

O DESENVOLVIMENTO DO PET-SAÚDE NA PERCEPÇÃO DOS ATORES ENVOLVIDOS

Health Work Education Program development as perceived by the actors involved

Sílvia Rocha Tonhom¹, Maria José Sanches Marin²,
Maria Yvette A. Dutra Moravcik³, Priscila Gonçalves Josepetti Santili⁴, Márcia Regina Ramos⁵,
Luzmarina Ap. Doretto Bracciali⁶, Celeste Maria Bueno Mesquita⁷

RESUMO

Visando a mudanças articuladas entre a forma de ensinar e de cuidar, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Educação pelo Trabalho (PET) e a Faculdade de Medicina de Marília (Famema) foi contemplada com nove propostas para Saúde da Família, duas de Vigilância à Saúde e uma para Saúde Mental. No presente estudo, propõe-se verificar os resultados obtidos bem como a percepção dos sujeitos envolvidos nesse processo. Trata-se de um estudo que se utiliza de análise documental, bem como das modalidades de pesquisa qualitativa e quantitativa. Os resultados apontam para avanços na formação e na qualificação profissional para trabalhar em consonância com os pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS), no preparo para trabalhar em grupo e com grupos e para a utilização do método científico na prática cotidiana. No entanto, consideram-se fragilidades na gestão e organização dos serviços a falta de comprometimento de alguns integrantes, além da necessidade de avançar no desenvolvimento de ações junto à comunidade e na sua institucionalização. Considera-se que o PET-Saúde contribui para um novo olhar para a formação e cuidado em saúde, no entanto, ainda se coloca a necessidade de ampliação e consolidação de diretrizes, com vistas a trilhar uma trajetória diferenciada.

PALAVRAS-CHAVE: Ensino; Serviços de Saúde para Estudantes; Formação de Recursos Humanos; Atenção à Saúde.

ABSTRACT

To establish coordinated changes between the manner of teaching and of providing care, the Ministry of Health launched the Health Work Education Program, and the Marília Medical School (Famema) was given nine proposals for Family Health, two of them for Health Surveillance and one for Mental Health. Using documentary analysis as well as qualitative and quantitative research, our intent was to verify both the results obtained and the perception of the individuals involved in this process. In terms of the aims of the Unified Health System, the results show advances in professional training and qualification for such work, in preparing to work in groups and with groups, and toward using the scientific method in daily practice. However, management and services organization, and non-committed members were pointed out as weaknesses, plus the need to advance on the development of community actions and their institutionalization. In this way, the Health Work Education Program contributes to a new perspective on professional training and health care practice, although expansion and consolidation of guidelines are required to tread a differentiated path.

KEYWORDS: Teaching; Student Health Services; Human Resources Formation; Health Care.

¹ Docente da Disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva da Famema. Tutora do Pet-Saúde da Família. Faculdade de Medicina de Marília. E-mail: siltonhom@gmail.com.

² Docente dos Cursos de Enfermagem e Medicina da Faculdade de Medicina de Marília. Coordenadora do Pet-Saúde. Faculdade de Medicina de Marília.

³ Docente do Curso de Medicina e Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília - Famema.

⁴ Cirurgiã-Dentista da Secretaria Municipal de Saúde de Marília. Preceptora do Pet-Saúde.

⁵ Enfermeira do Caps-AD da Famema. Preceptora do Pet-Saúde Álcool e Drogas. Faculdade de Medicina de Marília.

⁶ Docente dos Cursos de Enfermagem e Medicina da Famema. Tutora do Pet-Vigilância à Saúde. Faculdade de Medicina de Marília.

⁷ Docente do Curso de Medicina da Famema. Tutora do Pet-Saúde. Faculdade de Medicina de Marília.

INTRODUÇÃO

Ao ser designada, na Constituição Federal, uma proposta diferenciada e inovadora para o sistema de saúde brasileiro, o país assume grande compromisso e o desafio de postular diretrizes capazes de fazer valer um modelo de atenção pautado nos princípios e diretrizes do que se denominou Sistema Único de Saúde (SUS).¹

Com a finalidade de avançar nessa perspectiva, foram lançados dispositivos legais, como a Lei Complementar da Saúde – 8.142/90, Normas Operacionais Básicas – NOB, Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS, Portaria 399 – Pacto pela Saúde 2006 e, mais recentemente, a Portaria Ministerial GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080, dispondo principalmente sobre a organização das redes e a articulação interfederativa. Tais diretrizes, embora não sejam garantias da efetividade do modelo, norteiam e incentivam as mudanças necessárias.

O atual contexto de impulsões e iniciativas pressupõe mudanças na forma de agir e pensar frente ao preponderante modelo de cuidado à saúde das últimas décadas. Esse modelo, que se mostrou fortemente estruturado na fragmentação, nos aspectos biológicos, na doença e na alta tecnologia, mesmo que hegemônico no imaginário dos sujeitos envolvidos no processo de atenção à saúde, torna-se insuficiente e inadequado aos preceitos da integralidade, acesso, humanização e equidade propostos pelo SUS.

Para avançar, o principal desafio encontra-se na necessidade de mudanças na formação dos profissionais de saúde, visando atender às reais necessidades dos serviços de saúde. Dentre a problemática imposta à formação, destacam-se a desarticulação e a dicotomia entre ensino e serviço. Nesse contexto, o SUS é considerado um espaço privilegiado para o desenvolvimento do processo de aprendizagem e da prática profissional. Algumas estratégias vêm sendo propostas no sentido de estimular a parceria entre serviços de saúde e academia e avançar frente a uma nova proposta de mudanças dos cenários de prática e de formação profissional.

No início da década de 90, com o apoio logístico e de fomento da Fundação Kellogg, foi efetivado o Projeto UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde). Esse movimento, que contemplou algumas universidades do país, foi pautado pela reorganização do setor saúde e visava estimular e apoiar os projetos com base comunitária, favorecendo avanços na educação dos profissionais de saúde, na reforma do setor saúde, com forte participação da comunidade nas decisões que inter-

ferem em sua qualidade de vida.² Privilegiou o fortalecimento da parceria entre ensino e serviços de saúde e a comunidade, considerando-a como alicerce para o processo de transformação da formação e das práticas em saúde.

Entendendo que existia, ainda, uma lacuna significativa entre a orientação na formação dos profissionais da saúde e a realidade social e epidemiológica da população, o Governo Federal criou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, objetivando 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 na prestação de serviços à população. Sendo assim, busca-se um deslocamento da assistência individual, focada nas especialidades, para um processo que leve em conta as dimensões sociais, históricas, econômicas e culturais da população.³ Em 2008, por meio da Portaria Interministerial nº 1.802, foi instituído o PET-Saúde, que representa uma importante estratégia de fortalecimento da articulação ensino/serviço e guarda estreita relação com as ações do Pró-Saúde.⁴

Em conformidade com essas propostas, a Famema, em seus cursos de graduação em Enfermagem e Medicina, vem promovendo constante desenvolvimento curricular, que se caracteriza pela integração tanto entre as disciplinas como entre ensino/serviço e teoria/prática. Essa construção conta, ainda, com a utilização de metodologias ativas de aprendizagem.

Concomitantemente às mudanças ocorridas no ensino, houve reestruturação dos serviços de Atenção Básica à Saúde no município de Marília, com a implantação de 32 Equipes de Saúde da Família, visando atuar na lógica da Vigilância à Saúde. Com isso, as unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) passaram a ser um espaço privilegiado para o ensino e também para a transformação da prática profissional.

Destaca-se que, para caminhar nessa direção, desde a década de 80, a Famema e a Secretaria Municipal de Saúde de Marília (SMSM) vêm construindo estreita parceria com o projeto de integração docente/assistencial, fortalecido, posteriormente, com o projeto UNI-Marília. O projeto FAMEMA Século XXI, vinculado ao Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), incorporou mais efetivamente a inserção de docentes e estudantes nos serviços locais de saúde, passando a desenvolver a maior parte das atividades educacionais da primeira, segunda e quarta séries dos cursos de Medicina e de Enfermagem, em Unidades de Saúde da Família do município. Mais recentemente, esse movimen-

to vem sendo fortalecido por outros projetos vinculados ao Ministério da Saúde (MS), quais sejam, o Pró-Saúde e o PET-Saúde, por meio dos quais se mantém o fortalecimento da integração ensino-serviço, com ênfase nas ações educativas voltadas para a promoção da saúde.

No Edital do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde 2009/2010), a Famema foi contemplada com oito propostas, sendo desenvolvidas temáticas relacionadas à integralidade da atenção, participação social, saúde do homem, cuidados de higiene, sexualidade nas escolas e necessidades de saúde da comunidade.

Nesse momento, além de ações envolvendo a comunidade, os grupos de trabalho elaboram diagnósticos de aspectos da situação de saúde do município, evidenciando a necessidade de intervenção, principalmente no que se refere à educação em saúde voltada para a melhoria das condições de vida da população e autonomia dos sujeitos.

Frente a esse cenário, observa-se que o PET-Saúde representa um importante movimento, uma vez que vem cumprir seu papel na consolidação do uso de metodologias ativas de aprendizagem, possibilitando reflexão crítica sobre a realidade, com vistas à sua transformação, pautando-se nos princípios e diretrizes do SUS. Além disso, também representa uma oportunidade ímpar de estreitamento da parceria com a SMSM, para promover a articulação ensino e serviço e desenvolver a formação profissional com vistas ao fortalecimento do SUS.

Embora se tenham conseguido alguns avanços na proposição de mudanças no modelo de atenção à saúde do município, ainda são muitos os obstáculos encontrados, destacando-se a excessiva demanda por procedimentos médicos, a falta de preparo dos profissionais para lidar com as ações de promoção da saúde, a dificuldade de adesão da população às ações educativas e a baixa representatividade da comunidade nos processos decisórios.

Diante dos dados produzidos nas oito propostas desenvolvidas no PET-Saúde e das dificuldades das equipes em implementar ações de educação em saúde, com vistas a promover a autonomia dos sujeitos, no PET-Saúde 2010/2011 foi proposta, como eixo norteador dos projetos de pesquisa, a “educação em saúde”, considerando-se que as ações educativas emergem como ferramentas essenciais na consolidação da ESF. Tais ações incentivam a autoestima e o autocuidado, por meio de reflexões que conduzem a modificações nas atitudes e comportamentos, além de aumentar a participação dos sujeitos e da coletividade na modificação dos determinantes do processo saúde-doença.⁵

Propondo-se o diálogo aberto entre os usuários, serviços e academia, de maneira interdisciplinar, visando à melhoria da qualidade da gestão, da atenção à saúde e da pro-

dução de conhecimento, além de modificar a compreensão do conceito saúde e fortalecer o controle social, para o PET-Saúde 2010/2011 foram propostos os seguintes objetivos: desenvolver ações educativas no âmbito individual e coletivo; realizar educação permanente dos profissionais dos serviços; desenvolver a formação dos estudantes na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde e produzir e divulgar o conhecimento científico voltado às necessidades da atenção básica. Para o desenvolvimento das propostas do PET-Saúde 2010/2011, fez-se a opção pelo método da pesquisa-ação, por ser uma modalidade de construção de novos caminhos de intervenção coletiva, orientada pelo diálogo entre os atores envolvidos.

Nesse projeto, a Famema, como já foi dito, foi contemplada com oito propostas em parceria com a SMSM e um projeto construído na mesma lógica, em parceria com a Secretaria Municipal de Garça (SMSG), já que, a partir de 2010, os serviços de atenção básica desse município também passaram a ser cenário de aprendizagem para os estudantes da 4ª série dos Cursos de Medicina e Enfermagem, bem como da residência médica.

Em junho de 2010, por meio do Edital PET-Vigilância em Saúde, mais duas propostas foram aprovadas, com as temáticas: “Mortalidade infantil” e “Uso de medicamentos na população idosa”, além de mais uma proposta, “Prevenção de danos aos usuários de álcool e drogas ilícitas”, contemplada no PET-Saúde Mental.

Assim, considerando-se os três anos da trajetória do PET-Saúde em prol da construção de uma nova forma de cuidar e de ensinar, que se pauta na aprendizagem pelo e para o trabalho, envolvendo os atores da academia e dos serviços de saúde da atenção básica, propõe-se a realização do presente estudo, com a finalidade de evidenciar os resultados obtidos, bem como a percepção dos sujeitos envolvidos nesse processo.

Objetivos

- Caracterizar os principais resultados alcançados no desenvolvimento das propostas do PET-Saúde.
- Analisar a percepção dos sujeitos envolvidos no processo (tutores, preceptores e estudantes) quanto ao desenvolvimento do PET-Saúde.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo que utiliza análise documental, bem como as modalidades de pesquisa qualitativa e quantitativa, para analisar o desenvolvimento das propostas do

PET-Saúde da Famema, em parceria com a SMSM e com a SMSG.

Local

A Famema é uma instituição estadualizada que oferece anualmente 40 vagas no Curso de Enfermagem e 80 no de Medicina e, há mais de dez anos, adota uma nova concepção pedagógica, pautada no currículo integrado e nas metodologias ativas de aprendizagem. Para o desenvolvimento dos currículos atuais dos Cursos de Enfermagem e Medicina, a Famema mantém parceria com a SMSM e SMSG, com as quais compartilha não só a estrutura, mas o processo de trabalho, por meio da inserção dos profissionais do serviço na construção e no desenvolvimento curricular e no acompanhamento dos estudantes. Docentes e estudantes também participam do processo de trabalho das unidades de saúde, de forma a favorecer discussões e reflexões para a construção de um novo modelo de atenção.

População

O PET-Saúde é desenvolvido na instituição desde 2009 e conta, atualmente, com a participação de 192 integrantes no PET-Saúde da Família, sendo dez tutores, 54 preceptores, 108 estudantes bolsistas e 20 estudantes não bolsistas. O PET-Vigilância em Saúde conta com 37 integrantes, sendo um coordenador, quatro tutores, seis preceptores e 24 estudantes. Integram o PET-Saúde Mental um tutor, três preceptores 12 estudantes, sendo assim, 16 integrantes. No total, participam dos projetos PET 245 integrantes.

Amostra e procedimento

Para a realização da análise documental, foram utilizados os relatórios semestrais dos três projetos existentes na instituição (PET-Saúde da Família 2009/2010 e 2011/2012, em parceria com a SMSM, PET-Saúde da Família 2010/2011, em parceria com a SMG, PET-Vigilância em Saúde e PET-Saúde Mental), num total de nove relatórios. A partir dos relatórios, são identificadas as ações junto à comunidade, atividades de Educação Permanente (EP) com as equipes de saúde e a produção científica.

O componente qualitativo foi desenvolvido a partir da realização de grupos focais, sendo dois grupos com os estudantes, um com os preceptores e um com os tutores, selecionados aleatoriamente. Participaram de cada grupo focal de oito a

dez integrantes.

A técnica de grupo focal possibilita a expressão da subjetividade dos sujeitos da pesquisa, manifestando suas vivências e experiências no campo em estudo, por meio do relato verbal e discussões em um grupo. As sessões contaram com um coordenador/facilitador com experiência na técnica, que conduziu o grupo, colocou as questões disparadoras e manteve o foco para o objetivo da pesquisa. A execução do grupo focal contou, também, com um moderador, que se encarregou das gravações e do conforto dos participantes.⁶ A questão norteadora versou sobre o significado do PET-Saúde para o processo de formação profissional, para a comunidade e para os serviços de saúde. As falas dos participantes foram gravadas em gravador digital, com posterior transcrição.

O aspecto quantitativo incluiu a avaliação de 16 assertivas por meio da escala de Likert, relacionadas ao significado do PET-Saúde para o processo de formação profissional, para a comunidade e para os serviços de saúde. Esse instrumento foi encaminhado à totalidade dos integrantes do PET-Saúde, sendo que a ele responderam 124 participantes, o que representa 50,6% do total de integrantes dos projetos.

Análise dos dados

A análise documental foi pautada em critérios de resultados, considerando-se as ações junto à comunidade, de EP com as equipes de saúde e a produção científica dos projetos. Os dados foram apresentados de forma descritiva.

A análise dos dados qualitativos foi guiada pela hermenêutico-dialética, buscando entender os significados subjacentes às narrativas, por meio da compreensão do sentido dos fatos que compuseram a dinâmica do processo vivenciado.⁷

A análise hermenêutico-dialética compreende as seguintes etapas: leitura compreensiva do contexto em que os dados são gerados, criação de estruturas de análise em que se buscam ideias que subjazem aos textos, identificação dos sentidos mais amplos, caminhando em um movimento de síntese, por meio da construção de possíveis significados.⁷

Os dados quantitativos estão dispostos em forma de quadro, utilizando-se a estatística descritiva.

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa que envolve Seres Humanos da FAME-

MA, Parecer nº. 174/12, e todos os participantes foram esclarecidos a respeito do propósito da investigação e as-

sinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Quadro I, se observa que, em quase todos os itens avaliados, houve uma tendência para avaliação positiva, especialmente nos itens 1, 4, 10 e 15, em que as opções

‘Concordo’ ou ‘Concordo totalmente’ foram assinaladas por 90% ou mais dos participantes do estudo. Por outro lado, para os itens 12, 13 e 16, mais da metade dos participantes manifestou que o PET foi indiferente.

Quadro 1 - Distribuição das contribuições do PET–Saúde para a formação profissional, comunidade e equipe, de acordo com o percentual de respostas dos participantes no instrumento quantitativo (Escala de Likert). Marília, 2012.

QUESTÕES	1*	2*	3*	4*	5*
	%	%	%	%	%
1. Capacitam o estudante para trabalhar em equipe.	-	0,8	0,8	63,7	34,7
2. Sensibilizam o estudante para atuação como futuro profissional em equipe de Saúde da Família	0,8	4,8	28,2	45,2	21,0
3. Possibilitam ao preceptor o desenvolvimento da habilidade de busca ativa de conhecimentos necessários à transformação da prática profissional.	-	2,4	11,3	54,0	30,7
4. Possibilitam o reconhecimento de como utilizar métodos ativos de aprendizagem.	-	-	6,45	62,9	30,6
5. Capacitam o preceptor para trabalhar em equipe.	0,8	4,8	28,2	45,2	21,0
6. Possibilitam a produção e divulgação do conhecimento voltado para a atenção básica.	-	-	12,2	50,0	37,9
7. Contribuem para a compreensão da integralidade do cuidado.	2,4	5,7	45,2	19,4	27,4
8. Favorecem a educação permanente dos profissionais da saúde.	-	1,6	15,3	61,3	21,0
9. Contribuem para que a equipe conheça melhor as necessidades das pessoas, das famílias e da comunidade.	-	0,8	15,3	61,3	22,6
10. Possibilitam a aproximação dos profissionais de diferentes áreas de formação (enfermeiro, dentista e médico) e os estudantes, nos cenários de atenção à saúde.	-	0,8	7,26	58,9	33,1
11. Desenvolvem ações com outros setores da comunidade, como escolas, setor de urbanização, Secretaria de Bem-Estar e outros.	-	10,5	14,5	50,0	25,0
12. Tornam possível a interdisciplinaridade.	3,2	10,5	66,1	19,4	0,8
13. Contribuem para a mudança das práticas profissionais e da organização do trabalho.	4,0	15,3	57,2	22,5	0,8
14. Contribuem para a consolidação do Sistema Único de Saúde.	-	8,1	26,6	50,0	15,3
15. Possibilitam a compreensão e o desenvolvimento dos passos do método científico.	-	1,6	3,2	55,6	39,5
16. Desenvolvem ações educativas junto à comunidade.	3,2	2,1	49,2	33,9	1,6
*1. Discordo totalmente; 2. Discordo; 3. Indiferente; 4. Concordo; 5. Concordo totalmente.					

Fonte: dados da pesquisa.

A análise documental realizada a partir dos relatórios semestrais dos três projetos PET em questão revela que a parceria tem favorecido tanto os serviços de saúde como a instituição formadora. As atividades de EP junto às equipes de saúde foram desenvolvidas pela maioria dos projetos, contemplando planejamento de ações aos usuários hipertensos, de ações educativas relacionadas à higiene da comunidade, além de reflexões acerca da integralidade do cuidado e da participação social. Atividades relacionadas à educação em saúde junto à comunidade foram desenvolvidas por todos os projetos, conforme os objetivos definidos, sendo sinalizado o desenvolvimento de parcerias intersetoriais, quando a situação assim exigiu. Destacam-se, nessa perspectiva, as ações sobre sexualidade junto à Secretaria da Educação, além de parcerias com secretarias municipais, como as do Meio Ambiente, Planejamento e Obras, Urbanismo e Arquitetura, ONG's, Clube de Serviços – Lions e com a Associação Industrial e Comercial da cidade, com a finalidade de desenvolver ações voltadas para a higiene de uma população carente. Para a tomada de decisão, algumas propostas também contaram com a participação do conselho local.

Identificam-se conquistas relacionadas à promoção de eventos relacionados ao combate à dengue: “PET – Famema contra dengue” e “Concha acústica” – evento sobre dengue no município de Garça, e a organização de três Mostras PET–Saúde, relacionadas aos trabalhos desenvolvidos na Atenção Básica/Saúde da Família, realizadas anualmente de 2010 a 2012.

Considerando a oportunidade de divulgação da produção científica, destaca-se a apresentação de 73 trabalhos na I Mostra, 32 na II Mostra, que ocorreu de forma articulada com a 2ª Mostra Municipal de Produção em Atenção Básica/Saúde da Família, e 62 trabalhos na III Mostra. Além disso, foram apresentados trabalhos em eventos externos e de repercussão nacional. Nessas apresentações, duas pesquisas obtiveram premiação de menção honrosa. Há, também, quatro trabalhos já publicados em periódicos qualificados, um com a aprovação e outros que foram encaminhados para periódicos nacionais e que se encontram em fase de avaliação.

Na análise qualitativa, elaboraram-se quatro núcleos de sentido, os quais evidenciam que o PET–Saúde teve um caminhar de avanços e, ao mesmo tempo, de dificuldades e desafios que postulam necessidades de enfrentamentos.

NÚCLEO DE SENTIDO 1 - O PET–Saúde contribui para a formação e qualificação profissional, por meio da aproximação da academia com a comunidade e equipe de saúde, com os aspectos coletivos da atenção à saúde, preparo para trabalhar

em grupos e com grupos.

Acredita-se que a superação das dificuldades encontradas na construção de um novo modelo de atenção à saúde está na formação e na qualificação de profissionais capazes de desempenhar um papel condizente com as novas necessidades das práticas em saúde.¹⁰ No artigo 200 da Constituição Federal, definem-se, entre outras atribuições, as competências do SUS em relação ao ordenamento de formação de recursos humanos e, a partir daí, muitas propostas têm ocorrido, no sentido de se consolidar tal compromisso.

Como condição básica para se avançar nessa construção, coloca-se a integração ensino e serviço, que pressupõe a transformação do ensino e do cuidado por meio da reflexão sobre a realidade da atenção à saúde, tendo como diretriz o compromisso de efetivação dos princípios do SUS:

“...ele favoreceu muito uma aproximação da academia com os serviços de saúde, e também com a comunidade...” (T-E1).

“...eu acho que assim a gente está o tempo todo aprendendo, lendo, vendo coisas novas e isso só reverte em melhoria do nosso trabalho; o meu, por exemplo [...]” (P-E2).

“...eu acho que o PET me ajudou bastante nisso de voltar a estudar [...] a tutora sentou com a gente, foi estudar educação e saúde [...] com o passar do tempo, a gente perde o estímulo” (P-E9).

Para favorecer a formação de sujeitos com visão ampliada de saúde, ativos e comprometidos com a transformação da realidade, considerando a complexidade que a caracteriza, faz-se necessário introduzir novas formas de organizar e produzir o conhecimento, até então representadas pela disciplinaridade, fragmentação do objeto e crescente especialização.¹¹

Nos propósitos e diretrizes do SUS, está implícita uma lógica de atenção pautada em um conceito de saúde que envolve diferentes determinantes e condicionantes e, dessa forma, amplia-se a visão do cuidado em saúde, considerando-se que deve ser desenvolvido na lógica da integralidade, o que demanda novas formas de agir e pensar. No entanto, para que isso ocorra, é preciso investimentos na transformação dos processos de trabalho em saúde e da formação profissional.

Para os participantes do estudo, o PET–Saúde contribuiu para a construção dessa nova lógica, pois os preparou para trabalharem os aspectos coletivos do cuidado em

saúde, para o trabalho em grupo e com grupos, conforme as falas seguintes:

“...interessante é que ele estimula e nos dá embasamento ao olhar coletivo, porque falta muito esse olhar coletivo [...] de certa forma, a equipe é estimulada à participação; então, eu acho que esse projeto o PET tem a contribuir na questão profissional, individual, equipe, coletivo...” (P-E8).

“...com relação ao trabalho em grupo [...], quando a gente trabalha em pequenos grupos, a gente acaba aperfeiçoando um pouco mais o lidar com os grupos que é o nosso foco...” (P-E8).

Na Atenção Básica, o trabalho em equipe constitui o eixo estruturante da organização e gestão do processo de trabalho. Por isso, deve-se privilegiar o *“refinamento comunicativo e relacional”*,^{8-p.23} uma vez que atuar nesse cenário requer habilidades de negociação e pactuações, pois se trata de um contexto de grande complexidade e diversidade, que exige *“uma prática reflexiva dos profissionais para lidar com situações não capturadas pela lógica biomédica”*.^{8-p.42}

Agrega-se a isso o desenvolvimento de ações coletivas consideradas *“como a construção conjunta do diagnóstico (processo de territorialização), atividades de promoção da saúde, de participação e controle social, de educação em saúde e ações intersetoriais”*.^{9-p.3} Embora tais ações não devam ser consideradas como opostas ao cuidado clínico individualizado, pois as duas perspectivas se apresentam em constante entrelaçamento, elas são consideradas estratégicas na construção de um novo modelo de atenção à saúde.

É possível que o PET–Saúde, ao envolver atores de diferentes cenários em prol de uma construção que ultrapassa o cuidado à doença na lógica individual, tenha feito esses atores despertarem para as possibilidades de uma atuação profissional pautada na interdisciplinaridade, incluindo necessidade de aquisição de habilidades afetivas, especialmente o respeito e a consideração pelos diferentes saberes e visões de mundo.

NÚCLEO DE SENTIDO 2 - O PET–Saúde auxilia a compreensão dos métodos de pesquisa, a possibilidade de produção e divulgação do conhecimento e de experiências e a institucionalização dessa lógica nas atividades cotidianas.

Qualquer que seja a modalidade de pesquisa, ela pauta-se no método científico e é colocada como uma necessidade no processo de formação e de atuação profissional. Ao se utilizar o método científico nas atividades cotidianas, é possível uma maior compreensão da realidade,

devido à busca de respostas para as indagações com que constantemente os profissionais se deparam. Nessa perspectiva, Demo^{12-p.34} considera a pesquisa como uma atitude, um *“questionamento sistemático, crítico e criativo, mais a intervenção competente na realidade, ou o diálogo crítico permanente com a realidade em sentido teórico e prático”*.

A construção do trabalho científico implica, pois, a superação da percepção superficial e aparente do mundo que nos cerca. Busca-se, portanto, ultrapassar os fatos, desvelar processos, explicar e descrever, com consistência e plausibilidade, fenômenos a partir de determinado referencial.¹³

No entanto, essa atividade representa um desafio, por exigir um raciocínio lógico além da perspectiva de acréscimos ao conhecimento, o que parece distante do cotidiano dos profissionais e estudantes. Para Baggio,¹⁴ algumas vezes, a educação profissional coíbe a criatividade e a individualidade dos estudantes, por oferecer uma alternativa formal às necessidades e uma aquisição passiva de conhecimentos.

Tais aspectos são reconhecidos pelos participantes do estudo, o que se observa nas falas seguintes:

“...na hora que a gente começa a se esquematizar, a gente vê a importância dessa sistematização ser feita na produção científica [...] eu acho que, quando a gente se preocupa em trabalhar com pesquisa-ação, eu acho que tem assim um envolvimento muito grande com o serviço...” (T-E1).

“Eu acho que o PET contribuiu muito para um aprendizado que não está muito na nossa prática que é em relação à pesquisa. Isso suscitou bastante, tanto que hoje quem está no PET tem muita facilidade e vontade de desenvolver as pesquisas que a gente faz nas unidades também, não só aqui...” (P-E2).

“...eu comecei a aprender a fazer ciência com o PET e, depois do PET, com outros trabalhos, [...] (E-E1).

Na ótica dos sujeitos envolvidos, portanto, o PET–Saúde vem cumprindo a proposta de envolver os atores na produção do conhecimento voltado para a atenção básica. Além disso, observa-se que essa prática está sendo incorporada ao cotidiano dos serviços de saúde, por meio da apropriação do raciocínio científico pelos profissionais de saúde.

Assim, o PET–Saúde preenche uma lacuna importante na qualificação dos profissionais de saúde, os quais têm pouca aproximação com a atividade de pesquisa. Para os estudantes, embora atualmente seja requisito o desenvol-

vimento de um trabalho científico na graduação, o mesmo acontece de forma pontual e nas séries finais dos cursos, o que dificulta a sua incorporação à prática profissional e faz perpetuar o “*mito do trabalho científico*”, uma vez que eles passam a compreendê-lo como uma atividade específica dos grandes cientistas.

NÚCLEO DE SENTIDO 3 - Fragilizam o desenvolvimento do PET-Saúde a compreensão dos gestores dos serviços de saúde e a falta de comprometimento homogêneo de alguns integrantes.

As dificuldades relacionadas à gestão e à organização dos serviços de saúde levam a refletir sobre a dicotomia ensino e serviço, pois, embora os dois cenários tenham propósitos semelhantes no que se refere à qualidade do cuidado prestado em consonância com as diretrizes do SUS, as ações são desenvolvidas em uma perspectiva distinta e, muitas vezes, com finalidades imediatistas, impedindo uma construção mais sólida e estruturante.

Na fala dos participantes, se observa que a gestão dos serviços de saúde ainda não incorporou ao processo de trabalho as ações propostas pelo PET-Saúde como um aspecto que contribui para a mobilização dos atores em prol da construção de uma nova lógica de atenção, mesmo tendo participado da sua proposição e elaboração, conforme orientação do SUS.

Assim, conforme se observa nas falas que seguem, foram realizadas alterações na gestão e organização do serviço, com fechamento de unidades e mudanças de profissionais, sem considerar as necessidades do projeto. É importante destacar que, embora o município tenha dispensado esforço na implantação da ESF, os profissionais são contratados por meio de uma organização social, o que tende à precarização das condições de trabalho e à não fixação deles nas unidades. Por outro lado, esse aspecto também tem dificultado a governabilidade dos gestores do município, pois imbuída da responsabilidade trabalhista, a organização social responsável pela contratação passou a intervir nas condições de trabalho.

“...uma das coisas que atrapalha bastante é de os nossos coordenadores, muitos não, mas assim a coordenação em si, toda a coordenação do PSF não entende o que é [...] a importância desse projeto” (P-E5).

“É porque na hora que a gente faz o projeto [...] vai trabalhar com a população e aí eu não sei se foi no meu caso específico foi lá e fechou a USF passou para outro lugar e como que a gente vai trabalhar...” (E-E6).

“...do meu projeto a parceria com a secretaria de saúde, com os preceptores e com a secretaria de educação que envolve as escolas com os grêmios, com os estudantes, então tem um grande dificultador, é a não saída dos preceptores para o acompanhamento dos estudantes, né, durante as atividades...” (T-E7).

Corroborando tais dados outro estudo que analisou o processo de implementação do Programa de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde) e do PET-Saúde, que revelou a existência de relações assimétricas de poder, prevalecendo os interesses de grupos hegemônicos, nem sempre em consonância com o desejo dos atores envolvidos e com a própria proposta de formação profissional das IES.¹⁵

Estudos que analisaram a integração ensino-serviço destacam que sua efetividade demanda mudanças estruturais e funcionais significativas¹⁶ e que mudanças nas práticas assistenciais requerem a construção conjunta entre gestores, trabalhadores, docentes e estudantes.¹⁷

Pressupõe-se, dessa forma, que deve haver aproximação de sujeitos do mundo do trabalho e do ensino, dois universos que nem sempre dialogam, além de apropriação de conhecimento referente a temas como interdisciplinaridade, transversalidade e equidade, com articulação dos saberes entre os diferentes profissionais da equipe.¹⁸ Sem dúvida, esse aspecto precisa ser considerado nas pactuações de parceria ensino e serviço e compromissos efetivos precisam ser assumidos.

No que se refere ao comprometimento dos integrantes do grupo com o trabalho, considera-se que isso se estabelece com múltiplos focos, em diferentes níveis e envolve componentes afetivos, cognitivos e de ação. Dessa forma, muitos padrões de comprometimento podem emergir, quando se consideram os vínculos estabelecidos entre o sujeito e o processo a que está ligado.¹⁹

Essa discussão remete-nos ao texto de Franco²⁰ sobre as “Redes da micropolítica no processo de trabalho em saúde”, quando afirma que “*a vida produtiva se organiza pelas relações, ou melhor dizendo, conexões realizadas pelas pessoas que estão em situação, e se formam em linhas de fluxos horizontais por dentro das organizações*”. O autor explica que a forma de condução de processos é social e subjetivamente determinada e se configura como o “*agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e o cenário em que ele se encontra*”, o que precisa ser reconhecido no processo de construção coletiva.^{20-p.1}

Frente a tais considerações, compreende-se que esse comprometimento homogêneo de todos os integrantes seja uma condição idealizada. No entanto, acredita-se na necessidade de visualizar cada um dos integrantes como sujeito do processo, envolvendo a participação e aprovei-

tando as potencialidades que lhes são inerentes.

O comprometimento dos integrantes, principalmente dos estudantes, também está relacionado com os múltiplos compromissos assumidos, visto que são muitas as possibilidades de atividades extracurriculares oferecidas no meio acadêmico:

“Da nossa parte, eu acho que falta algum comprometimento de algumas pessoas do grupo, porque você combina uma coisa e faz outra coisa..” (E-E4).

“Eu acho que isso é um dos principais problemas que a gente tem com relação aos alunos, essa sobrecarga de atividades que eles têm, que nunca têm tempo suficiente para a gente fazer as coisas e a gente fica ora quebra o galho de novo ...” (P-E6).

Na busca de promover maior envolvimento no processo de integração ensino e serviço, estudo que utilizou o Planejamento Estratégico Situacional verificou que tal atividade contribuiu para apoiar a equipe no enfrentamento de problemas.²¹

É possível que essa seja uma ferramenta importante na condução desse processo, uma vez que tal procedimento subtende a definição conjunta das prioridades e intervenções, considerando os recursos disponíveis e, nesse caso, as potencialidades de cada integrante.

NÚCLEO DE SENTIDO 4 - Revela necessidades de avanços no sentido de desenvolver mais atividades junto à comunidade e de institucionalização das ações.

Neste núcleo de sentido, evidencia-se que, embora tenham ocorrido avanços na trajetória de construção de novas formas de agir dos profissionais de saúde, ainda existe uma lacuna no que se refere ao efetivo desenvolvimento de ações junto à comunidade, o que se constitui no verdadeiro desafio imposto aos serviços de Atenção Básica em Saúde.

Revela-se, também, que as tentativas de mudanças no modelo de atenção constituem movimentos que oscilam entre o modelo tradicional de cuidado e as novas propostas do SUS; sendo assim, mesmo que o direcionamento dado pelo PET tenha propiciado novos olhares, esses foram restritos a alguns integrantes da equipe de saúde, com pouco envolvimento da comunidade. Frente a essa parcialidade, é possível que ainda se leve um tempo para a efetiva incorporação das ações ao cotidiano dos serviços de saúde.

“...poderia ter avançado muito mais, ter levado muito mais coisas para a comunidade, se tivesse uma compreensão melhor...” (E-E4).

“Eu acho que a gente fez uma parte, mas o ideal para mim seria uma coisa que mudasse, ou mesmo que fosse contínua, entendeu e, por exemplo, nós não conseguimos instituir grupos que fossem contínuos; alguns sim, outros não. Tivemos frustrações” (T-E6).

“...eu acho que o salto que a gente tem que dar é incorporar isso na graduação. Não deixar de lado só projeto e muito menos a bolsa, porque na hora que acaba isso, a tendência é desaparecer. Então, qual é o salto pra ele se incorporar na graduação?” (T-E3).

Conforme indicam Franco e Merhy,²² a possibilidade de enfrentamento de obstáculos e desafios no processo de mudança do modelo assistencial requer modificações nas referências epistemológicas que sustentam as ações em saúde. Sendo assim, o estímulo proporcionado pelo PET-Saúde ainda não foi suficiente para a sua inteira incorporação.

Acrescenta-se que lidar com as necessidades de saúde da comunidade, especialmente em uma perspectiva mais ampla, reveste-se de grande complexidade, pois além de incluir a necessidade de um novo olhar dos profissionais para o processo saúde e doença, demanda, também, participação ativa da comunidade e que esses profissionais também tenham uma compreensão diferenciada desse processo.

CONCLUSÃO

No presente estudo, os dados obtidos por meio das modalidades qualitativas e quantitativas apresentaram-se como complementares. Os dados quantitativos revelaram que os aspectos mais positivos referem-se ao desenvolvimento do raciocínio científico, à aproximação dos profissionais de diferentes áreas de formação, ao trabalho em equipe e ao uso de métodos ativos de aprendizagem. Em uma perspectiva aproximada, deu-se a avaliação qualitativa, quando se pontuam os avanços no processo de trabalho no que se refere ao preparo para trabalhar em grupo e com grupos, na formação e qualificação profissional para trabalhar em consonância com os pressupostos do SUS e para a utilização do método científico na prática cotidiana.

Por outro lado, os aspectos quantitativos, que foram considerados pelos participantes com pouco avanço, referem-se ao trabalho interdisciplinar, às mudanças no processo de trabalho da equipe e ao desenvolvimento de

ações junto à comunidade. Os dados qualitativos revelam fragilidades na organização e gestão dos serviços, falta de comprometimento homogêneo dos integrantes, além de reforçar que as atividades junto à comunidade são insuficientes.

Constata-se, assim, que apesar de o PET-Saúde ter contribuído para um novo olhar para a formação e cuidado em saúde, ainda se coloca a necessidade de ampliação e consolidação de diretrizes, com vistas a uma trajetória diferenciada. Acredita-se, ainda, que o estabelecimento de definições claras dos papéis e responsabilidades da academia e do serviço de saúde seja uma forma de gerar novos olhares e de dar início a negociações em prol dessa construção.

É preciso considerar que a atual proposta de atenção à saúde do SUS difere radicalmente do modelo que, por muitas décadas, prevaleceu na realidade de saúde no Brasil, sem conseguir responder adequadamente às necessidades de saúde da população. Portanto, não se pode esperar que as transformações ocorram de imediato e de forma completa, pois envolvem mudanças de paradigma e requerem uma compreensão do processo saúde e doença que se diferencia do que se encontra no imaginário das pessoas, sejam elas profissionais dos serviços, gestores, docentes, estudantes ou usuários.

Frente ao exposto, acredita-se que, com o desenvolvimento do projeto PET-Saúde da Famema, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde de Marília e Garça, iniciou-se uma trajetória importante na construção dos princípios e diretrizes do SUS, embora com desafios importantes a serem enfrentados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal; 1988.
2. Pinto LLS, Formigli VLA, Rêgo RCF. A dor e a delícia de aprender com o SUS: integração ensino-serviço na percepção dos internos em Medicina Social. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2007; 31(1):115-33.
3. Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Necessidades de saúde 1: 1ª série: Cursos de Medicina e Enfermagem. Marília: Famema; 2011.
4. Brasil. Portaria Interministerial nº 1802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-PET Saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 2008 ago. 27.
5. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
6. Morgan DL. Planning focus groups. Thousand Oaks: SAGE; 1998. [Focus Group Kit, 2].
7. Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação dos dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 185-221.
8. Albuquerque CP. Ensino e aprendizagem em serviços de atenção básica do SUS: desafios da formação médica com a perspectiva da integralidade: “narrativas e tessituras” [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social; 2007.
9. Fortuna CM, Matumoto S, Pereira MJB, Mishima SM, Kawata LS, Camargo-Borges C. O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na Estratégia Saúde da Família. *Rev Latinoam Enferm*. 2011; 19(3):581-8.
10. Merhy EE, Feuerweker LCM, Burgg Ceccim R. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colect*. 2006; 2(2): 147-60.
11. Almeida Filho, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde Soc*. 2005; 14(3):30-50.
12. Demo P. Metodologia do conhecimento científico. São Paulo: Atlas; 2000.
13. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.
14. Baggio MA. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm* [periódico na Internet]. 2006 [Citado 2011 out. 29]; 8(1): [cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm>.
15. Dias HSA. A implementação da política de reorientação da formação em odontologia: dependência de trajetória e estímulos institucionais na UFBA [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2011.
16. Santos WS. Organização curricular baseada em com-

petência na educação médica. *Rev Bras Educ Med.* 2011; 35(1):86-92.

17. Ferreira JG, Fracoli LA. Articulação ensino-serviço e vigilância da saúde: a percepção de trabalhadores de saúde de um distrito escola. *Trab Educ Saúde.* 2011; 9(1):63-75.

18. Tanji S, Silva CMS, Albuquerque VS, Viana LO, Santos NMP. Integração ensino-trabalho-cidadania na formação de enfermeiros. *Rev Gaúch Enferm.* 2010; 31(3):483-90.

19. Bastos AV; Lira SB. Comprometimento no trabalho: um estudo de caso em uma instituição de serviço na área da saúde. *O&S.* 1997; 4(9):39-64.

20. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC; 2006.

21. Vendruscolo C, Kleba ME, Krauser IM, Hillesheim A. Planejamento situacional na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(1):183-6.

22. Franco T, Merhy EE. PSF: contradições e novos desafios. São Paulo: Conferência Nacional de Saúde Online; 2000. [Citado 2011 dez. 23]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>>.

Submissão: maio/2013

Aprovação: janeiro/2014
