

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na Formação Profissional

The Educational Program for Health Work in Professional Training

Maisa Tavares de Souza Leite¹
Carlos Alberto Quintão Rodrigues¹
Danilo Cangussu Mendes¹
Noely Soares Veloso¹
João Marcus Oliveira Andrade¹
Lorena Roseli Rios¹

PALAVRAS-CHAVE:

- Formação de Recursos Humanos
- Prática Profissional
- Atenção Primária à Saúde
- Educação Médica
- Integração Docente Assistencial
- Saúde da Família

KEYWORDS:

- Human Resources Formation.
- Professional Practice.
- Primary Health Care.
- Medical Education.
- Teaching Care Integration Services.
- Family Health.

Recebido em: 31/03/2010

Reencaminhado em: 15/07/2010

Aprovado em: 11/08/2010

RESUMO

Este estudo descreve as experiências das equipes de trabalho do PET-Saúde após sua implantação na universidade entre 2009 e 2010. Trata-se de relato de experiência retrospectivo, descritivo e inovador, por possibilitar aos estudantes e profissionais a aprendizagem significativa vivenciada no mundo do trabalho na perspectiva da interdisciplinaridade e da Educação Permanente. A prática foi desenvolvida com acompanhamento tutorial na Atenção Primária no lócus da Estratégia Saúde da Família, com vistas a contribuir com a formação dos estudantes de forma multidisciplinar. A partir dos problemas de saúde da população, sob supervisão dos preceptores, os estudantes atuaram junto às famílias, desenvolvendo a integralidade do cuidado, além da elaboração de projetos de iniciação científica com a realização de pesquisas de campo em interface com a comunidade. Analisam-se as principais potencialidades e desafios enfrentados, sinalizando a necessidade de integração entre os cursos de modo a permitir compatibilidade e flexibilidade curricular, com maior integração teórico-prática. Conclui-se que o programa, embora ainda enfrente inúmeras dificuldades na construção do SUS e da governança nas universidades públicas, tem enorme potencial transformador da realidade ensino-serviço-comunidade.

ABSTRACT

This study describes the experience among the teams of the Educational Program for Health Work (PET-Saúde) after its implementation at the university from 2009 to 2010. This is a descriptive, retrospective report of an innovative experience that allows students and faculty to enjoy a significant learning process in the world of work, from the perspective of interdisciplinary collaboration and continuing education. The practice was developed with tutorial follow-up in Primary Care with the Family Health Strategy, with a view towards contributing to multidisciplinary training of students. Based on the population's health problems, and under the supervision of preceptors, students work with the local families, developing comprehensive care and introductory science projects involving field research with a community interface. The study analyzes the program's main potentialities and challenges, highlighting the need for integration between courses in order to allow consistency and flexibility between curricula, with greater integration between theory and practice. The study concludes that despite numerous difficulties with building the Unified National Health System (SUS) and governance of public universities, the program has enormous potential for transforming the reality in the teaching, health services, and community interface.

INTRODUÇÃO

Em trajetória histórica, a área da saúde estabelece uma parceria nítida com a área da educação a partir de uma sucessão de eventos, como a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implantação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei nº 9.394/96. Nesse processo, as transformações socioeconômicas vêm exercendo influência marcante sobre as atuais concepções pedagógicas, a organização da assistência à saúde, a formação de recursos humanos e a prática profissional, com perspectivas de avanços¹.

Desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata, iniciou-se um processo de repensar as práticas de saúde. No Brasil, o amadurecimento dessas reflexões, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que contou com ampla participação popular, possibilitou um profundo debate sobre os princípios do movimento chamado Reforma Sanitária Brasileira².

Esse movimento transformador almeja mudanças nos cursos de graduação da área da saúde e apresenta uma coerência identificada na sequência histórica de eventos e documentos que surgem na década de 1960 com o movimento da reforma sanitária e se intensifica no decorrer do final do século 20 e início do século 21.

Na área da saúde, é resultado de uma série de reformas que abarcam o sistema de assistência de saúde, no qual estão incluídos o cuidado primário em saúde e a formação de recursos humanos, tornando indispensável que a produção de conhecimento, a formação profissional e a prestação de serviços sejam tomados como elementos indissociáveis dessa nova prática³.

Na área da educação, as instituições formadoras devem prover os meios adequados à formação de futuros profissionais que contribuam para o desenvolvimento do SUS e para a sua melhor consecução, devendo ser permeáveis o suficiente ao controle da sociedade no setor e expressar qualidade e relevância social coerentes com os valores de implementação da reforma sanitária brasileira.

Não há concordância, no entanto, sobre o quanto se avançou em relação à integração ensino-serviço e o quanto a priorização das necessidades de saúde da população influenciou na definição dos currículos. Há que se reconhecer que o caminho está longe de ser efetivamente uma política consolidada para os parceiros envolvidos⁴.

O Ministério da Saúde, por meio do seu papel de ordenador da formação de profissionais na área da saúde, ao refletir sobre a educação como uma ferramenta de gestão e como instrumento de transformação de práticas de atenção em saúde, vem investindo na construção de novos perfis profissionais,

em favor da integralidade e resolubilidade da atenção à saúde prestada à população⁵.

Nesse sentido, foi instituído o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802⁶, de 26 de agosto de 2008, como uma proposta do Ministério da Saúde, por intermédio das Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde, e do Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Educação Superior, inspirado no Programa de Educação Tutorial do Ministério da Educação, tendo como base legal as Leis nº 11.129/2005⁷ e nº 11.180/2005⁸.

O objetivo geral do PET-Saúde é fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo um instrumento para a qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidas aos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades/demandas do SUS, na perspectiva da inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino⁸.

Tendo em vista a sua missão, a Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) concorreu ao Edital de Seleção para o PET-Saúde e foi aprovada. Estabeleceu-se, então, uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, que, historicamente, vem acumulando experiências significativas na construção do SUS desde o movimento da Reforma Sanitária. Essa experiência é abrangente, pois transita nos diferentes níveis da graduação e pós-graduação, como a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a Residência em Medicina de Família e Comunidade, formando enfermeiros, cirurgiões-dentistas e médicos para o trabalho no campo dos cuidados primários em saúde, principalmente na ESF.

Há lacunas na literatura quanto à operacionalização para formar esses profissionais satisfatoriamente sensibilizados em relação aos princípios norteadores do SUS, apesar da necessidade de interdependência do ensino e da assistência na formação para se atingir a integralidade, trazendo como referência básica e fundamental o cuidado do usuário do sistema. Em que pese a ausência de caminhos para isto, prima-se pela construção de uma formação diferenciada da tradicional, integrada ao contexto do SUS⁹.

Este trabalho tem por objetivos descrever as experiências de implantação do PET-Saúde na Unimontes e ESF de Montes Claros pelas equipes de trabalho no período de 2009 a 2010 e refletir sobre os aspectos potencializadores e dificultadores, tendo em vista a formação profissional da área da saúde e à luz da literatura.

DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DO PET-SAÚDE E A ARTICULAÇÃO ENTRE PESQUISA, SERVIÇO E COMUNIDADE: POTENCIALIDADES PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A proposta apresentada foi aprovada por meio da Portaria Conjunta SGTES-MS/SESU-MEC nº 3, de 30 de janeiro de 2009¹⁰, e as atividades se encontram em vigor desde março de 2009, contando com a participação de 30 estudantes selecionados por avaliação curricular e entrevista, na qual manifestaram o interesse e o desejo de atuar na ESF. Esses estudantes são dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia. Destes, 12 são monitores bolsistas e 18 são estudantes voluntários, que participaram das atividades de iniciação científica e desenvolveram dez projetos de pesquisa e iniciação ao trabalho nas Equipes de Saúde da Família. Além dos estudantes, o PET-Saúde da Unimontes conta com seis preceptores (profissionais da ESF), uma tutora e um coordenador (docentes da universidade).

Como uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), relacionada mais especificamente ao eixo *cenários de práticas*, o PET-Saúde busca incentivar a interação ativa dos estudantes e docentes dos cursos de graduação em saúde com os profissionais dos serviços e com a população. Ou seja, induzir que a escola integre, durante todo o processo de ensino-aprendizagem, a orientação teórica com as práticas de atenção nos serviços públicos de saúde, em sintonia com as reais necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde¹¹.

No conjunto de ações e programas de investimento nas pessoas, ressalta-se o papel do Pró-Saúde na perspectiva de reorientar o processo de formação, estabelecer mecanismos de integração e cooperação entre gestores do SUS e as instituições de ensino superior nos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, e ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde¹².

Como uma das ações intersetoriais direcionadas ao fortalecimento da atenção básica em saúde, de acordo com os princípios e necessidades do SUS, o programa tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde¹², sendo uma das estratégias do Pró-Saúde em implementação no País desde 2005^{11,12}.

No âmbito da universidade, por meio dos recursos financeiros disponibilizados por esse programa, foi realizada capacitação docente, aquisição de acervo bibliográfico e montagem de um laboratório de informática que contribui com o desenvolvimento das atividades de pesquisa. Uma vez finalizadas, estas atividades servem de baliza para as equipes repensarem

a organização do sistema local de saúde, principalmente da Atenção Primária à Saúde (APS).

A iniciação à pesquisa do PET-Saúde nesta universidade foi desenvolvida a partir dos principais problemas da realidade local, com a inserção dos estudantes participantes no serviço de atenção à saúde do município de Montes Claros. Assim, a tutoria e a preceptoria do PET-Saúde priorizaram ações na prática do processo de trabalho e na definição dos projetos de iniciação científica. Com isso, podemos afirmar que esta é uma oportunidade ímpar de inserir o estudante no universo da pesquisa científica em consonância com a iniciação ao trabalho, pois ele tem a oportunidade de vivenciar, na prática da futura profissão, o desenvolvimento de diversos trabalhos dentro da ESF.

Na iniciação ao trabalho na comunidade, os estudantes participaram do diagnóstico de saúde da população, identificando as doenças individuais e os problemas de saúde coletiva mais frequentes e mais robustos, desenvolveram atividades de prevenção e promoção em saúde e foram acompanhados em todas essas atividades pelos preceptores (profissionais cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos das duas equipes de saúde da família participantes) e por uma tutora docente da Unimontes.

As ações de saúde realizadas, tanto preventivas/promocionais, quanto curativas, foram direcionadas aos ciclos de vida, abrangendo o recém-nascido, a criança, o adolescente, o adulto, a mulher e o idoso em um contexto familiar. Os membros da equipe multiprofissional, numa perspectiva interdisciplinar, articulam suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada, para uma solução conjunta e intervenção adequada na integralidade do cuidado.

A expansão do conhecimento de aspectos do processo saúde-doença e seus determinantes, que estão além do biológico do indivíduo, leva tacitamente a analisar e a construir mudanças ao se tratar de saúde. Aspectos que compõem o desenvolvimento saudável da vida humana, mais conhecidos, questionam a ênfase nos modos tecnicistas de abordar os problemas de saúde da população¹³.

O PET-Saúde traz benefícios também a seus participantes, uma vez que ocorre um aprendizado mútuo entre acadêmicos, preceptores, coordenação e tutoria no que se refere ao processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família. Este programa pode constituir uma forma de contrapartida importante aos preceptores de estudantes e um valioso fator para maior aproximação entre as instituições de ensino e de serviço¹⁴.

Na percepção dos estudantes, registrada em avaliações realizadas no decorrer das reuniões, o PET-Saúde possibilita a integração entre os cursos, coordenando ações resolutivas, e permite a interação com acadêmicos de outros cursos, a troca de experiências e a aprendizagem significativa para a formação

profissional. No cenário da APS, a inserção dos acadêmicos dos cursos de Odontologia, Enfermagem e Medicina corrobora o cuidado humanizado, direcionado aos indivíduos cadastrados nas equipes de saúde da família beneficiadas pelo PET-Saúde.

Com o intuito de desenvolver o melhor trabalho, a equipe buscou ler e discutir artigos baseados em evidências científicas, teorizando as questões em um processo de ação/reflexão/ação voltado à realidade local. Em síntese, as reuniões permitiram refletir sobre a construção das atividades exercidas em nosso cotidiano, uma vez que inexistia recomendação de como fazer.

Após um ano de implantação do PET-Saúde na Unimontes, notam-se benefícios para a comunidade e para os participantes do programa. O ganho para a comunidade assistida pelas equipes foi observado nas atividades de trabalho desenvolvidas de forma multidisciplinar pelos acadêmicos e preceptores desses territórios. No processo de trabalho, observou-se uma interação entre os profissionais da equipe, preceptores, estudantes, usuários e comunidade, sendo os estudantes bem aceitos nas atividades realizadas no bairro. Algumas ocorreram aos sábados em escolas, igrejas e associações.

Neste contexto, é necessário priorizar ações de promoção à saúde que envolvam a vigilância à saúde e a educação em saúde. Assim, os estudantes, no exercício da cidadania, procuraram interferir no processo saúde-doença das famílias assistidas por meio de ações educativas. Finalmente, é importante considerar que o território de saúde da família e o SUS têm sido escolas, assumindo a responsabilidade pela formação de recursos humanos e pela construção de novos conhecimentos¹⁵.

O PET-SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DIFICULDADES E DESAFIOS

A equipe do PET-Saúde, constituída por coordenador, tutora, preceptores e estudantes, reuniu-se mensalmente para discutir a proposta de trabalho, especialmente os principais problemas de saúde observados nas famílias das equipes selecionadas.

As reuniões sucederam periodicamente até a elaboração e aprovação dos projetos de pesquisa pelo comitê de ética. Os encontros tutoriais ocorreram segundo a expectativa dos estudantes quanto à escolha dos temas relacionados à APS no Brasil e no mundo. Os estudantes assistiram ao filme *SiCKO – \$O\$ Saúde*, que possibilitou a análise crítica do sistema de saúde em diversos países¹⁶.

Trata-se de um documentário que mostra a realidade do sistema de saúde em alguns países, trazendo reflexões e comparações entre eles. Inicialmente, o filme apresenta, de forma crítica, o deficiente sistema de saúde americano, baseado nos planos de saúde privados, que geram um comércio lucrativo

para as grandes empresas seguradoras. Essa visão da saúde pública americana marcada pelo interesse econômico é confrontada com os modelos encontrados na França, Inglaterra, Canadá e Cuba, onde os sistemas de saúde apresentam importantes características de acesso e qualidade do serviço prestado, de forma que sua organização vai além dos interesses políticos e econômicos.

Com base em revisão realizada, verifica-se no Brasil uma transição demográfica acelerada e uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças, em que as pessoas convivem com a persistência das doenças infecciosas, das causas externas e principalmente das condições crônicas. Tal fato exige uma reestruturação do sistema atual em forma de Redes de Atenção à Saúde¹⁷.

É inegável a importância de propor ações de saúde adequadas a essa transição demográfica e epidemiológica, e interligadas aos princípios e diretrizes do SUS e da ESF¹⁸.

Percebe-se, *in loco*, a necessidade de tecnologias para que a atual rede de atenção permita o *feedback* entre o usuário, os pontos de comunicação e os serviços de referência e contrarreferência. Para tanto, é essencial implantar prontuários eletrônicos e serviços de alta complexidade, atendendo ao cidadão com base nos pressupostos do SUS, na perspectiva da universalidade, integralidade e equidade.

Na área de saúde, há um movimento nacional para substituir o modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar, por um modelo de atenção centrado na saúde, na família e no atendimento domiciliar. Alguns autores defendem as Redes de Atenção como um novo modelo¹⁷.

Para Starfield¹⁹, a Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece acesso para todas as novas necessidades e problemas, e fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada à enfermidade) no decorrer do tempo, bem como atenção às condições de saúde. A Atenção Primária deveria cumprir três funções essenciais¹⁷: a primeira, de resolução, que visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; a segunda, de organização, com o fim de organizar os fluxos e contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde no sistema de serviços de saúde; e a terceira, de responsabilização, que visa se responsabilizar pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)²⁰ traz uma definição clara da Atenção Primária à Saúde ao considerar que esta é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

A APS é desenvolvida por meio de atividades práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem o desafio e a responsabilidade da concretude na prática. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. A APS deveria ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, mas se observam outros pontos de atenção como porta de entrada desse sistema, principalmente a sala de espera dos prontos-socorros ou as recepções dos hospitais públicos ou conveniados.

Orienta-se pelos princípios do SUS de universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e controle social. Estes traduzem os princípios inspirados no movimento sanitário, que teve forte influência das bases filosóficas do movimento da Reforma Sanitária italiana. A Itália é um dos países precursores do movimento na Europa no início do século 20 e, também, dos modelos de sistemas de saúde inglês e cubano. A Reforma Sanitária no Brasil nasceu na luta contra a ditadura, com o tema "Saúde e Democracia", e se estruturou nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços, sendo Montes Claros um dos locais de destaque. Esse movimento social se consolidou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, garantindo na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado²¹.

Observa-se que existem contradições entre o idealizado e a realidade instituída. Quem controla o controle social? Em muitas equipes, ainda é incipiente a participação nos conselhos locais e municipais.

Diversos autores têm apontado que a busca de parcerias entre universidades, serviços de saúde e organizações populares é uma das propostas que se tem mostrado uma potente estratégia para fortalecer a democracia a partir do estabelecimento de relações horizontalizadas entre os parceiros¹⁸.

A APS deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos agravos que estejam comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável. Nesse sentido, a universidade reconhece sua missão e seu papel como instituição formadora comprometida com a transformação social ao desenvolver projetos que integram a tríade ensino-pesquisa-extensão.

Os estudantes receberam material disponibilizado pela Gerência Regional de Saúde/Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) com conteúdos das oficinas do

Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Também participaram de seminário com o tema "As Redes de Atenção à Saúde", apresentado pelo Dr. Eugênio Villaça Mendes. Foram discutidos ainda temas sobre diagnóstico local, análise das fichas "A", classificação das famílias por grau de risco, visitas domiciliares, conceito ampliado de saúde e outros conteúdos relacionados à saúde da família.

Ressalta-se, ainda, a relevância das ações desenvolvidas na construção do currículo do estudante inserido nesse cotidiano da APS. Ao conhecer a realidade das famílias, o estudante apreende de forma significativa, o que repercute positivamente em sua qualificação profissional.

Espera-se avaliar, por meio de pesquisas, os benefícios e o impacto do programa junto à população nesses territórios. Entretanto, observamos no dia a dia a satisfação na fala dos usuários, das famílias, dos grupos de educação em saúde e dos gestores.

Os grupos de aprendizagem tutorial do PET-Saúde na Estratégia Saúde da Família se caracterizam como um instrumento de educação permanente com aperfeiçoamento em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos, respectivamente, aos profissionais e aos estudantes da área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS.

Pretende-se, ainda, aprimorar as atividades desenvolvidas pelos membros do PET-Saúde, atuando como massa crítica em atividades técnico-científicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar.

Assim, a formação dos profissionais de saúde gera serviços e condições de provimento e/ou fixação de profissionais, possibilita o trabalho em equipe, o desenvolvimento e avaliação de tecnologias do cuidado e da assistência, compreensão crítica e sensibilidade no enfrentamento das desigualdades sociais e regionais, intervindo na organização do sistema de saúde²². Nesse cenário, Montes Claros, cidade polo do norte do Estado de Minas Gerais, é referência para vários municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), considerada uma das regiões mais pobres do Estado.

Na Unimontes, as principais dificuldades vivenciadas dizem respeito, principalmente, à interdisciplinaridade, à incompatibilidade curricular e à falta de flexibilidade, com maior integração teórico-prática. A conquista da interdisciplinaridade entre ensino, pesquisa e extensão representa hoje um dos maiores desafios das universidades brasileiras, e a discussão desse tema assume renovada importância neste momento, em que se propõe uma reforma universitária²³.

Outro aspecto que chama a atenção é a fragmentação da cultura escolar em disciplinas isoladas. Esse fato originou um

movimento pedagógico a favor da interdisciplinaridade, em direção contrária à fragmentação²⁴. Porém, o seu alcance parece incipiente nas universidades brasileiras no que se refere à operacionalização e concretude na prática.

Em análise epistemológica, Leite²⁵ afirma que “disciplina” tem o mesmo sentido que ciência, instrução, ensino. O prefixo “inter” está relacionado com troca, reciprocidade. Assim, interdisciplinar se refere à troca entre áreas de conhecimento. Para atingir esse objetivo, deve-se estabelecer entre os membros da equipe uma nova concepção de trabalho que admita a diversidade de ação que busque constantemente o consenso e que esteja baseada na interdisciplinaridade. O trabalho interdisciplinar tem como significado a possibilidade de a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto onde estão inseridas²⁶.

Batista *et al.*²⁷ destacam que aprender com pessoas de diferentes áreas de conhecimento parece ser uma experiência que amplia a compreensão do trabalho coletivo e da ambiguidade da realidade que se apresenta nos cenários em saúde.

Os cursos de Odontologia, Enfermagem e Medicina ainda não estão integrados de forma a permitir o desenvolvimento conjunto de atividades extracurriculares em função do quadro de horário dos cursos. Este é um desafio que vem sendo superado pela dedicação de todos os envolvidos no programa, uma vez que horários alternativos (noite e finais de semana) são utilizados para os encontros tutoriais. Destaca-se a realização do I Seminário Integrado PET-Saúde e Pró-Saúde da Unimontes, com o objetivo de estabelecer o debate nas instâncias colegiadas.

Quando se procura favorecer o ensino de forma interdisciplinar, há que se perguntar até que ponto a medicina está realmente aberta a uma mudança paradigmática dessa ordem, aceitando compartilhar com a educação, a filosofia, a antropologia, a história da ciência, a psicologia, entre outras, a construção de novos significados para o ensino médico e a prática médica²⁸. A cultura médica instituída é centrada na doença, no exame, no diagnóstico e no tratamento.

Frente a esse desafio, o Ministério da Saúde instituiu a educação permanente como proposta para a formação de recursos humanos e, por consequência, o fortalecimento do SUS. Essa estratégia deveria possibilitar, em um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições de ensino, a reorganização dos serviços e processos formativos, transformando as práticas educativas e as de saúde. Porém, esse processo vem ocorrendo de forma lenta e com baixa resolubilidade na prática. Ceccim e Feuerwerker²⁹ apontam como alternativa de superação desses problemas a atenção integral na necessidade do trabalho interdisciplinar e multiprofissional para o estabelecimento de vínculos com todas as dimensões do processo saúde-doença.

Para melhor qualidade na assistência diante das mudanças que se processam no setor da saúde, que exigem hoje, inclusive, um atendimento mais humanizado, é necessário que as instituições se preocupem com a capacitação de seus profissionais. A educação dos profissionais de saúde deve ser entendida como um processo permanente³⁰.

Para a área da saúde, entretanto, a formação não gera apenas profissionais que possam ser absorvidos pelos postos de trabalho do setor; é um trabalho de escuta, em que a interação entre profissional de saúde e usuário é determinante da qualidade da resposta assistencial. A incorporação de novidades tecnológicas é premente e constante, e novos processos decisórios repercutem na concretização da responsabilidade técnico-científica, social e ética do cuidado, do tratamento ou do acompanhamento em saúde.

A interiorização não pode ser apenas do trabalho, mas também das condições de provimento, fixação e educação permanente. Por isso, iniciativas de política formativa e de política em saúde – em relação às responsabilidades da área da saúde com a mudança na graduação, a interação formação-sistema de saúde e a integração ensino-serviço no âmbito da gestão participativa na política nacional de formação e desenvolvimento para o SUS – são francamente desejáveis e responsáveis³¹.

Cabe ressaltar que, na Estratégia Saúde da Família, há dificuldades na execução do trabalho local, escassez de recursos na comunidade e problemas advindos de infraestrutura física inadequada das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Muitas delas funcionam em casas alugadas, adaptadas para o funcionamento como unidade de saúde, sem inspeção dos riscos e insalubridade para a certificação em termos de qualidade.

Outro obstáculo importante reside nas relações trabalhistas expressas no vínculo dos profissionais, sem garantia de estabilidade, sem progressão na carreira profissional, salários desiguais, demissões frequentes e substituições dos profissionais capacitados, prejudicando a continuidade do trabalho de forma sistematizada.

O trabalho nos cenários dos serviços envolve, necessariamente, negociações com o poder político local, em especial no contexto de municipalização da saúde em curso no País¹⁴. Para tanto, é essencial repensar a gestão e a governança locais, adotando atitudes proativas junto ao controle social para melhorar a qualidade do atendimento prestado à população.

É inegável que a construção do SUS, a implantação da LDB e as mudanças no mundo do trabalho vêm incrementando os setores da educação e da saúde com processos coletivos de discussão, redefinição de papéis, criação de novo arcabouço jurídico, alterações nos currículos e projetos pedagógicos escolares, no sentido de melhorar a qualidade da formação de recursos humanos em saúde.

Essa mudança requer sustentabilidade operacional, vontade política e novos arranjos tecnológicos para sua constituição e governança, merecendo também intenso debate acadêmico nas áreas da saúde e da educação, já que os profissionais a serem formados deverão ter, em sua graduação, enfoques direcionados às demandas da própria sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise preliminar deste relato de experiência evidencia o PET-Saúde e sua implantação em uma universidade pública e desvela os fatores potencializadores e dificultadores. Recomendam-se estudos avaliativos para medir o impacto de forma mais abrangente. Considera-se, entretanto, que a implantação do PET-Saúde possui visibilidade na satisfação acadêmica e no serviço, e contribui para a transformação das práticas de saúde no contexto da APS, tendo em vista as ações desenvolvidas pelos estudantes e preceptores junto à comunidade, tais como visitas domiciliares, atendimentos individuais, ações de educação em saúde com grupos operativos – tabagismo, diabetes, hipertensão, aleitamento materno, entre outras. Tais ações favorecem o acolhimento e o atendimento humanizado na prestação de serviços à população nos territórios que desenvolvem o programa.

Os resultados da experiência de implantação do PET-Saúde permitem visualizar outro aspecto importante do programa na prática: a possibilidade de integração ensino-serviço, visando reorientar a formação profissional na área da saúde, o que permitiu adotar ações interdisciplinares e multiprofissionais no território das equipes de saúde da família. O contato sistemático com a comunidade promoveu a troca de experiências em processo crítico e de mútua aprendizagem e uma atuação de acordo com as diretrizes da atenção básica no SUS. Permitiu, ainda, que os estudantes conhecessem com mais afinco a realidade de sua clientela e identificassem situações-problema para propor intervenções resolutivas. Nesse sentido, observa-se o grau de satisfação dos participantes como “muito satisfeito”.

O desenvolvimento de ações conjuntas na iniciação científica e na prática com iniciação ao trabalho tem sido propiciado por meio do estímulo à atuação interdisciplinar da equipe multiprofissional. Nesse processo, observamos estudantes motivados, participativos e ávidos em aprimorar sua performance profissional. Dessa forma, é importante destacar as contribuições de Snyders³² para a educação, em que os educadores devem resgatar a “alegria na escola”.

A universidade precisa dar o exemplo, ousar construir o futuro. Inovar é mais importante do que reproduzir com qualidade o que existe. A matéria-prima da escola é sua visão do futuro. As Instituições de ensino superior enfrentam o desafio de mudar a lógica da construção do conhecimento, pois a apren-

dizagem é um ato contínuo ao longo da vida. Por dedicarem grande parte de suas vidas ao processo ensino-aprendizagem, os professores e estudantes devem ser felizes nesse ato. A felicidade na escola não é uma questão de opção metodológica ou ideológica, mas, sim, uma obrigação essencial dela. Para isso, precisa-se de uma nova “cultura da satisfação” e da “alegria cultural”³² (p. 5). O mundo de hoje é “favorável à satisfação”, e a escola também pode sê-lo³³.

A implantação do PET-Saúde constitui um avanço rumo aos pressupostos das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação na área da saúde, representando uma proposta inovadora para a consolidação do SUS na reorganização do modelo pela estratégia de saúde da família. Concluiu-se que o programa apresenta potencial para a transformação da realidade local e do SUS, visto que há possibilidades de superar os desafios apresentados.

Apoio: Ministério da Saúde e Ministério da Educação, que, por meio do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), durante o desenvolvimento deste estudo, forneceram bolsas de apoio ao Desenvolvimento da Graduação em Áreas Estratégicas para o SUS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União. Brasília, 23 dez. 1996; Seção 1, p. 27833-41.
2. Sanchez HF, Drumond MM, Vilaça EL. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(2):523-31.
3. Feuerwerker LCM. Educação dos profissionais de Saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Rev ABENO*. 2003;3(1):24-7.
4. Gil CRR, Turini B, Cabrera MAS, Kohatsu M, Orquiza SMC. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(2):230-9.
5. Haddad AE, Campos FE, Freitas MSBF, Brenelli SL, Passarella TM, Ribeiro TC. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. *Cad ABEM*. 2009;5:6-12.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET – Saúde. Brasília; 2008.
7. Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens. Diário Oficial da União. Brasília, 1 jul. 2005; Seção 1, p.1.

8. Brasil. Lei nº 11.180, de 23 de setembro de 2005. Institui o Programa de Educação Tutorial – PET e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 26 set. 2005, p.1.
9. Moretti-Pires RO, Bueno SMV. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(4):439-44.
10. Brasil. Portaria Conjunta nº 3, de 30 de janeiro de 2009. Homologa o resultado do processo de seleção dos Projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 2 fev. 2009.
11. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Brasília: MS; 2007.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde para os cursos de graduação da área da saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 27 nov. 2007, Seção1, p. 44.
13. Merhy EE, Onocko R, org. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
14. Pereira JG, Fracolli LA. A contribuição da articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: a perspectiva dos docentes. *Rev Latino-Am Enferm.* 2009;17(2):167-73.
15. Tempiski P, Borba M. O SUS como Escola. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(3):319-20.
16. SiCKO – S.O.S saúde. Direção e Roteiro: Michael Moore. Estados Unidos: TWC, 2007. DVD (123min).
17. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP; 2009.
18. Oliveira MC. Os modelos de cuidados como eixo de estruturação de atividades interdisciplinares e multiprofissionais em saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(3):347-55.
19. Stafield B. Atenção primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
20. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária Seminário do Conass para a construção de consensos. Brasília: CONASS; 2004. (Conass documenta, 2)
21. Arouca S. A reforma sanitária brasileira. *Radis*, 1998;11:2-4.
22. Ceccim RB, Pinto LF. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Rev Bras Educ Med.* 2007;31(3):266-77
23. Silva MS, Vasconcelos SD. Extensão universitária e formação profissional em Biologia: avaliação da experiência da Universidade Federal de Pernambuco. *Est Aval Educ.* 2006;33(17):119-36.
24. Santomé JT. Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado. Porto Alegre: ArtMed; 1998. 275p.
25. Leite JCA. O trabalho da enfermeira na equipe de saúde da família: em busca da interdisciplinaridade. Belo Horizonte; 2001. Dissertação [Mestrado] - Escola de Enfermagem/UFMG.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa de saúde da família. Brasília: MS; 2001.
27. Batista N, Batista SHB, Goldenberg P, Seiffert O, Sonzogni MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais de Saúde. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(2):147-61
28. Nogueira MI. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(2):262-70
29. Ceccim RB, Feuerwerker LC. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(5):1400-10.
30. Camelo SHH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família. *Cienc Cuid Saúde.* 2008;7(1):45-52.
31. Ceccim RB. Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. *Estud Univ.* 2007;33(1): 29-48.
32. Snyders G. A alegria na escola. São Paulo: Manole; 1988.
33. Gadotti M. Perspectivas atuais da educação. São Paulo Perspec [periódico na Internet]. 2000 [acesso 29 jan 2010];14(2):4-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spp/v14n2/9782.pdf>.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram da construção e das análises e reflexões deste relato de experiência e são autores do texto deste artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maisa Tavares de Souza Leite
Rua Luxemburgo, 155
Bairro Ibituruna – Montes Claros
CEP 39408-053 – MG
E-mail: mtsiv@terra.com.br