Grupo B).

É um sistema que precisa de profissionais que saibam lidar com essas contradições do processo de trabalho em saúde, que tenham competências e habilidades para atuar dentro desse sistema, atendendo seus princípios e diretrizes [...] sistema, que é complexo, que é bastante contraditório, mas que é o grande empregador (Ent.5, Grupo A).

Eu acho que a aceitação foi maior porque o PROSAÚDE destinou recursos, num valor, montante grande, que era mais de um milhão de reais do PROSAÚDE II, inicial para a secretaria de saúde. Então isso fez com que eles nos acolhessem [...] (Ent.4, Grupo A).

[...] então nós só iniciamos a implementação em 2008, tendo em vista que o repasse para a secretaria de saúde aconteceu fundo a fundo, a secretaria municipal recebeu o recurso, mas infelizmente a universidade, até o presente momento, ainda temos, é...é... dificuldade na formalização desse convênio. Então nós já estamos no PROSAÚDE III, aprovamos o PROSAÚDE II em 2008 [...] mas o recurso específico da IES, é um entrave. [...] A dificuldade do estabelecimento de convênio com as estaduais, as federais não. E entrou numa cláusula suspensiva, esse primeiro, que era o segundo, PROSAÚDE (Ent.4, Grupo A).

[...] a bolsa é pra isso viabilizar, o transporte, uma fotocópia, o lanche. Você precisa, eles ficam numa unidade como Campo do Gado, que é muito longe, Parque Brasil que era longe, Jafba lá do outro lado. Eles precisam ter recursos, botar um crédito no celular para telefonar ... (Ent.2, GrupoA).

E aí o PET vislumbra bolsa. Que na nossa região é um o valor grandioso comparado com o salário. É praticamente 50% do salário dos profissionais da rede. Isso pra ele é um salário e mais metade (Ent.4, GrupoA).

E aí, tem o PROPET-SAÚDE, esse PROPET-SAÚDE tem a verba que vem para fazer algumas adequações nos cursos da universidade e ao mesmo tempo tem as bolsas para ações desenvolvidas no PET (Ent.4, Grupo A).

Nós não temos um suporte, assim financeiro. Nós não temos um suporte financeiro da secretaria no desenvolvimento das atividades (Ent.3, Grupo A).

[...] inclusive uma das nossas propostas era a criação do laboratório de práticas para os alunos antes de eles entrarem nas, nas clínicas, nas unidades de internação, passar por esse laboratório de prática, todo estruturado. O recurso foi totalmente liberado pelo ministério, na, quando eu, fizemos a proposta, já chegou a ter o recurso na SESAB, mas o gestor ele não viabiliza essa coisa da, do espaço, então, eu acho que esse recurso vai acabar retornando [...] utilizou pouco, tinha um recurso que era só para capacitação dos trabalhadores, fizemos, implantamos todo um processo para fazer essa capacitação, porque tinha que contratar numa forma de consultoria. [...] também eu acho que o recurso vai retornar. [...] uma boa parte dos recursos, já que o projeto termina nesse final de ano, do PET-Saúde, pode retornar sem ser utilizado. E aí, e eu vejo isso como uma perda grande e, aí, assim, isso reflete, um dos exemplos que reflete um pouco da desvalorização do trabalho que é feito (Ent.1, Grupo A).

Eles remanejaram de uma área de outra faculdade e trocam com uma pessoa que está dentro da área da universidade, porque sabe da possibilidade de 50% a mais de salário (Ent.4, GrupoA).

[...] então a primeira questão pra garantir essa sustentabilidade seria garantir recurso, da... do próprio orçamento institucional para fazer acontecer esses programas” (Ent. 5, Grupo A)

[...] o PET tem sido uma experiência muito positiva, que me permitiu, assim, um crescimento tanto pessoal, quanto profissional. E eu espero que o PET seja uma proposta que tenha uma continuidade. Que a gente tem dois anos aí, o nosso projeto, mas que ao final desses dois anos que as atividades não se encerrem que a gente possa dar continuidade e que a gente possa trazer frutos positivos. Eu já visualizo isso, eu já visualizo que foi uma coisa muito positiva pra todos. Eu espero que a gente possa dar continuidade, ampliar essas ações (Ent. 3, Grupo A).

[...] acho que a visão é essa mesmo, a própria, os próprios cursos, porque eu não sei se com essa quantidade de bolsas, quanto tempo o governo mantém... Embora tenha bolsas, como eu falei de outros programas que é mais, que o valor é bem maior do que a nossa, que tão se expandindo na área de educação, mas eu não sei se o governo federal daria conta desse tipo de bolsa ou estabeleceria parcerias com o Estado e com municípios. Então, assim universidades públicas estaduais teria que ter um destino de verbas específicas, poderia abrir uma questão de discussão assim, verbas específicas para...(Ent. 4, Grupo A).

.A proposta foi apresentada para que eles tivessem um conhecimento de como funciona. E aí eles se mostraram favoráveis, aceitaram nosso projeto, fomos bem acolhidos” (Ent.3, Ent.4, Grupo A).

E também naquele momento a gestora que estava presente era bem favorável a essa discussão do acolhimento e começamos a fazer uma, levar essa demanda para a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e quando chegou ao setor responsável da secretaria de saúde, da secretaria do estado, os dirigentes perceberam que nem o próprio estado tinha um protocolo de acolhimento classificação de risco. Aí perguntaram, eles, acabaram afirmando pra gente, como é que eles iam capacitar à gente se nem eles mesmos tinham esse protocolo. Então a partir, de um movimento do U3 do movimento do PET. E aí eu destaco a importância do PET que começou a instigar isso a discutir essa, esse problema do acolhimento no âmbito central. Então hoje nós temos um protocolo elaborado pelo âmbito central. Inclusive eu participei desse processo de elaboração que foi muito rico e a partir desse processo de discussão, então, não ficou restrito só ao âmbito do U3 . Hoje tem esse protocolo, que precisa ainda ser validado, mas já foi, já está elaborado, inclusive na, na rede (Ent.1, Grupo A).

Eu não sei se por coincidência, nós temos uma preceptora que trabalha na secretaria de saúde, e assim, por conta disso, eu não sei se isso influencia ou não. Em nossa equipe tem facilitado. A gente precisa de um carro pra fazer uma visita mais distante. Talvez por conta dessa pessoa facilitar mais pra gente conseguir (Ent. 8, Grupo B).

Porque em alguns momentos a gente conseguia um apoio e em outros momentos a gente não tinha apoio nenhum. E foi nesse momento que eu também vi a dificuldade de se trabalhar com a secretaria de saúde. A instituição desses outros alunos foi mais parceira da gente nas nossas ações, em algumas ações do que a própria secretaria municipal (Ent.7, Grupo B).

[...] nós temos uma comissão de gestão de acompanhamento, que é a CGL, gestão local dos programas. E essa comissão ela é enorme, porque ela tem representação de todos os atores envolvidos no programa, inclusive da secretaria de saúde. É, então, todas as nossas ações elas são, é..., é uma construção coletiva, então desde a elaboração do projeto, ao acompanhamento, a avaliação, sempre esses atores estão envolvidos. [...] a coordenação da atenção básica, a da Estratégia Saúde da Família, de NASF, é... da rede de atenção psicossocial, da rede de urgência e emergência, SAMU, todos eles, a vigilância em saúde, todos estão devidamente representados nessa comissão. Secretaria Municipal de Saúde: Mas a interação é interessante, porque é... , em termos de decisões que tem que serem tomadas, em relação à mudança de preceptor, a planejamento de seleção. Convidamos, ele sempre manda representantes para bancas de seleção de bolsistas, de estudante, de preceptor também (Ent.5, Grupo A).

.A gente percebe que tem uma receptividade, tem um acolhimento das nossas demandas, e eles procuram participar. [...] Ainda não é o desejado em termos de participação, de está mais presente, mas eles têm contribuído de certa



forma não estão, como eu sei que em outros cenários existem, dificultando, né? (Ent. 5, Grupo A)

Bem, essa pergunta é a mais difícil, porque apesar das secretarias, das instituições de saúde assinarem os termos se comprometendo a serem parceiras, eu ainda vejo que eles consideram, especificamente no hospital em que atuei que o PET é muito mais favorecido, ou seja, a Universidade é muito mais favorecida de enviar o aluno do que o serviço. Então não vê isso como uma contribuição tão importante do PET (Ent. 1, Grupo A).

[...] Então isso significa dizer que uma boa parte dos recursos, já que o projeto termina nesse final de ano, do PET-SAÚDE, pode retornar sem ser utilizado, e aí, e eu vejo isso como uma perda grande e, aí, assim, isso reflete, um dos exemplos que reflete um pouco da desvalorização do trabalho que é feito (Ent. 1, Grupo A).

[...] eles consideram, especificamente no hospital em que atuei que o PET é muito mais favorecido, ou seja, a Universidade é muito mais favorecida de enviar o aluno do que o serviço, mesmo com os recursos que a instituição já recebeu para desenvolver algumas propostas” (Ent.1, Grupo A).

E aí o PET vislumbra bolsa. Que na nossa região é um o valor grandioso comparado com o salário. É praticamente 50% do salário dos profissionais da rede. Isso pra ele é um salário e mais metade, então começou assim guerra, todo mundo quer o PROSAÚDE na unidade. Então aquelas unidades que não queriam receber o aluno para prática, para o estágio porque achava que carregava que tumultuava, agora os alunos são muito bem vistos, né?, e queridos e chamados (Ent.4, Grupo A).

Mas a questão do município mesmo, estratégia de PSF, de policlínica, eles dividiram em território, então por mais impacto que a gente tenha não atinge a rede, atinge parte da rede, né? Atinge parte da rede. Então assim, eu acho que as unidades onde estamos inseridos como [...] então, são bairros que a gente percebe mudanças em alguns aspectos, mas ao mesmo tempo você vê outros bairros, de outros pontos da cidade, que você diz, meu Deus, totalmente abandonado em determinados aspectos e a gente não vê possibilidades, eu acho que isso é um ponto...negativo(Ent.4, Grupo A).

Eu consegui entender, até com os meus colegas que eram de PET e foram para unidades que não tinham PET. Era uma diferença gritante. No nível de trabalho interno, no nível de trabalho rotineiro da unidade, assim como da população. As ações que se desenvolvia com a população. A população de unidade que tinha o PET ela já sabia de algumas ações que a gente executava. “Ah, esse alongamento a gente já fez”. Era interessante a gente vê isso porque tinha resposta da comunidade. Resposta boa, nem sempre a esperada, mas tinha resposta (Ent.7, Grupo B).

[...] porque ajuda, não só o aluno vindo pra cá, mas a própria unidade também, nota que há uma melhoria do atendimento em relação à unidade que não tem. Então, a gente vê que é um programa que precisa ser expandido, que só vem a trazer benefícios (Ent.8, Grupo B).

[...] alguns conselhos locais já foram criados mas eu acho que o PET tem potencial para fortalecer ainda mais esse processo. Fazer com que a população seja realmente mobilizada e que tenha, se estruture, para que ela, de forma autônoma, possa lutar para assegurar o direito à saúde, ali na sua comunidade. Entendendo a saúde como qualidade de vida (Ent.5, Grupo A).

Sobre o Conselho Local de Saúde - [...] já existe uma portaria que rege, mas é uma condição que visa colocar a comunidade não só com os seus direitos, mas com seus deveres, e participando desse processo. Aqui existe a uns três anos já regulamentado, com presidente. Aqui da unidade a representante é

uma ACS, melhor uma ex-ACS, que agora é professora, que é a presidente. Tem eu e a técnica de saúde, seu T. e algumas pessoas da comunidade (Ent.8, Grupo B).

Olhe a gente geralmente tá fazendo assim... A gente começou fazendo semestral. Nós tivemos uma, vamos fazer outra agora nesse segundo, daqui pro final do ano a gente tem que fazer, a gente vai ter um seminário... Vai ter uma visita do Ministério que tá programada já para novembro, que vai ser nossa mostra, nossa terceira mostra de, de, do PROPET. E aí o Ministério deve estar vindo fazer, deve estar acompanhando a gente... a última visita desse programa do PROPET em novembro. [...] (Ent.4, Grupo A)

A gente tem indicadores de avaliação, tem instrumento de avaliação do programa que a gente aplica no intuito de qualificar cada dia essa ação. [...] instrumento do bolsista, avaliação do tutor, do preceptor, da coordenação, pra que a gente entenda... E aí então, são feitas oficinas de avaliação pra gente entender como é que está essa dinâmica e qualificar esse processo a cada dia. Então todos participam, secretaria de saúde, os hospitais envolvidos, os cursos todos (Ent. 5, Grupo A).

[...] mas se a gente faz avaliação, a gente vê uma coisa interessante, são totalmente repetidos... Se a gente pegar da primeira avaliação para a última avaliação a gente vê que as dificuldades são as mesmas mencionadas (Ent. 4, Grupo A).

E a gente tenta realmente fazer uma auto avaliação. E isso tem contribuído para qualificar o nosso processo (Ent. 5, Grupo A).

[...] o PET precisa fazer [...] autocrítica, que falta muito. A gente tem muito relatório, muita discussão, muita coisa bonita... Convidado para mostrar nossa experiência lá em Brasília, que foi avaliado como um dos melhores PETs, mas ainda não tivemos aqui, pelo menos, nos quatro anos que estou uma reunião de autocrítica e auto avaliação (Ent.2, Grupo A).

. Mas eu percebo também que os tutores que estão envolvidos nessa proposta de trabalho eles se reúnem em uma intensidade, numa frequência, eles têm um cronograma de trabalho e que, assim, me permite avaliar o que eles estão desenvolvendo até pelos próprios relatórios que eles encaminham para essa coordenação (Ent.1, Grupo A)

Nós já completamos um ano e é nesse, ao final desse um ano, na nossa reunião de grupo, eu fiz um momento de avaliação. A gente também faz essa exposição de atividades durante as reuniões gerais que a gente organiza. Então, esse momento eles relatam as atividades que foram desenvolvidas, as dificuldades, as facilidades enfim, tudo que aconteceu nesse período (Ent. 3, Grupo A).

Nos dois primeiros grupos que eu participei eram muito parecidos, os tutores iam pela mesma linha. Então as reuniões eram muito parecidas. Onde você vinha mostrar, dizer os pontos positivos, as dificuldades que você encontrou. O que você conseguiu inserir na comunidade, em que a comunidade se mostrou reticente para conseguir executar diversas ações, o que foi executado em tal unidade, que pode ser usado em outra unidade posteriormente [...] E as reuniões eram justamente pra isso. Pra saber em que nível tava sendo levado o programa, pra ver em que nível tava esse fluxo de conhecimento (Ent. 7, Grupo B).

[...] os preceptores hoje buscam mais a qualificação, através da inserção deles em mestrado, seja no mestrado profissional, seja no mestrado acadêmico. E também o que eu vejo muito interessante, esses preceptores, alguns deles, até então não participavam de eventos, não participavam de discussão, não participavam de projetos de pesquisa e hoje as pessoas estão

participando desse processo [...] (Ent. 1, Grupo A).

Então, o indivíduo se viu assim bom agora eu tenho pelo menos que ler alguma coisa, pelo menos participar desse cursos que estão sendo promovidos... Então, melhorou muito nesse aspecto. Então por exemplo as minhas preceptoras passaram a escrever resumos, passaram a ler algumas coisas, a repassar notícias importantes, a ter um diálogo, eu diria até assim né? Mais acadêmico, mais atual, mais científico [...] (Ent. 2, Grupo A).

A maioria desses preceptores, eles têm feito seleção para o mestrado profissional. Então a gente vê muitos aprovados no mestrado profissional ou mestrado acadêmico, especialização (Ent.4, Grupo A).

Porque o edital solicitava à época que tinha que ter especialização. E aí alguns começaram a cursar especialização com o intuito de participar do programa. E aí quando você cursa a especialização vai para o mestrado, aí você, sua mente muda totalmente sua postura e sua inserção no serviço.[...] (Ent.4, Grupo A).

[...] mas a gente precisa fortalecer a produção acadêmica porque isso também vai contribuir para o serviço. Para melhorar o atendimento enfim” (Ent. 3, Grupo A).

[...] em compensação a verba do município veio, a verba do estado veio, do PROSAÚDE. Então. o que acontece? A gente fez a estruturação de algumas unidades - reforma da Matinha, inaugurou 10 consultórios na semana passada, no Centro de Especialidade Odontológica (Ent.4, Grupo A).

O PROSAÚDE , porque como ele investe recursos na estrutura da rede, a gente teve a oportunidade de reformar a unidade da Matinha, a unidade da... é...Papagaio teve proposta de reforma também. Na unidade do George Américo acabamos de inaugurar um CEO universitário com dez consultórios odontológicos, tudo com recursos do programa e que vai beneficiar a comunidade (Ent.5, Grupo A).

[...] os alunos do PET demonstraram vários trabalhos de pesquisa, inclusive de dados importantes para... Que podem subsidiar a elaboração de protocolo (Ent. 3, Grupo A).

Saúde da família, mesmo, tem regiões que fizeram levantamento, assim, de redução de gestação em adolescente... Porque a gente sabe que os profissionais da rede têm aquela cota para atuar, tem que atender “x” pessoas numa manhã. E quando os estudantes estão envolvidos, então, aumenta muito o processo de educação em saúde. Tanto a educação pra comunidade como educação para os profissionais, de capacitação em serviço, de educação permanente (Ent.4, Grupo A).

[...] para o usuário eu acho que a coisa assim, é a vivência de estar ali com os alunos. Os alunos são muito alegres, os alunos gostam de fazer coisas coloridas, de brincar, de ir na casa deles, de puxar eles para as atividades (Ent.2 GrupoA).

Vamos colocar essa disciplina como optativa e depois quando a reformulação estiver a todo vapor com as discussões gerais, nós vamos ver a viabilidade da inclusão ou não da disciplina. Então ela ficou como optativa, então COA, a coordenação local já acatou, “Não, como optativa já tá de bom tamanho, vocês têm uma disciplina de dez horas e tem mais essa optativa. Então, vamos fazer com que os alunos que querem PET ou que já estão no PET lá [...] cursem a disciplina”. [...] E aí, quando veio a reformulação, aí

essa disciplina já entrou [...] (Ent.2 GrupoA).

Sugeri que fosse mexido no currículo e eles criaram um componente curricular específico da área de saúde coletiva e a partir daí os alunos começaram a participar como... psicologia também. Logo que foi criado não tinha também, e o coordenador no primeiro semestre já de implantação do curso, ele já fez uma reformulação para poder inserir esse aluno também na parte de saúde coletiva, de Sistema Único de Saúde [...] (Ent.4, Grupo A).

[...] vários alunos nossos estão trabalhando em secretaria de saúde”. De vez em quando eu recebo e-mail – “Pró, tô trabalhando na secretaria de saúde num sei da onde [...] (Ent.2 GrupoA).

Entregou o currículo e foi chamada pra trabalhar na unidade de saúde. E quando chegou na unidade de saúde, ela começou a fazer educação em saúde, trabalhar extramuros, botou, fez sala de espera e botou médico para fazer sala de espera, enfermeira. E aí a enfermeira achou maravilhoso e começou a discutir. Na cidade todo mundo quer saber que odontóloga é essa que é diferente (Ent.4, Grupo A).

[...] Eu vejo isso como uma forma de pensar o trabalho, não só como um agrupamento de pessoas, mas como um trabalho em equipe. Eu consigo vislumbrar isso nos trabalhos dos subgrupos, trabalho na perspectiva de mostrar “Eu tô melhor, eu ... mas o que é que podemos fazer juntos” (Ent. 1, Grupo A).

O estudante de medicina percebe que ele não é o Deus dentro da sala. E aí ele começa também a pegar informações dos alunos de Odontologia, dos alunos de enfermagem, a questão da psicologia, biologia... é... os alunos na verdade estão frescos para isso, a ... a... mente está muito aberta e a gente percebe que eles estão valorizando isso e eles como eu falei da possibilidade de J. ... Ele já está saindo trabalhando isso. Começaram a fazer sala de espera... Os meus nem saíam do consultório, começaram a fazer sala de espera. O médico vai para atividade na comunidade (Ent.4, Grupo A).

Tem sido positivo para a comunidade, melhora realmente. Ações, por exemplo, em escolas. Então, a gente tem um grupo que, é, é, álcool, crack, outras drogas. [...] A palestra foi dada por um rapaz da polícia militar, que nós convidamos e tal. E ela foi conversar com o rapaz da polícia, chorando. A mãe. Porque ela identificou os sinais... E ele mostrou o cachimbo, algumas coisas que ela não sabia o que era. [...] Então, são coisas, impactos positivos que a gente vê e que é uma semente que está se plantando e tá se discutindo (Ent.4, Grupo A).

Eu vejo assim, que a instituição de ensino associada à atenção, ela dá um subsídio, assim de, eu acredito assim, que se eu fizer um parâmetro, é minha unidade tem esse programa, com uma unidade que não tenha, se a gente for comparar as ações, a gente vai ver que a riqueza de ação, da própria ação, a condição que a gente tem de tá envolvendo a comunidade e tendo respostas positivas em relação às ações propostas, eu acredito que seja bem melhor do que uma unidade que esteja somente com atendimento. Eu acho que existe essa condição de qualificação da rede através do plano do programa. [...] (Ent. 8, Grupo B).

### CATEGORIA 3: O papel desempenhado pelos sujeitos que compõem a rede PET-Saúde na construção e/ou difusão do conhecimento

Eu participei da elaboração junto com a equipe do departamento de saúde... Nós decidimos participar porque quando nós lemos o edital e a gente viu que tinha identificação com tudo que a gente esperava. Eu já tinha experiência de coordenação do curso de enfermagem. Isso já me dava uma bagagem para perceber a necessidade da integração dos cursos, a inserção precoce dos alunos na rede [...] Nós resolvemos elaborar a proposta e enviamos. [...] O PROSAÚDE, inicialmente, vinha com a discussão de reformulação, as discussões curriculares, de recursos para equipar as unidades de saúde para receber os estudantes da universidade, que adequasse espaço físico (Ent.4, Grupo A).

Na época nós aqui tínhamos 05 cursos da área de saúde, mas apenas três se mobilizaram para construir a proposta. Porque, um princípio dessa construção é que ela fosse coletiva. Então a partir do momento que alguns autores não se mobilizaram, a gente também não buscou depois essa articulação porque o tempo também era bastante exíguo. Foram os cursos de enfermagem, farmácia e Odontologia (Ent.5, Grupo A)..

Tem toda uma história por traz que remonta um e-mail que foi socializado pela PROGRAD, suponho, não me lembro agora, que convidava os cursos da área de saúde e não incluiu Biologia. [...] o e-mail foi repassado via colegiado de educação física e chegou à minha conta porque eu era do colegiado de educação física na época. E aí quando eu vi era um chamado da PROGRAD, [...], convidando os cursos para uma reunião que ia ter para discutir o PETSÁUDE. Fui até o colegiado de Biologia questioneei. O colegiado não soube me dar uma resposta do porquê. E aí eu vi que o e-mail continuava convocando as pessoas para essas reuniões, para essas reuniões, pra ter essa discussão, então eu me dirigi novamente ao colegiado perguntando. Aí a diretora na época, [...] me disse que não tinha conhecimento desse e-mail, que não sabia o que que era, mas que ia se informar. [...] que era uma reunião para discutir um projeto, para a área de saúde. E aí eu questioneei os dois: E por que que Biologia não está incluído? Os dois não sabiam me dizer porque e nem sabiam se Biologia tinha pertinência. E aí eu perguntei aos dois se eles me autorizavam a ir à reunião como representante de Biologia. E aí eles me autorizaram, aí eu vim à reunião, foi aqui no módulo de saúde (Ent.2, Grupo A).

E foi marcada uma outra reunião para discutir novamente esse projeto do PET e aí nessa reunião eu pedi para a coordenadora do colegiado e o chefe do departamento fossem comigo. [...] comecei a debater com ela que Biologia fazia parte de Saúde, que havia uma resolução do Conselho Nacional de Saúde, que inseria o biólogo e tal num sei o que.. Ela me repassou o e-mail, o e-mail curto. Assim em linhas gerais o que ela me disse da impressão que eles tiveram, foi uma coisa assim muito boa que eles falaram assim: “ Já que vocês vêm a pertinência de um biólogo na equipe e se existe essa demanda local, deve ser incluído sim, ele deve fazer parte da equipe” (Ent.2, Grupo A).

Então, nós tínhamos uma única disciplina, porque Biologia vinha de uma reforma curricular traumática, que foi um processo assim muito desgastante. [...] e com muita luta eu consegui inserir uma única disciplina de dez horas, de dez horas, no currículo. Mas eu já considerei uma grande felicidade porque pela primeira vez a gente tinha uma disciplina que se chamava Seminário C , tracinho, Saúde Coletiva em Biologia. [...] Mas na inserção C0A já me sinalizou que aquela disciplina de dez horas era insuficiente e aí ela disse que havia necessidade de a gente buscar algum meio de vincular o

curso de Biologia a uma outra disciplina que fizesse esse link. Então COA, a coordenação local, já acatou : “não como optativa já tá bom tamanho, vocês têm uma disciplina de dez horas e tem mais essa optativa, então vamos fazer com que os alunos que querem PET ou que já estão no PET lá de Biologia curse a disciplina”.

E aí, e nós fomos às outras reuniões, e aí começou agora o debate para conquistar as bolsas para Biologia , porque havia uma tendência dentro do grupo, dada a formação da coordenadora e isso falei claramente pra ela, Tive assim grandes tensões com COA...pra essas... Esse primeiro PET não foi muito fácil. Foi um PET assim de tensão emocional, foi um PET que eu tinha que tá sempre reafirmando Biologia, sempre está reafirmando a nossa condição de profissional de saúde, mas eu sei que conseguimos dez bolsas, que pra mim foi uma vitória espetacular, mesmo diante das oitenta e tantas que ficaram para enfermagem e medicina, que foram os cursos mais privilegiados né? Depois vinha os outros, né? Que chamava os outros, né, Odontologia, Farmácia, Educação Física e lá atrás, Biologia (Ent.2, Grupo A).

Mas a gente viu a importância disso quando a gente se refere ao curso de odo, de biologia, que foi, teve que fazer uma reformulação curricular para incluir alguma disciplina. Eles queriam participar do PET-SAÚDE, mas não sabiam como e nós tivemos que mexer (Ent.4, Grupo A).

Antigamente era separado PET-SAÚDE e PROSAÚDE. Aqui na UEFS na verdade nós sempre andamos juntos. Já era PROPET, na verdade. Porque além da amizade, entre eu e COA, COA coordenava PET-SAÚDE e eu PRO. Nossa aproximação mesmo para fazer o projeto em termos de edital foi porque nós tínhamos a mesma visão. Então, nós fizemos um grupo que todo mundo achava que era importante aquilo. Então, construímos isso em parceria (Ent.4, Grupo A).

[...] quando era funcionária do U3 e professora aqui da universidade nós fazíamos uma interface bem interessante porque... e vamos continuar fazendo claro, mas assim é, naquele momento, nós tínhamos como fazer uma discussão bem mais próxima dos gestores apontando pra eles a necessidade de implantar o acolhimento (Ent.1, Grupo A).

Porque para o tutor tem uma carga administrativa muito grande, que a gente tem que fazer. E a gente tem que conciliar com as nossas atividades acadêmicas aqui da UEFS (Ent. 3, GrupoA).

Mas eu percebo também que os tutores que estão envolvidos nessa proposta de trabalho eles se reúnem em uma intensidade, numa frequência [...] eles têm um cronograma de trabalho e que, assim, me permite avaliar o que eles estão desenvolvendo até pelos próprios relatórios que eles encaminham para essa coordenação (Ent.1, Grupo A).

O tutor precisa estar acompanhando de olhos bem abertos. .Então eu acho que é assim, o tutor, o papel do tutor, na verdade é de conduzir o processo todo (Ent.3, Grupo A).

E no caso o tutor como coorientador. Eu fico como coorientador. Nos outros projetos eu sou o orientador. [...] Toda orientação metodológica teve que ser dada pelo tutor. [...] em seguida o tutor faz a avaliação desses projetos. O tutor precisa estar acompanhando de olhos bem abertos. Então, eu acho que é assim, o tutor, o papel do tutor, na verdade é de conduzir o processo todo (Ent. 3, Grupo A).

Nós nos esforçamos muito para contribuir nesse sentido com os profissionais. Por várias questões, voltando essa questão da sobrecarga de trabalho. Não tem tempo nem são estimulados a buscarem a educação em saúde. A capacitação, a ampliar seus conhecimentos, enfim. E a gente tem dentro das nossas possibilidades desenvolvido ações de educação voltadas para esses profissionais. [...] É uma responsabilidade grande, a gente precisa ter equilíbrio, saber cobrar na medida certa, porque a gente não pode também sobrecarregar as pessoas (Ent. 3, Grupo A).

[...] Eu acho que isso é um trabalho riquíssimo do tutor, eu acho que o tutor é quem mais consegue fazer esse trabalho, porque é o corpo a corpo mesmo. Então, aquele tutor vai fazer uma roda de conversa. Então, bota o médico e chama os outros preceptores, chama o farmacêutico do hospital, chama a enfermeira que também é preceptora e vamos discutindo em uma outra perspectiva (Ent.4, Grupo A).

Agora, claro, não deixando de pontuar o papel fundamental do tutor que tá ali. Porque se o preceptor tá falhando e tem um tutor que tá observando isso, ele consegue chamar a atenção, ele consegue olhar pra esse ponto. E as reuniões eram justamente pra isso. Pra saber em que nível estava sendo levado o programa, pra ver em que nível estava esse fluxo de conhecimento e se o tutor não estava interessado nisso, então... aí, mesmo o preceptor sendo bom, decaía também (Ent.7, Grupo B).

A gente tinha uma reunião uma vez por mês com o tutor e tinha duas horas semanais pra estudo. Mas a gente notava, dentro de um programa tão grande, a gente conseguia olhar essas diferenças. Em conversas com outros alunos, com outros bolsistas de outros grupos [...] Aí você vê o papel da preceptoria e principalmente do tutor. [...] Aí também, vinha a diferenciá-lo de acordo com o tutor. Pra você ver o papel do tutor. Dentro do próprio grupo, dentro do próprio programa tinha restrições. Porque como eu falei, a gente tinha reuniões mensais com todo o grupo, onde cada grupo tinha bolsistas inseridos em várias unidades [...] [...] tinham reunião geral entre eles, onde poderia até ser proposta até para outro grupo.

Como teve atividades interessantes em tais grupos que eram passadas. Mas aí vinha de acordo com a linha do tutor. Como eu peguei dois tutores que trabalhavam nessa mesma linha foi bem interessante. Havia troca de conhecimento, havia fluxo de informação, porque nesse momento a gente trocava experiência, onde um pontuava o que aconteceu (Ent.7, Grupo B).

[...] preceptores também percebem o seu potencial no sentido de contribuir com o aluno no seu processo de formação [...] (Ent. 1, Grupo A).

[...] a gente procura que eles façam mais observação antes para se familiarizar e aí, a partir daí, eles possam tá até se possível ajudando ao atendimento. E colocando também, assim, essa questão da vivência de uma unidade de saúde, de um dia a dia da unidade de saúde, pra o estudante, que é uma forma também de conhecimento extramuros da universidade (Ent. 8, Grupo A).

[...] como foi bom, porque eu ficava pensando meu Deus o que é que eu vou fazer com esses meninos de educação física aqui. Aí meu Deus, eu sou de odonto, recebi um aluno de biologia, meu Deus o que é que eu vou fazer? O que é que eu vou fazer com esse aluno de Educação Física? Então isso para eles é natural, é inclusive estimulante eles verem isso tudo [...] O profissional hoje ele tá mais preocupado, porque os alunos estão instigando (Ent.2, Grupo A).

E o próprio preceptor também teve um papel importante nesse processo. Porque o contato diário com esse preceptor. A gente orientou também que o preceptor fizesse também... uma coleta de artigos, de material científico para passar para os estudantes, para que eles possam estudar no horário reservado para o estudo (Ent. 3, GrupoA).

[...] o aluno chega hoje, mas o preceptor dele naquele dia não tá, mas tem o preceptor do PET-VS ou do PETRedes, não importa, esse preceptor, ele acolhe esse aluno, da mesma maneira, ele é inserido nas atividades que está sendo feita pelo grupo e no outro dia que ele vai trabalhar ele fala para o professor – “comecei a trabalhar ali com isso, acho que isso é importante pra gente trabalhar”, e aí já vai (Ent.4, Grupo A).

[...] eu acredito que os preceptores em primeiro plano. Porque o preceptor é ali o elo entre o tutor e a gente, como estudante. A gente tá ali muito mais. Pode ter ali um tutor maravilhoso, ele tem um grupo grande, não pode acompanhar todos os preceptores. Um preceptor está agindo como o programa condiz outro não. E o aluno vai de acordo com o preceptor.

Os próprios monitores de outros grupos perguntavam. Poxa, você faz tudo isso na unidade? Ah, não. Eu chego lá pra fazer uma sala de espera, volto, se não tem o que fazer eu volto. Sendo que não é a proposta do trabalho. Então, a partir das observações, a gente vê que aí tá claro, no profissional, no aluno, principalmente, no preceptor... Tá aí a importância do preceptor... (Ent. 7, Grupo B).

Como encaminhar a gente, com o olhar observador. E em alguns momentos, eu percebi que o preceptor executava a função mais de supervisionar. Olhe, ele não deixava de executar o trabalho dele da unidade, o trabalho rotineiro, clínico, digamos assim. E só observando. Só pontuando, olhando, avaliando. Não se inseria nas nossas ações, na nossa rotina. Em outros momentos não, o preceptor estava ali constantemente. (Ent. 7, Grupo B).

[...] os preceptores hoje buscam mais a qualificação, através da inserção deles em mestrado, seja no mestrado profissional, seja no mestrado acadêmico e também o que eu vejo muito interessante esses preceptores, alguns deles, até então não participavam de eventos, não participavam de discussões, não participavam de projetos de pesquisa e hoje as pessoas estão participando desse processo [...] (Ent. 1, Grupo A)

Então, a gente vê trabalhos sendo bem desenvolvidos. A maioria desses preceptores, eles têm feito seleção para o mestrado profissional. Então a gente vê muitos aprovados no mestrado profissional ou mestrado acadêmico, especialização [...] Porque o edital solicitava a época que tinha que ter especialização e aí alguns começaram a cursar especialização com o intuito de participar do programa. E aí quando você cursa a especialização vai para o mestrado, aí você, sua mente muda totalmente sua postura e sua inserção no serviço (Ent. 4, GrupoA).

Então a gente faz capacitação. Quando a gente realiza qualquer evento aqui na UEFS, a gente faz aberto também para os preceptores, a gente convida o pessoal da rede, participa. Então, esse processo de capacitação tem sido interessante por isso, porque eles participam, fazem trabalho de pesquisa (Ent. 4, GrupoA).

Os preceptores fazem parte da equipe executora dos projetos. O preceptor ficou como coorientador. A orientação que foi dada ao preceptor é que ele acompanhe essa coleta. Ele tem conhecimento do projeto, como funciona, da metodologia, como vai ser feito, os objetivos... Então no momento ele é o responsável pelo acompanhamento da coleta dos dados (Ent. 3, GrupoA).



A enfermeira que tá lá só pensa na enfermagem e na medicina, o médico que tá lá só pensa nele, não pensa nem na enfermagem, só pensa nele. O dentista, coitado, fica naquela ali, “não tô aqui no meu consultório”. Quando chega o menino de educação física, aluno de odonto, quando chega aluno de biologia. Bom agora eu tenho que ver o que é que esses meninos vão fazer. E aí os meninos chegam lá cheios de ideias. [...] O profissional hoje ele tá mais preocupado, porque os alunos estão instigando. (Ent. 2, Grupo A).

[...] O próprio estudante com o conhecimento mais atualizado, por estar na academia ele consegue contribuir para mudar a prática (Ent.3, Grupo A).

Ele já está saindo trabalhando isso. Os alunos na verdade conseguem muita coisa do... do, na mudança do profissional. Porque tem aluno que questiona muito. Diz assim, “ô doutor não é melhor assim? Orientar melhor nisso”. Porque às vezes, ele não orienta, prescreve e tal... Aí o aluno, ou por inocência ou porque quer falar mesmo, não tem a noção disso pra falar, ou questiona e aí existe uma mudança na postura do médico em relação a isso (Ent.4, Grupo A).

Os alunos já desenvolvem algumas práticas porque eles foram inseridos nos grupos terapêuticos, nas oficinas terapêuticas. Inclusive participaram até da elaboração de alguns grupos pra acolher realmente esses usuários. [...] E os profissionais, inclusive veem como positivo o estudante atuando na educação em saúde (Ent.3, Grupo A).

[...] o aluno não está vinculado ao preceptor, o aluno está vinculado àquela comunidade, àquela unidade, à pesquisa que está realizando, às ações que está desenvolvendo naquele bairro . E quando os estudantes estão envolvidos, então, aumenta muito o processo de educação em saúde, tanto a educação pra comunidade como educação para os profissionais, de capacitação em serviço, de educação permanente (Ent. 4, Grupo A).

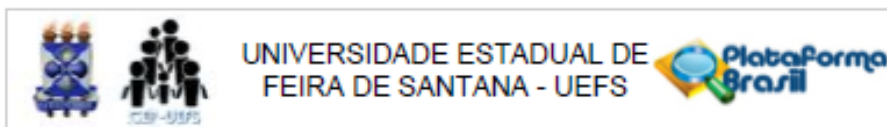
Depois que eu cheguei, a gente já fez, participou de algumas coisas junto com as enfermeirandas, que a gente também pediu, que foi falar sobre a CHIKUNGUNIA com os ACS. Sala de espera, que a gente fez com as mulheres, a gente já falou sobre hipertensão. A gente fez panfletagem. Eu fiquei com as meninas, infelizmente no dia da panfletagem eu não pude estar aqui. Mas foi numa reunião junto com as meninas do PET redes que a gente decidiu fazer a panfletagem sobre o novembro azul na praça (Ent.6, Grupo A).

[...] se possível ajudando ao atendimento e colocando também assim essa questão da vivência, de uma unidade de saúde, de um dia a dia da unidade de saúde, pra o estudante, que é uma forma também de conhecimento extramuros da universidade (Ent.8, Grupo B).

[...] os alunos transformam muita coisa é muito bom. Porque os alunos eles vêm com uma energia, eles passam a conhecer a possibilidade de trabalhar com, em parceria, de conhecer o outro. [...] Então. os alunos na verdade assim, como a gente não consegue trabalhar o docente, mas vai sendo obrigado pela onda. Eu acho que vai surgindo a onda, mesmo quando o aluno descobre isso, que o aluno quer. E a gente começa a ter o apoio dos alunos e isso vai auxiliando nesse processo de mudança (Ent.4, Grupo A).

**ANEXOS**

## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - UEFS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise do fluxo de informação e difusão do conhecimento na produção da saúde através da metodologia das redes sociais: O PET- Saúde, seus limites e desafios.

**Pesquisador:** ANA ÁUREA ALÉCIO DE OLIVEIRA RODRIGUES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 28317914.1.0000.0053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Feira de Santana

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 696.174

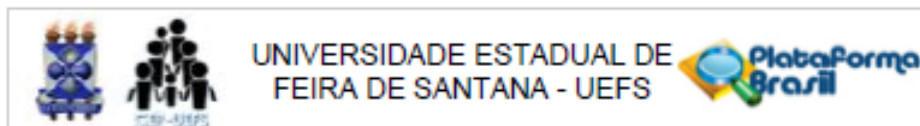
**Data da Relatoria:** 24/06/2014

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa para obtenção do título de doutor pelo PROGRAMA DOUTORADO MULTIINSTITUCIONAL E MULTIDISCIPLINAR EM DIFUSÃO DO CONHECIMENTO - LINHA DE PESQUISA 2:

DIFUSÃO DO CONHECIMENTO. Informação, Comunicação e Gestão, parceria UFBA-UEFS. Pesquisadora Responsável a doutoranda Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues e pesquisadores colaboradores Hermene Borges de Barros Pereira (Orientador) e Ellane Santos Souza (Co-orientadora). O Resumo do projeto completo informa "A Interação ensino-serviço é uma estratégia que permite a aprendizagem problematizada nas unidades de saúde a partir de parcerias com Secretarias de saúde, municipal ou estadual. Nesse contexto o processo de produção de saúde exige uma compreensão ampliada do objeto do trabalho, pensado como uma síntese entre riscos, vulnerabilidade e enfermidade, encamados em sujeitos concretos. Esta pesquisa se propõe através da análise do fluxo de informação e da difusão de conhecimento entre os sujeitos que fazem o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde) desenvolver, a partir da Metodologia da Análise de Redes Sociais, um modelo teórico que ao ser reaplicado, auxilie os sujeitos envolvidos nas redes de saúde a compreender como se constituem as ligações entre os atores, o fluxo de informação e a difusão de conhecimento no processo de produção de saúde. Metodologia

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
**Bairro:** Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460  
**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA  
**Telefone:** (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 096.174

março de 2010, e compartilhei com os demais sujeitos participantes do programa muitas dificuldades para garantir o sucesso da proposta, no entanto a que mais se destacou foi a atenção foi a insuficiência por parte do serviço de garantir a produção integral da saúde às pessoas que recorriam a ele, não só pela carência quanto a

Infraestrutura, recursos materiais e pessoais, mas também, pela ausência de compreensão sobre o sentido da produção de saúde integral pelos componentes do sistema, no cotidiano de seu processo de trabalho." O projeto é exequível e conta com a infraestrutura do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde-NUPISC (UEFS).

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

Protocolo completo.

**Recomendações:**

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

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tenho muita satisfação em informá-lo que o seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os sujeitos da pesquisa conforme orienta o Cap. IX.3, alínea 5a - Res. 466/12.

Relembro que conforme Institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. O não cumprimento poderá implicar no impedimento de apreciação de novos projetos do pesquisador.

Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-480  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br

**ANEXO B – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana  
para realização da pesquisa**



Secretaria Municipal de Saúde  
Seção de Capacitação Permanente


E-mail: edupermanentesms@gmail.com  
(75) 3612-6608/Ramal 6608

Feira de Santana, 26 de Fevereiro de 2014

**Enc:** Atenção Básica / Valdenice Queiroz  
Coord. das Policlínicas / Evani Cerqueira  
SAMU / Maiza Macedo  
CAPS AD / Carolina Carvalho  
CAPS i / Décio de Jesus

**C/C:** USF Matinha (NASF IV), USF Alto do Papagaio (NASF IV), USF  
Feira VI, Policlínica do George Américo, CAPS AD, CAPS i, SAMU/192.

Informamos que se encontra autorizada a pesquisa "**Análise do fluxo de informações e difusão do conhecimento na produção de saúde através da metodologia das redes sociais: O PET-Saúde, seus limites e desafios.**" da pesquisadora Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues, professora assistente da UEFS. Esta pesquisa tem como objetivo realizar uma coleta de dados através de uma entrevista semi-estruturada, grupo focal e questionário. Salientamos que a pesquisa ainda será encaminhada para o comitê de ética da UEFS.

  
Ariella Karla Covas  
**Coord. da Seção de Capacitação Permanente**

CNPJ 14 043 574/0001-51  
Secretaria Municipal de Saúde  
Feira de Santana/Bahia

Ariella Karla O. Covas  
Coord. da Seção de Capacitação Permanente

## ANEXO C – Autorização da Universidade Estadual de Feira de Santana para realização da pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
/ PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO  
PRÓ-SAÚDE/PET-SAÚDE UEFS NA REDE SUS DE FEIRA DE SANTANA-BA

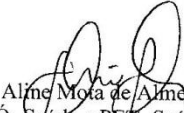
### CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que concordamos que a pesquisadora **Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues**, desenvolva o seu projeto de pesquisa coletando dados empíricos para sua Tese de Doutorado, intitulada “**Análise do fluxo de informação e difusão do conhecimento na produção da saúde através da metodologia das redes sociais: O Pet Saúde, seus limites e desafios**”, no Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), desenvolvidos na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Esperamos que os resultados da referida pesquisa possam contribuir com o processo de autoavaliação dos programas, bem como proporcionar sinalizadores para aprimoramento das atividades desenvolvidas pela UEFS, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia e a Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana.

A aceitação está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/2012 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins científicos.

Atenciosamente,

Feira de Santana, 17 de fevereiro de 2014.

  
Alme Mota de Almeida  
Coordenadora do PRÓ- Saúde e PET- Saúde UEFS 2012/2013  
75-31618191 / 75-99771346