



Mayo 2019 - ISSN: 1988-7833

A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO COM A EXPERIÊNCIA DO PET-SAÚDE/GRADUASUS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA

Nayara Lisbôa Almeida Schonmeier¹
nayaralas@gmail.com

Cleonice Gonçalves da Rosa²
cleorosaqm@yahoo.com.br

Natália Veronez da Cunha Bellinati³
nat_cunha@hotmail.com

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Nayara Lisbôa Almeida Schonmeier, Cleonice Gonçalves da Rosa y Natália Veronez da Cunha Bellinati (2019): "A integralidade da atenção com a experiência do Pet-Saúde/Graduasus na formação em Saúde: uma revisão narrativa", Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales, (mayo 2019). En línea:

<https://www.eumed.net/rev/cccss/2019/05/experiencia-petsaude-graduassus.html>

Resumo: A integralidade da atenção propõe práticas com qualidade em todos os níveis de atenção. A formação em saúde necessita estar em consonância com o princípio da integralidade, para isso surge o Programa Educação pelo Trabalho para a Saúde/GraduaSUS (PET-Saúde/GraduaSUS), com a intenção de promover espaços de aprendizado voltados à realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) na atenção básica de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais. O objetivo desse trabalho consiste na experiência do PET-Saúde/GraduaSUS e como este auxilia no entendimento da integralidade da atenção em saúde. A integralidade emerge como eixo transversal nas práticas em saúde, desveladas pela humanização da atenção e pelo trabalho em equipe interprofissional. As experiências vivenciadas pelo PET-Saúde proporcionam o entendimento da integralidade da assistência em saúde.

Palavras-chave: Assistência integral à saúde. Humanização da assistência. Educação em Saúde.

Resumen: La integralidad de la atención propone prácticas con calidad en todos los niveles de atención. La formación en salud necesita estar en consonancia con el principio de la integralidad, para ello surge el Programa Educación por el Trabajo para la Salud / GraduaSUS (PET-Salud / GraduaSUS), con la intención de promover espacios de aprendizaje orientados a la realidad del Sistema Único de Salud (SUS) en la atención básica de acuerdo con las Directrices Curriculares Nacionales. El objetivo de este trabajo consiste en la experiencia del PET-Salud / GraduaSUS y cómo éste auxilia en el entendimiento de la integralidad de la atención en salud. La integralidad emerge como eje transversal en las prácticas en salud, desveladas por la humanización de la atención y por el trabajo en equipo interprofesional. Las experiencias vivenciadas por el PET-Salud proporcionan el entendimiento de la integralidad de la asistencia en salud.

¹ Docente no curso de Fisioterapia, Mestre em Ambiente e Saúde no Programa de Pós Graduação em Ambiente e Saúde PPGAS – Universidade do Planalto Catarinense (UNIPAC), Lages.

² Pós-Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ambiente Saúde (PPGAS) na Universidade do Planalto Catarinense

³ Docente do Programa de Pós-Graduação em Ambiente Saúde (PPGAS) na Universidade do Planalto Catarinense

Palabras clave: Asistencia integral a la salud. Humanización de la asistencia. Educación en Salud. PET-Salud. GraduaSUS

Abstract: The integrity of care proposes practices with quality at all levels of attention. Health education needs to be in line with the principle of integrality. For this purpose, the Health Education Program / GraduaSUS (PET-Saúde / GraduaSUS) is created, with the intention of promoting learning spaces geared to the reality of the Unified Health System. Health (SUS) in basic care according to the National Curricular Guidelines. The objective of this work is the experience of PET-Health / GraduaSUS and how it helps in understanding the integrality of health care. Integrity emerges as a transversal axis in health practices, unveiled by the humanization of care and interprofessional teamwork. The experiences experienced by PET-Health provide an understanding of the integrality of health care.

Keywords: Comprehensive health care. Humanization of care. Health education. PET-Health. GraduaSUS

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem impulsionando diversos avanços para seu desenvolvimento, como novas políticas institucionais, descentralização da gestão, formulação de políticas públicas e participação social. Isso tem permitido a expansão do acesso da população à saúde, com investimentos em recursos humanos e tecnologia (PAIM et al., 2011).

Os investimentos em qualificação de estudantes de graduação e pós-graduação, na preparação de futuros profissionais da saúde para a realidade do SUS, implica em profundas transformações no âmbito da Saúde Pública e formação em Saúde no Brasil (FURLANETTO et al., 2015).

A formação profissional em saúde tem sido abordada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que buscam novos modos de ensinar a ser profissional e a articular os processos educativos às realidades das vivências no trabalho (SANTOS, 2015). Para isso, as DCN têm seus princípios pautados no estímulo de práticas de estudos independentes, que encoraja o desenvolvimento de habilidades e competências fora do ambiente escolar. Estimula articulação entre teoria e prática, enfatiza os princípios e diretrizes do SUS para formar profissionais capazes de garantir a integralidade e atendimento humanizado da população (BRASIL, 2001).

Para um novo modelo de atenção à saúde, é necessário um ensino que propicie uma formação centrada na interdisciplinaridade e integralidade, responsabilidades compartilhadas entre o SUS e Instituições de Ensino Superior (IES). Com práticas que desenvolvam a qualidade de vida de usuários e humanização das relações, com condições para aprendizado mútuo e trabalho em equipe, sem o predomínio de uma profissão e sim, criando zonas de fronteiras entre os saberes em saúde (GARCIA et al., 2012).

A inserção do acadêmico nos cenários práticos de atuação em saúde possibilita o desenvolvimento de competências e habilidades, que permitem o entendimento da integralidade da assistência e a compreensão dessa dimensão para atuar em diferentes situações de contexto do trabalho em saúde (BENITO et al., 2012).

A integralidade da assistência é a percepção do sujeito articulado no seu contexto familiar, meio ambiente e à sociedade a qual interage, o que torna necessário a combinação de ações de saúde, para compreender as condições de vida da população e os fatores responsáveis pelo adoecimento e mortalidade para que sejam minimizados ou erradicados (MACHADO, 2007).

Para entender o que significa integralidade é indispensável discutir três diferentes significações do sentido da integralidade. O primeiro é o conjunto de valores e atributos de práticas profissionais de saúde, o segundo refere-se à organização dos serviços e o terceiro, são os programas governamentais às demandas em saúde (DE MATTOS, 2009; O'DWYER, MATTOS, 2013).

É necessário orientar as graduações em saúde para a integralidade visando melhoria da qualidade da atenção à saúde da população, pois uma ação uni profissional é limitada para abarcar as necessidades de um indivíduo ou população (BRASIL, 2004).

A atuação interdisciplinar em saúde pode possibilitar uma alternativa diferenciada à educação, orientada por uma ampla visão dos problemas na área da saúde e pelo entendimento de que o conhecimento interdisciplinar e as ações não se excluem, elas se cruzam (BISPO et al., 2014).

O Programa Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), instituído pela Portaria Interministerial nº 1.802 em 2008, traz a perspectiva de inserção dos acadêmicos nos cenários de prática, propondo novos modos de ensinar e aprender, de maneira interdisciplinar e integral (SANTOS, 2015).

O edital temático PET-Saúde/GraduaSUS, portaria Interministerial nº 1.127 lançado em 2015, tem como finalidade desenvolver ações entre ensino-serviço-comunidade no território para o fortalecimento dos movimentos de mudanças dos cursos de graduação em saúde de acordo com as DCN em aproximação ao SUS, envolvendo seus atores e a comunidade acadêmica. É focado na interdisciplinaridade, humanização do cuidado, integralidade da assistência e diversificação de cenários de práticas, promovendo o desenvolvimento regional no enfrentamento de problemas de saúde prevalentes (BRASIL, 2015).

Com isso, a atuação interdisciplinar e o aprendizado da integralidade da atenção pressupõem práticas em diferentes cenários, conhecimento da realidade da vida das pessoas e dos âmbitos do SUS, aperfeiçoamento da capacidade crítica. Assim, desenvolve competências gerais, independente da área de formação, problematiza saberes e práticas vigentes, para a formação habilidades específicas de cada trabalho (BRASIL, 2004).

Para incentivar as mudanças curriculares nos cursos da saúde, o PET-Saúde/GraduaSUS tem como finalidade de auxiliar e incentivar os acadêmicos na busca de amadurecimento em suas áreas de formação, no fortalecimento do SUS e na ampliação das relações entre ensino-serviço-comunidade. Além disso, incentiva o trabalho em equipe interprofissional, a formação interdisciplinar, aprendizagem significativa pautada no diálogo e colaboração, que desenvolve um futuro profissional humanista e atento às necessidades da população (BATISTA et al., 2015; MADRUGA et al., 2015).

Com base no que foi exposto, este estudo busca proporcionar o entendimento da integralidade da atenção em saúde para formação de profissionais capazes de atuar em diferentes situações de trabalho.

2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Com o advento da Constituição Federal, o SUS foi instituído para efetivar e garantir o direito a saúde da população de forma universal, integral, descentralizada e igualitária, sob a tutela do Estado na coordenação, ordenação e fiscalização das ações de saúde (BRASIL, 1990) (Figura 1).

Figura 1: Esquema dos Princípios do SUS



Fonte: BRASIL, 1990

O SUS proporcionou avanços no setor saúde pública com a garantia da integralidade da assistência, que é uma das diretrizes que norteiam o SUS e compreende uma estratégia de reorientação das práticas profissionais. A prática da integralidade é recomendada no cotidiano dos serviços de saúde reivindicada num contexto de lutas e mobilizações na década de 1980, como direito do cidadão brasileiro, legalizando-se na criação do SUS (MATTIONI et al., 2011).

A definição de integralidade da assistência em saúde se estabelece na própria consolidação do SUS, suscitados com os debates acadêmicos em saúde nos anos 60, com os termos “integração dos serviços” e “atenção integral”, contrapondo a intensa especialização médica. Com os conceitos de Medicina Preventiva, estabelece e amplia as noções das relações entre ambiente, saúde e sociedade e a Medicina Comunitária, que perpassa as relações médicas com as diferentes classes sociais e o papel do Estado na organização dos serviços médicos igualitários à população (AROUCA, 2003; DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

Com a formulação da Declaração de Alma-Ata em 1978, onde estabelece que os cuidados primários a saúde como fundamental para garantir acesso igualitário a todos os povos, por meio de políticas públicas, referindo-se à integração dos serviços mutuamente amparados e de forma progressiva, dando ênfase à atenção primária (OMS, 1978).

A atenção primária à saúde faz parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. Essas considerações estabelecem, portanto, novos rumos à construção de integralidade da assistência como diretriz do SUS (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; KALICHMAN; AYRES, 2016).

Os movimentos sociais em conjunto com profissionais da saúde, acadêmicos, sindicatos e comunidade, em contraponto as políticas públicas vigentes na década de 80, mobilizaram e impulsionaram a Reforma Sanitária, movimento este que impulsionou a luta pela universalização da saúde no Brasil expressos na VII Conferência Nacional da Saúde (ESCOREL, 1999; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A construção do SUS apresentou muitas inovações e benefícios para a sociedade, uma importante reforma de Estado, formada com base na mobilização de vastos setores sociais, em princípios e valores, ampliando as ações de saúde, intersetoriais e pautadas na integralidade (BRASIL, 2004).

Após inúmeras reivindicações por estabelecer as políticas públicas para os direitos humanos básicos, como acesso a saúde, foram tomadas providências, como a qualificação de serviços de saúde municipais, criação de diretrizes de Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo diferentes profissões e a integração das ações preventivas e curativas. Isto veio a se tornar anos depois nas diretrizes constitucionais da universalidade, descentralização, integralidade e equanimidade (DOS SANTOS, 2013).

Com a municipalização do SUS e financiamento do governo federal no início da década de 1990, iniciou a estruturação da APS com a instituição da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como reorientação do modelo assistencial à saúde. A APS tem como atribuição o acesso primário a saúde, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação à família/comunidade e competência cultural (LAVRAS, 2011; BRASIL, 2013).

A atenção básica (AB) caracteriza-se por uma série de ações de saúde, na esfera individual e coletiva, que compreende a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Tem o intuito de fomentar a integralidade da assistência por meio de trabalho em equipe direcionado a uma determinada população, avaliando as necessidades de saúde do território (BRASIL, 2012).

Mesmo com avanços na organização da APS no Brasil, ainda ocorrem entraves para que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) seja cumprida. Parte destes entraves é atribuído a questões locais da realidade de cada município, outro é o padrão cultural na sociedade e do aparelho formador, o que se constituem os principais enfrentamentos na atualidade do SUS (LAVRAS, 2011).

Atendendo a diretriz da integralidade, no modelo de assistência multidisciplinar passou a ser imperativo a quebra do paradigma hospitalocêntrico, estabelecendo uma profunda mudança cultural e reestruturação das relações para essa nova realidade (FERRIOTI, 2009).

No processo de modificação do modelo assistencial, o trabalho em equipe interdisciplinar e a inserção da família como foco de AB, deixado de lado o cuidado individualizado focado apenas na patologia, podem ser enfatizados como progressos da atenção à saúde e como contribuição da ESF para transformar o modelo biomédico de cuidado em saúde (ROSA; LABATE, 2005).

A integralidade em saúde é fundamentada no trabalho em equipe com ações interdisciplinares, isto é, a complementaridade e a interdependência das ações proporcionam ações resolutivas (VIEGAS; PENNA, 2013).

A crise atual dos sistemas de atenção à saúde é decorrente da incoerência entre a situação de saúde e a transição epidemiológica e demográfica. Como acontece com as condições crônicas, que não podem ser resolvidas de forma efetiva com ações reativas à demanda, com ênfase nas intervenções curativas, atenção centrada no cuidado profissional médico (MENDES, 2011).

No intuito de integrar e aperfeiçoar a assistência, assegurando efetivamente o acesso, foi instituída a Política de Redes de Atenção à Saúde, que organiza as ações entre os serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, integrando sistemas de apoio técnico. Com a finalidade de superar a fragmentação dos serviços, programas e ações, busca a articulação das ações de prevenção, promoção e assistência em diversos níveis de atenção na busca da integralidade da assistência (BRASIL, 2010; KALICHMAN; AYRES, 2016).

A avaliação do resultado das ações da AB baseia-se no quanto a rede foi capaz de evitar, identificar, minimizar o processo de saúde, que deve se iniciar pela AB, englobando a promoção de saúde e prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento a tempo, evitando a progressão para a atenção secundária (TANAKA, 2011).

Para entender o que significa integralidade é indispensável discutir três diferentes significações do sentido da integralidade. O primeiro é o conjunto de valores e atributos de práticas profissionais de saúde, o segundo refere-se à organização dos serviços e o terceiro, são os programas governamentais às demandas em saúde (DE MATTOS, 2009; O'DWYER, MATTOS, 2013).

A integralidade como eixo prioritário das ações de educação em saúde, deve estar ligada com a necessidade de se corrigir a fragmentação e desarticulação do planejamento e atuação da saúde na comunidade, inclinando-se a uma postura autoritária, de imposição de um saber científico descontextualizado e tecnicista, afastado das pretensões e desejos da população referente à sua saúde e condições de vida (MACHADO et al., 2007).

O termo integralidade suscita diversas interpretações, principalmente na abordagem interdisciplinar que se apresenta no modelo de assistência à saúde. Torna-se evidente a necessidade de dialogar e caminhar conscientes deste princípio que rege as ações das equipes de saúde, por meio de capacitações, reflexões das práticas cotidianas, utilizando ferramentas de mudanças de mentalidade da coletividade, ainda durante o processo de formação profissional pelas IES (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017).

2.1 Formação em Saúde

No Brasil, o âmbito da saúde vem sendo submetido a um significativo processo de mudança de Estado, protagonizado por consideráveis segmentos sociais e políticos. Por essa razão as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel transformador, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A organização do trabalho em saúde foi fortemente afetada pelo incremento tecnológico e pela especialização, ampliação da capacidade de diagnosticar e solucionar os problemas de saúde, o aumento constante dos custos, institucionalização das práticas de saúde e perda do controle dos meios de trabalho por parte da maioria dos profissionais (FEUERWERKER, CECÍLIO, 2007).

Há necessidade de produzir situações de ensino-aprendizagem que propiciem a aquisição de conhecimentos e práticas para fundamentar as atitudes a serem mobilizadas em sua inserção no mundo do trabalho e paralelamente. Cabe ao ensino discutir junto aos cenários de atuação do profissional da saúde, a renovação permanente dos conhecimentos e habilidades que embasam o desenvolvimento de atitudes na prática profissional (ALMEIDA, PERES, 2012).

As concepções acadêmicas transcorrem pelo reconhecimento da enriquecedora oportunidade de acompanhar as condições de vida e de saúde das pessoas inseridas em sua realidade e de vivenciar uma forma de desempenho que não se limita à habitual, o que possibilita aos acadêmicos uma visão mais abrangente do futuro profissional (FADEL et al., 2013).

Foi atribuída aos profissionais de saúde a função de facilitadores no processo de educação em saúde. Essa perspectiva tende para a formação continuada dos profissionais de saúde visto que estratégias de aprendizagem predispõem o diálogo entre os distintos saberes, contribuindo para as ações em saúde (MACHADO, 2007).

Para a saúde coletiva, uma formação profissional em saúde não será ajustada se não trabalhar pelo envolvimento dos acadêmicos com sua meta de trabalho: práticas cuidadoras de indivíduos e coletivos; práticas de responsabilidade pela saúde; práticas para desenvolver e efetivar um sistema de saúde com competência para proteger a vida e saúde e práticas de participação e solidariedade envolvendo projetos de democracia, cidadania e direitos sociais (DE CARVALHO; CECCIM, 2006).

A articulação ensino-serviço-comunidade se mostra uma forma eficaz de mudanças na formação profissional, preparando os acadêmicos para a realidade do SUS, respondendo às necessidades da população, com comprometimento social e melhor compreensão do processo de cuidado (TOASSI; DAVOGLIO; LEMOS, 2012).

A aproximação com o modelo da AB desde o princípio do curso é patente para que a compreensão entre teoria e prática se concretize nas ações de integração ensino e serviço, refletindo na qualidade dos serviços prestados e no desenvolvimento das habilidades profissionais (BREHMER; RAMOS, 2016).

Cabe aos profissionais de saúde e as IES a função de protagonizar a transformação dos conceitos e das práticas de saúde que orientam o processo de formação para preparar profissionais capazes de compreender e relacionar ações relativas à integralidade nas práticas em saúde (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

A formação de um profissional de saúde crítico, pronto para tomada de decisões e capaz atuar em equipe e no mercado de trabalho, produz uma série de experiências de ensino aprendizagem distintas (DA SILVA et al., 2012).

A busca de novas experiências do ato pedagógico é marcada pela vivência do trabalho em território, onde se mobilizam o contato com outros modos de vida, com outros modos de existência, com o explorar de matérias-primas para a produção de conhecimentos da relação entre trabalhadores, usuários, alunos e professores (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

2.2 Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Saúde

A sociedade está vivendo em um período marcado por rápidas e numerosas transformações no mundo da política, da economia, da cultura, da educação e da saúde, que exigem um retorno no campo do trabalho e da formação para o trabalho, buscando eixos e estratégias que desenvolvam um processo de formação para atender às demandas exigidas pelo atual contexto mundial, nacional e local (FERNANDES et al., 2013).

Dentro do ponto de vista de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação proporcionada aos estudantes, as DCN, parecer CNES/CES 1133/2001, instituem instrumentos orientadores na construção de Projetos Pedagógicos dos Cursos da Saúde (BRASIL, 2001).

As DCN estabelecem parâmetros para a formação profissional, como princípio da formação integral, interdisciplinaridade, articulação entre teoria e prática, formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, rigor científico e intelectual pautado em princípios éticos e conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional (BRASIL, 2001).

Com a necessidade de formação de profissionais atentos as necessidades do SUS e preparados para enfrentar a complexidade do serviço, as DCN orientam as habilidades comuns a todos os profissionais da saúde. A formação de profissionais aptos a exercerem atenção à saúde de forma integral, com pensamento crítico, tomada de decisões baseadas em evidências científicas, gestores e busca ativa de aperfeiçoamento profissional (BRASIL, 2001; DA SILVA VARELA, et al., 2016).

As DCN têm como objeto a construção de um perfil acadêmico e profissional com competências e habilidades, através de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação, pertinentes e compatíveis com referenciais nacionais e internacionais (LOPES NETO et al., 2007). As grades curriculares devem incentivar o abandono das concepções antigas e herméticas de atuarem, como meros instrumentos de transferência de conhecimento e informações, além de garantir uma sólida formação básica ao preparar o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (BRASIL, 2001).

A aprovação das DCN dos cursos da área da saúde pode ser considerada consequência de uma essencial mobilização dos docentes da área da saúde no País e compreendida como reflexo das

tendências internacionais que visam inovações na formação dos profissionais de saúde, além de atender as necessidades do SUS (DE ALMEIDA et al., 2007).

É possível considerar que as DCN traduzem a ação institucional mais expressiva e abrangente a respeito da conjuntura de mudanças no cenário da formação profissional em saúde, o que evidencia a centralidade que as mudanças curriculares têm apresentado no que diz respeito às críticas e às políticas sobre o trabalho e a formação profissional em saúde (PEREIRA; LAGES, 2013).

O estudante de graduação da área da saúde precisa de composição educacional que promova o trânsito entre prática e teoria. Os professores devem ser capacitados para que esse processo de aprendizagem e a formação não se reduza apenas ao cenário da AB, uma vez que o estudante deve adquirir outros conhecimentos ao longo da graduação (FERREIRA et al., 2010).

O conceito de competência agrega uma série de saberes, habilidades e atitudes numa prática ética e reflexiva, devendo a graduação proporcionar a formação do sujeito com a capacidade de compreender e respeitar a sociedade em que vive, sendo as atitudes éticas como o respeito e comprometimento essenciais na busca do ideal de competências (FRANCO et al., 2014).

Competência, no contexto da formação em saúde, é uma expressão que envolve a articulação de aprendizados nas esferas cognitiva, psicomotora e socioafetiva. Deve integrar aspectos relativos aos atributos do aprendiz, às tarefas a serem desempenhadas e ao contexto da prática profissional, considerando suas dimensões socioculturais, político-econômicas e histórico-geográficas, não somente o desenvolvimento de padrões intelectuais, mas também a busca ativa de informações relevantes às necessidades de saúde da população (SANTOS, 2011).

É essencial que a academia e o serviço compreendam que cada um é fruto de um contexto, com diversas experiências e diferentes objetivos. Entretanto, reconhecê-las, respeitá-las e trabalhá-las tornam-se fatores essenciais para a construção do trabalho em saúde na perspectiva do SUS, uma vez que se faz necessário estabelecer possibilidades de superação das fragmentações no campo do saber e do trabalho (FERNANDES et al., 2013).

2.3 Programa Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde)

A compreensão da atuação do profissional da saúde no entendimento da integralidade da assistência deve-se a construção do repertório de saberes com vistas à ação multiprofissional, nas relações de poder entre esses profissionais e entre os profissionais e a população. Com isso o trabalho multiprofissional e interdisciplinar torna-se fundamental para o atendimento das necessidades dos usuários (FEUERWERKER, 2002).

É indispensável que a formulação de políticas de mudanças nos cursos da saúde seja baseada nas reais necessidades da população, devendo os gestores da saúde e educação observarem comportamentos e acompanhar processos para a efetividade dessas mudanças. Estas só se concretizarão, no eixo da integralidade, se os diversos atores estiverem comprometidos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Em uma iniciativa inédita, em 2002, o Governo Brasileiro lançou o Programa de Incentivos de Mudanças Curriculares na Graduação de Medicina (PROMED). O objetivo principal era promover mudanças nas escolas médicas e enfatizar um novo modelo de integralidade da assistência, focada na atenção primária, estabelecimentos de protocolos de cooperação entre gestores do SUS e IES, expansão dos ambientes de aprendizagem, metodologias pedagógicas centradas ativamente nos alunos (BRASIL, 2002).

A partir da constatação da necessidade de estimular a formação profissional em saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde) foi instituído em 2008, pela portaria nº 1.802 (Figura 1). Visa incentivar as mudanças curriculares dos cursos de graduação em saúde, com ênfase na AB, determinando a importância da necessidade da formação de docentes com um novo perfil, compatível com as necessidades do SUS (BRASIL, 2008).

O PET-Saúde é um instrumento que possibilita a integração ensino-serviço, orienta os acadêmicos na iniciação ao trabalho, desenvolve práticas acadêmicas em grupos de aprendizagem coletiva e interdisciplinar, contribuindo para a implementação das DCN, forma e prepara profissionais de saúde com perfil moldado para as diferentes realidades de vida da população e as políticas de saúde do País (BRASIL, 2008).

Em 2015, foi publicado o edital temático para o lançamento do PET-Saúde/GraduaSUS, portaria 1.127, com a finalidade de desenvolver mudanças curriculares alinhadas as DCN para os cursos de graduação em saúde, articulando SUS com as IES, buscando o fortalecimento da saúde pública com ações e projetos em conjunto com professores, estudantes, profissionais de saúde e gestores (BRASIL, 2015). Neste edital, foram aprovados 105 projetos, nas 5 regiões do Brasil (Figura

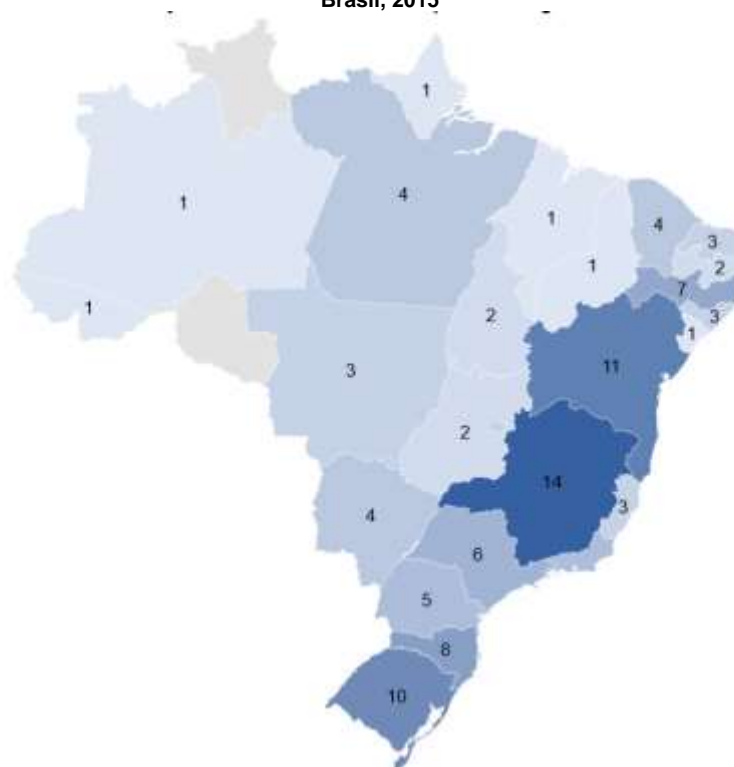
2). Na região Norte (Figura 3), apenas os estados de Roraima e Rondônia, não tiveram projetos contemplados neste edital. As regiões Nordeste e Sudeste, as mais populosas dos País, possuem os índices mais elevados de grupos PET-Saúde/GraduaSUS aprovados, quando comparadas às demais regiões (Figura 4), num total de 58%. Com relação ao número de bolsas aprovadas para os coordenadores, alunos, preceptores e tutores as regiões Nordeste e Sudeste perfazem 60,5% do total de bolsas disponibilizadas para o País (Figuras 5 e 6).

Figura 2: Tabela 1. Projetos PET-Saúde/GraduaSUS aprovados segundo grandes regiões. Brasil, 2015

Região	N projetos	% projetos
Norte	9	8,6%
Nordeste	33	31,4%
Sudeste	28	26,7%
Sul	23	21,9%
Centro-Oeste	12	11,4%

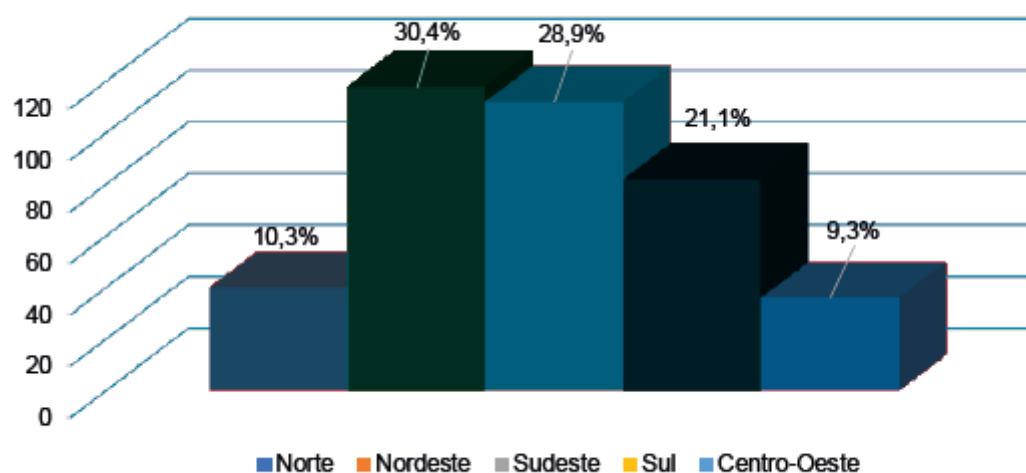
Fonte: Sistema de Informações Gerenciais do PET-SAÚDE– SIGPET, 2018.

Figura 3: Distribuição de Projetos PET-Saúde GraduaSUS aprovados segundo estado. Brasil, 2015



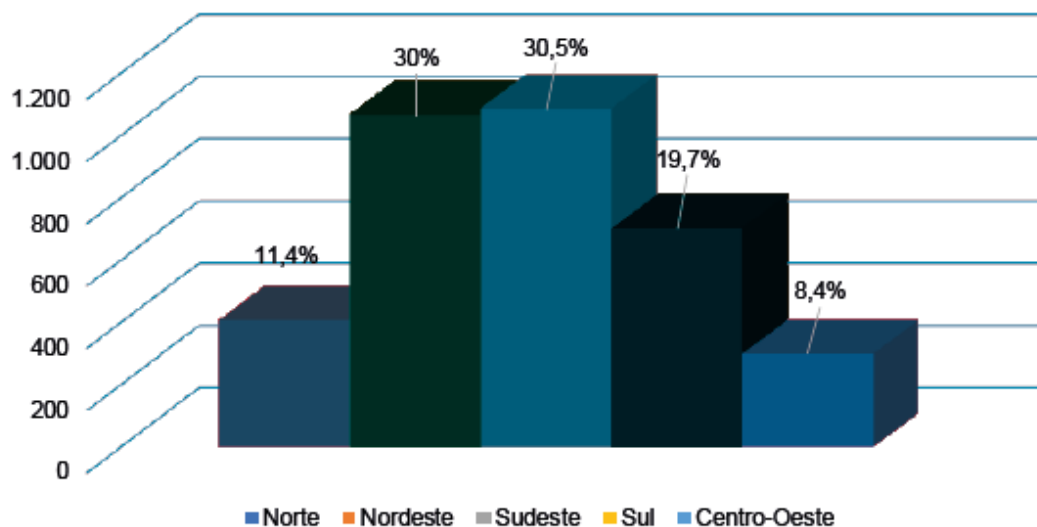
Fonte: Sistema de Informações Gerenciais do PET-SAÚDE– SIGPET, 2018.

Figura 4: Distribuição de grupos PET-Saúde Gradua SUS aprovados por grandes regiões. Brasil, 2015



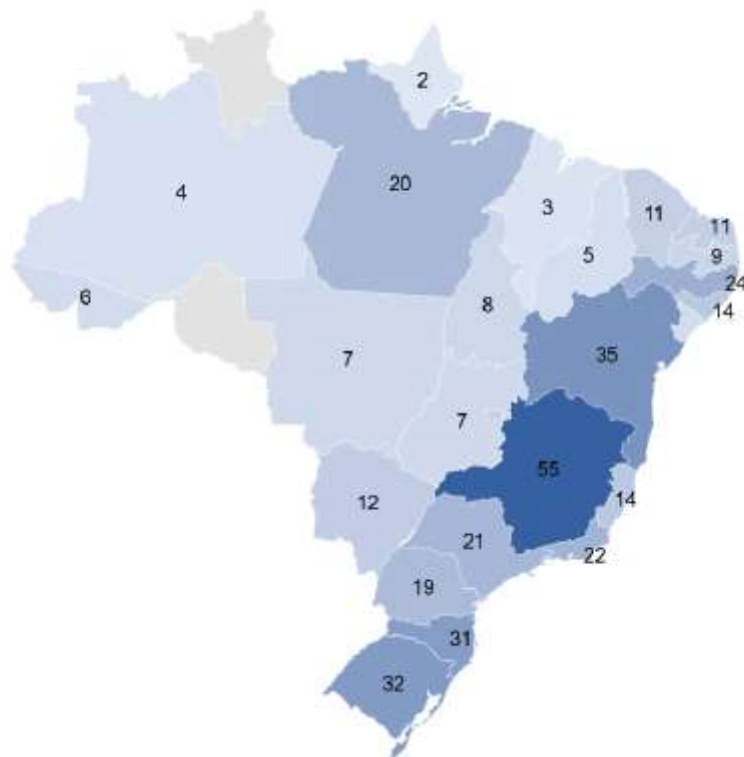
Fonte: Sistema de Informações Gerenciais do PET-SAÚDE– SIGPET, 2018.

Figura 5. Distribuição de bolsas PET-Saúde GraduaSUS aprovadas por grandes regiões. Brasil, 2015



Fonte: Sistema de Informações Gerenciais do PET-SAÚDE– SIGPET, 2018.

Figura 6. Distribuição de grupos PET-Saúde GraduaSUS aprovadas por estados. Brasil, 2015



Fonte: Sistema de Informações Gerenciais do PET-SAÚDE– SIGPET, 2018.

O PET-Saúde/GraduaSUS tem foco na interdisciplinaridade, na integração ensino-serviço-comunidade, na humanização do cuidado, na integralidade da assistência. Esse projeto conta com a mobilização acadêmica, com discussões de educação em saúde e troca de experiências com tutores, preceptores e colegiado, a integração entre IES e trabalhadores do SUS. Prevê educação permanente de todos os envolvidos nessa atuação, baseados nas necessidades sociais de saúde e promove o desenvolvimento regional no enfrentamento de problemas de saúde prevalentes (BRASIL, 2015).

Embora haja consenso de que a formação de profissionais de saúde deveria ser guiada para a formação de profissionais para o SUS, ela tem se mostrado alheia à necessidade de gerar uma educação fundamentada em seus princípios e diretrizes, perpetuando o modelo hegemônico (DE SOUZA SANTOS et al., 2013).

A influência mútua entre os diversos cursos da área da saúde demonstra que é possível existir uma articulação entre diferentes formações acadêmicas com objetivos em comum, que culminem em respostas positivas para quem os realiza. Apesar de ser uma estratégia ainda em processo de implantação. O PET-Saúde tende a ser uma grande promessa para o aperfeiçoamento da AB, trazendo propostas inovadoras para a ESF, fundamentadas nos princípios e diretrizes do SUS (DE OLIVEIRA RODRIGUESI et al., 2012).

Tendo conhecimento da integração, colaboração e participação dos sujeitos envolvidos no projeto, sabe-se que o PET-Saúde tem alcançado o seu objetivo de qualificação da atenção à saúde, e essa qualificação tem sido feita por meio do aperfeiçoamento em serviço dos profissionais da saúde e vivências dos estudantes das graduações em saúde inseridos na realidade do SUS (FERREIRA et al., 2012).

O PET-Saúde possibilita o estabelecimento de opiniões ligadas com a participação de diversos cursos da área da saúde e percebe-se a clara valorização de todos dos profissionais do serviço, professores e alunos, e da importância da integração e do trabalho conjunto em relação ao gerenciamento e planejamento dos serviços (TANAKA et al., 2012).

A experiência do PET-Saúde evidencia que é possível ultrapassar as especificidades dos cursos, obtendo uma proposta comum que os fortalece, tanto internamente, quanto na relação com a rede, e serve como meio de conciliação e incorporação de outras áreas profissionais ligados diretamente com a melhoria da qualidade de vida, saúde e trabalho da comunidade (ABRAHAO et al., 2011).

A interação ensino-serviço-comunidade é essencial para a formação de profissionais comprometidos com a proposta do SUS, oferecendo um contato direto com os problemas e vulnerabilidades da população utilizando de instrumentos para uma intervenção efetiva, com ações coletivas por meio de uma educação preventiva em saúde pública (ABRAHAO et al., 2011).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integralidade emerge como eixo transversal nas práticas em saúde, desveladas pela humanização da assistência e pelo trabalho em equipe interprofissional. Com isso, a interdisciplinaridade e a integralidade ampliam a compreensão do profissional acerca dos saberes em saúde.

Pensar na formação em saúde, no desenvolvimento pessoal e profissional dos participantes, é oferecer qualidade de atendimento aos usuários do SUS, com isso, diminuir as desigualdades enfrentadas nos serviços, com isso, auxiliar no fortalecimento do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAO, A. L.; et al. A pesquisa como dispositivo para o exercício no PET-Saúde UFF/FMS Niterói. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 435-440, set. 2011.

ALMEIDA, M. de L. de; PERES, A. M. Conhecimentos, habilidades e atitudes sobre a gestão dos formados de enfermagem de uma universidade pública brasileira. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 30, n. 1, p. 66-76, 2012.

AROUCA, A. S. S. O dilema preventivista. **Contribuição para a compreensão da medicina preventiva [tese]**. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

BATISTA, S. H. S. S., JANSEN, B., ASSIS, E. Q., SENNA, M. I. B., CURY, G.C. Education in Health: reflections from the Pro-Health and PET-Health Programs. **Interface (Botucatu)**, v.19 Supl 1, p. 743-52, 2015

BENITO, G. A. V.; et al. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 65, n. 1, p. 172-178, fev. 2012 .

BISPO, E. P. de F; TAVARES, C. H. F; TOMAZ, J. M. T. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 49, p. 337-350, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNES/CES 1133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Seção 1E, p. 131, 2001.

_____. Resolução CNE/CES 4/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p. 11, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Resolução CNE/CES 4/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p. 11, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.127/MS/MEC, de 6 de agosto de 2015, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/GraduaSUS. **Diário Oficial da União**, nº 186, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-PET-Saúde. **Diário Oficial União**, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 610. Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas/ Promed, de 26 de março de 2002. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília; Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 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 União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Telessaúde para a Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde: Protocolo de Telerregulação de Teleconsultorias / Ministério da Saúde**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 *Lei Orgânica da Saúde*. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 20 set. 1990.

BREHMER, L. C. F; RAMOS. F. R. S. O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 56, 2016.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1400-10, 2004.

CECCIM, R, B; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

DA SILVA, R. O. B.; et al. Programa PET-Saúde: trajetória 2009-2010, na Universidade de Brasília. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 678-683, 2012.

DA SILVA VARELA, D. S. et al. Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação de Profissionais para o SUS. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 39-43, 2016.

DE ALMEIDA, M. J.; et al. Implantação das diretrizes curriculares nacionais na graduação em medicina no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 156-165, 2007.

DE CARVALHO, Y. M; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S., et al. **Tratado da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, p. 149-82, 2006.

DE MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, p. 771-780, 2009.

DE OLIVEIRA RODRIGUESI, A. Á. A. et al. Processo de interação ensino, serviço e comunidade: a experiência de um PET-Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1 Supl 2, p. 184-192, 2012.

DE SOUZA SANTOS, D., et al. Programa de educação pelo trabalho para saúde: experiência de transformação do ensino e prática de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 6, p. 1431-1436, 2013.

DONNANGELO, M. C. F; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, Duas Cidades, 1976, p, 30-33.

DOS SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, 2013.

ESCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

FADEL, C. B.; et al. O impacto da extensão universitária sobre a formação acadêmica em Odontologia. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, p. 937-946, 2013.

FEUERWERKER. L. C. M. Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Editora Hucitec/Londrina: Rede Unida/ Rio de Janeiro: **Associação Brasileira de Educação Médica**, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M; CECÍLIO, L. C. de O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 965-972, 2007.

FERNANDES, J. D., et al. Aderência de cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais na perspectiva do sistema único de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 82-89, 2013.

FERREIRA, R. C; et al. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 207-15, 2010.

FERREIRA, V. S.; et al. PET-Saúde: uma experiência prática de integração ensino-serviço-comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.36, n. 1, supl.2, p.147-151, 2012.

FRANCO, R. S.; et al. O conceito de competência: uma análise do discurso docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 2, p. 173-181, 2014.

FURLANETTO, D. L. C.; PINHO, D. L. M.; PARREIRA, C. M. S. F. Re-orientation of human resources for health: a great challenge for the Brazilian National Health System. **Public Health**, v. 129, n. 9, p. 1166-1171, 2015.

GARCIA, M. A. A. et al. Interdisciplinaridade e integralidade no ensino em saúde. **Revista de Ciências Médicas**, v. 15, n. 6, 2012.

GONZÁLEZ, A. D; ALMEIDA, M. J. de. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciências e saúde coletiva**, v. 15, n. 3, p. 757-62, 2010.

KALICHMAN, A. O; et al. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 8, 2016.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LOPES NETO, D.; et al. Aderência dos cursos de graduação em enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 6, p. 627-634, 2007.

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

MADRUGA, L. M. S.; et al. The PET-Family Health and the education of health professionals: students' perspectives. **Interface (Botucatu)**, v.19, Supl 1, p. 805-16, 2015.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R, Mattos RA. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006; p. 49-68.

MATTIONI, F. C; BUD, M. de L. D; SCHIMITH, M. D. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 263-271, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, v. 549, 2011

O'DWYER, G; MATTOS, R, A. Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do estado do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 199-210, 2013.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Ata, 1978.

PAIM, J., et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, 2014.

PEREIRA, I.; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? **Trabalho, educação e saúde**, v. 11, n. 2, p. 319-338, 2013.

ROSA, W. de A. G; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

SANTOS, C. G. dos; et al. Formação em saúde e produção de vínculo: uma experiência PET-Saúde na rede de Niterói, RJ, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 985-993, 2015.

SANTOS, W. S. Organização curricular baseada em competência na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 86-92, 2011.

SILVA, M. V. S.; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. de. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface (Botucatu)**, v.62, n 21, p. 589-599, 2017.

TANAKA, O. Y. et al. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde e sociedade**, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011.

TANAKA, E. E. et al. Projeto PET-Saúde: ferramenta de aprendizado na formação profissional em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1 Supl. 2, p. 136-40, 2012.

TOASSI, R. F. C.; DAVOGLIO, R. S., LEMOS, V. M. A. Integração ensino-serviço-comunidade: o estágio na atenção básica da graduação em odontologia. **Educação em Revista**, v. 28, n. 4, p. 223-42, 2012.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. de M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 133-141, 2013.