

**UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**Bruna Nadaletti de Araújo**

**PET-saúde na Universidade de Passo Fundo: uma avaliação do desenvolvimento da  
formação integral para o SUS**

**Passo Fundo, dezembro de 2016.**

**Bruna Nadaletti de Araújo**

**PET-Saúde na Universidade de Passo Fundo: uma avaliação do  
desenvolvimento da formação integral para o SUS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de Passo Fundo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientação do Prof. Drº. Júlio Bertolin

Coorientadora da Prof. Drª. Carla Gonçalves

**Passo Fundo  
2016.**

## **Agradecimentos**

*À Deus, pelo dom da vida e por me olhar e decidir realizar mais um sonho meu.*

*À minha família, por todo apoio e incentivo, por sempre acreditarem na minha capacidade de vencer, em especial à minha mãe, Mara, por ser a guerreira que és, ao meu “PAIdrasto” pelo amor que sempre me dedicou e aos meus avós maternos, Nerci e Neli, pelo cuidado e preocupação que sempre tiveram.*

*Ao meu orientador, Prof. Dr.º Júlio Bertolin, e a minha coorientadora, Prof.ª Dra.ª Carla Gonçalves, pela paciência, por todos os ensinamentos repassados e por servirem de exemplos a serem seguidos vistos os excelentes profissionais que são.*

*Às amigas conquistadas ao longo desta jornada, em especial aos colegas da turma do Mestrado em Educação/2014, por partilhar das dificuldades, dos risos, pelas rodas de chimarrão e principalmente pelo conhecimento partilhado por nós.*

*À banca examinadora, pela gentileza, presteza e generosidade com que aceitou participar deste processo de construção do conhecimento, trazendo seu potencial, seu vasto conhecimento e sua preciosa experiência profissional.*

*À Universidade de Passo Fundo, ao PPG-Edu e aos professores, pela organização e pelos ensinamentos proporcionados durante os encontros.*

## Resumo

O complexo contexto que rodeia as demandas de saúde da população exige que os profissionais envolvidos estejam devidamente preparados para prestarem um atendimento qualificado e eficiente, baseado na integralidade e na interprofissionalidade. Para isso, as mudanças devem ocorrer no âmbito da formação profissional, com alterações curriculares que aproximem a teoria da prática, intimamente. Em prol disso, o Ministério da Saúde criou o Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde). O objetivo geral da pesquisa foi: Avaliar a preparação dos sujeitos envolvidos no PET-Saúde UPF para atuarem no SUS segundo os preceitos da integralidade e interprofissionalidade. A metodologia adotada denota caráter qualitativo para a pesquisa. A coleta de dados aconteceu através da realização de entrevistas semiestruturadas, as quais aconteceram amparadas por 03 (três) questões norteadoras, que foram: 1. Como foi participar do PET-Saúde? 2. Que competências (conhecimentos, habilidades, atitudes e valores) você desenvolveu no PET-Saúde? 3. Houve alguma mudança na sua vida a partir do desenvolvimento das atividades do PET-Saúde? Se houve, quais foram? Justifico a realização deste estudo exaltando que é imprescindível o monitoramento e avaliação das orientações propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde, bem como pelos programas de reorientação da formação profissional, nesse trabalho em específico o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE). Para tanto se faz necessária a construção e aplicação de instrumentos de avaliação e acompanhamento que funcionem como indicadores de rumos e de correções de percurso. Como resultados obtidos podemos enfatizar uma familiaridade bastante grande dos sujeitos entrevistados com os termos e conceitos utilizados pelos autores que trabalham o assunto; demonstraram em suas falas o quanto é claro em suas concepções o papel positivo que o programa possui no processo de formação em saúde; através das colocações também foi possível reconhecer que o programa está conseguindo inculcar em seus participantes a necessidade e benefício do desenvolvimento de algumas habilidades essenciais para a qualificação do SUS; o reconhecimento dos participantes sobre a relevância da integração ensino-serviço-comunidade.

Palavras-chave: Educação Permanente. Formação. Interprofissional.

### **Abstract**

The complex context that surrounds the health demands of the population requires that the professionals involved are properly prepared to provide a qualified and efficient care based on integrality and interprofessionality. For this, the changes must occur in the scope of professional training, with curricular changes that closely approximate the theory of practice. Therefore, the Ministry of Health created the Education for Work Program (PET-Saúde). The general objective of the research was: To evaluate the preparation of the subjects involved in PET-Health UPF to work in the SUS according to the precepts of integrality and interprofessionality. The methodology adopted is qualitative for the research. Data collection took place through semi-structured interviews, which were supported by three (3) guiding questions, which were: 1. How was participating in PET-Saúde? 2. What skills (knowledge, skills, attitudes and values) did you develop in PET-Health? 3. Has there been any change in your life from the development of PET-Health activities? If so, what were they? I justify the realization of this study, emphasizing that it is essential to monitor and evaluate the guidelines proposed by the National Curricular Guidelines for health courses, as well as the programs of reorientation of vocational training, in this specific work the Education for Work Program for Health (PET-HEALTH). For this, it is necessary to construct and apply evaluation and monitoring instruments that function as indicators of course and course corrections. As results we can emphasize a very familiar familiarity of the subjects interviewed with the terms and concepts used by the authors who work the subject; Demonstrated in their speeches how clear in their conceptions the positive role that the program has in the process of health training; Through the placements it was also possible to recognize that the program is managing to instill in its participants the need and benefit of developing some essential skills for SUS qualification; The recognition of the participants on the relevance of teaching-service-community integration.

Keywords: Permanent Education. Formation. Interprofessional.

## Lista de abreviaturas e siglas

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
EC	Educação Continuada
EIP	Educação Interprofissional
EPS	Educação Permanente em Saúde
FAIMER	Fundação para o Avanço da Educação Médica Internacional e Pesquisa
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IDA	Integração Docente-Assistencial
IES	Instituição de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEPS	Pólos de Educação Permanente em Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRO-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SESU	Secretaria de Educação Superior
SETEC	Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

## Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....</b>	<b>15</b>
2.1 O sistema de saúde brasileiro ao longo de sua evolução histórica.....	15
2.2 Reforma Sanitária Brasileira.....	20
2.3 A criação do SUS.....	22
<b>3 PROCESSO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE.....</b>	<b>26</b>
3.1 Reforma curricular nos cursos da saúde.....	30
3.2 Integralidade como base na formação em saúde.....	33
3.3 Educação Interprofissional em saúde.....	35
3.4 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.....	37
<b>4 TRAJETÓRIA DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO:</b>	
<b>PET-SAÚDE.....</b>	<b>46</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>54</b>
5.1 Tipo de Estudo.....	55
5.2 Problema, Objetivos e Questões Orientadoras.....	56
5.3 Técnicas, Etapas, Fases e Amostra da Pesquisa.....	56
5.4 Os procedimentos de análise e interpretação de dados.....	59
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>62</b>
6.1 Integralidade e Interprofissionalidade.....	62
6.2 Educação Permanente em Saúde.....	66
6.3 Qualificação do SUS.....	71
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>90</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser considerada um direito de todos e dever do Estado e o Sistema Único de Saúde (SUS) recebeu a incumbência de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Entre suas diretrizes, o SUS propõe a integralidade no cuidado em saúde, a qual perante a legislação é definida como: conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1998). Ainda sobre integralidade, a formação profissional e a assistência qualificada devem estar norteadas a partir das necessidades sociais da população brasileira, visando assim a integralidade em todos os momentos da formação profissional (GONZE; SILVA, 2011).

A formação acadêmica atual ainda tem um poderio do modelo biomédico. A partir desse modelo, a assistência à saúde caracteriza-se basicamente pelo esclarecimento unicausal da patologia, tendo ênfase desta forma a fragmentação dos sistemas orgânicos, o tecnicismo e a formação especializada. Podemos afirmar que este modelo permite uma abordagem direta ao doente e seu agravo, porém nenhuma atenção é dispensada ao contexto social e emocional do indivíduo, ou seja, a integralidade fica no esquecimento (CUTOLO, 2006).

Com a busca da operacionalização das propostas de atenção e assistência ampliada à saúde, nota-se o envolvimento de diferentes profissões da área da saúde. Profissões que no passado eram reconhecidas como suficientes para suprir as demandas de saúde da população, como por exemplo Medicina e Enfermagem, hoje obrigatoriamente precisam da atuação das demais profissões da saúde para que seja ofertada à população uma atenção em saúde qualificada (GONZE, 2009).

Faz-se importante exaltar o reconhecimento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de 14 profissões denominadas como profissões da saúde: Assistente Social, Biólogo, Biomédico, Educador Físico, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico, Médico Veterinário, Nutricionista, Odontólogo, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Com base nesse reconhecimento, podemos assegurar a importância possuída pelo interprofissionalismo no trabalho em saúde e na busca constante pela integralidade da assistência (BRASIL, 1998).

Entretanto, mesmo que a resolução do CNS aponte evoluções, é necessário assimilar que o ato de reconhecer essas profissões não é o bastante e para que possamos estar cada vez

mais próximos da atenção integral à saúde é imprescindível que olhares sejam voltados para a formação dos profissionais e esta deve estar embasada nas demandas de saúde da população, bem como no trabalho interprofissional (RONZANI;RIBEIRO, 2003).

A partir do reconhecimento da importância que cada profissão da saúde possui, a formação dos profissionais deverá sempre considerar a interprofissionalidade com o objetivo de atender às orientações e exigências das políticas de saúde brasileira, sobretudo no que diz respeito ao princípio de integralidade. Como defende Souza (1999, p.13):

A resolução que reconhece as 14 profissões da área da saúde, implicitamente, indicou a necessidade de pesquisa na compreensão da interdisciplinaridade, fundamentando conceitos que possam solidificar o trabalho, que, apesar de realizado num mesmo espaço institucional, continua fragmentado, com ações que produzem a dicotomia diferindo da proposta de integralidade, base da atual concepção de saúde. O texto Constitucional e o da Resolução 287/CNS se complementam e trazem uma direção a ser tomada, no sentido de checar a formação necessária dos atuais profissionais de saúde para corresponder às novas concepções contidas na política de saúde.

Quando falamos em mudanças na formação de profissionais da saúde inevitavelmente é necessária a abordagem dos conteúdos curriculares, os quais impreterivelmente devem aproximar a teoria da prática, para que a capacitação dos acadêmicos ocorra na essência de atender às necessidades de saúde da população (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Contudo, as instituições de ensino superior, de uma forma generalizada, são moldadas por um sentido fragmentado, o que é explicitado no documento que apresenta as Diretrizes Gerais do Programa de Apoio e Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI):

O sistema de educação superior brasileiro ainda conserva modelos de formação acadêmica e profissional superados em muitos aspectos, tanto acadêmicos como institucionais, e precisa passar por profundas transformações. Na verdade, prevalece no sistema nacional uma concepção

fragmentada do conhecimento, resultante de reformas universitárias parciais e limitadas nas décadas de 60 e 70 do século passado. Essa organização acadêmica incorpora currículos de graduação pouco flexível, com forte viés disciplinar, situação agravada pelo fosso existente entre a graduação e a pós-graduação, tal qual herdada da reforma universitária de 1968 (BRASIL, 2007, p.7).

Na educação, algumas reformas ocorreram com o intuito de formar profissionais preparados para a realidade e demandas do mundo do trabalho, cujas características tidas como fundamentais foram capacidade reflexiva e participativa. No ano de 1996 foram lançadas pelo Ministério da Educação as Leis de Diretrizes e Bases da Educação, explicitando a preocupação com a formação condizente com a realidade da população brasileira (BRASIL, 1996). As orientações para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação vieram no ano de 2001, nas quais se enfatizou fielmente a importância da articulação entre a teoria e a prática (BRASIL, 2001). A partir de 2001 foram lançadas orientações focadas nos cursos da saúde, as quais descrevem o perfil esperado do acadêmico atrelado às suas competências e habilidades para que possa atuar de forma satisfatória no sistema de saúde.

Justifica-se a necessidade de reformulação das matrizes curriculares pela ampliação da assistência à saúde, a qual exige uma formação diferenciada dos novos profissionais para que ela seja executada plenamente. Deve-se pensar que a assistência ampliada pede abordagens também ampliadas do sujeito, tanto do doente quanto do saudável. O profissional também deve evoluir, estar aberto às novas propostas de assistência (GONZE, 2009).

O Ministério da Saúde (MS), mais especificamente através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, buscando reafirmar as mudanças propostas pelas Diretrizes Curriculares e exaltar a integração ensino-serviço, bem como abordar integralmente o processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, instituiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Nesse processo o MS teve como parceria a Secretaria de Educação Superior - SESU e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP. Também foi apoiado pela Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (BRASIL, 2007).

O programa parte da premissa de que um saber não exclui o outro e a formação profissional deve constar de desenvolvimento de habilidades e competências que o preparem

adequadamente para as relações interpessoais, esclareça a importância da formação de vínculos, fortificando a idéia de que a participação ativa do usuário pode ser peça-chave no restabelecimento da saúde (BRASIL, 2007).

No Brasil, o ensino universitário na saúde segue uma tradição centralizada no conteúdo e a pedagogia prevalente é a da transmissão. Verificamos uma desconexão entre temas, uma lamentável desvinculação entre ensino, pesquisa e extensão, e o ensino é orientado predominantemente pela doença. Existe uma falha instaurada no que diz respeito à falta de metodologia que potencialize a integralidade e prepare os estudantes para o enfrentamento das necessidades de saúde da população (CARVALHO;CECCIM, 2006).

As mudanças propostas pela Reforma Sanitária Brasileira, mais especificamente expostas no Art. 200 da Constituição Federal de 1988 no que se estende ao modelo assistencial, são prejudicadas pelo distanciamento do setor educacional das reais necessidades do SUS. As instituições de ensino ainda formam profissionais com base na tecnologia e na alta complexidade. A aproximação do sistema de saúde, das instituições de ensino e dos usuários deve ocorrer através do vínculo e da interação, ou seja, muito além do conhecimento teórico centrado na doença e no tratamento (PIERANTONI, 2001).

Para que ocorra a intersectorialidade entre as três partes envolvidas no processo de educação para o SUS, é necessário antes de tudo que todas tenham a capacidade de reconhecer suas próprias falhas e fragilidades, para que então consigam discutir de forma respeitosa e adequada sobre as melhorias necessárias para a formação profissional condizente com as necessidades populacionais. Também chamada de interação ensino-serviço, a intersectorialidade quando efetiva tem a capacidade de transformar realidades. A universidade deve voltar os olhares de seus alunos ao sucesso que o sistema de saúde, mais especificamente a atenção primária, pode trazer à assistência integral quando utilizada como espaço para a produção de saberes (GUIZARDI et al. 2006).

De modo algum, o parágrafo a cima tem o intuito de minimizar o papel da universidade no que diz respeito à produção de conhecimento, apenas exalta a relevância do trabalho em conjunto das três esferas: universidades, governo representado nesta situação pelo SUS e os usuários. Utilizo Gonze (2009) para justificar ainda mais: o objetivo principal de todos os envolvidos é atingir uma assistência qualificada baseada na integralidade do usuário e nada mais coerente do que planejar essa atenção com a colaboração desse usuário e também

do serviço que oferece atenção à ele. Enfatizamos mais uma vez que um saber não exclui o outro, mas sim se complementam em prol de um mesmo resultado.

A partir das colocações anteriores e da compreensão das mudanças que se fazem necessárias na formação da área da saúde, somos instigados a realizar algumas indagações frente ao tema, utilizando a seguinte problematização: Em que medida o programa governamental PET-Saúde está atingindo os seus objetivos e contribuindo para a melhoria do desempenho interprofissional no SUS, na Universidade de Passo Fundo?

Justifico a realização deste estudo exaltando que as estratégias de implementação das diretrizes e programas destinados à formação permanente em saúde, mais especificamente a reorientação da formação profissional, encontram-se em evolução e ainda obedecem às características e particularidades de cada Instituição de Ensino Superior, estando permeáveis às opiniões e indagações dos diferentes sujeitos envolvidos no processo. A partir desse contexto, torna-se imprescindível o monitoramento e avaliação das orientações propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde, bem como pelos programas de reorientação da formação profissional, neste trabalho em específico o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE). Para tanto se faz necessária a construção e aplicação de instrumentos de avaliação e acompanhamento que funcionem como indicadores de rumos e de correções de percurso, tendo a concepção de que a cima de dominar os conteúdos disciplinares e os aspectos técnicos peculiares ao aprendizado através de determinada metodologia de ensino, deve-se conceber um processo educativo sócio-cultural que introduza valores, atitudes e padrões de comportamento aos estudantes em formação.

Creemos que esse estudo poderá contribuir para a Atenção Primária à Saúde, mais enfaticamente na qualificação dos profissionais da saúde, na reorientação da formação profissional em saúde, na formação e qualificação dos docentes para o SUS, assim como, para o aprimoramento da integração ensino-serviço-comunidade, para que assim consigam ser abordadas as necessidades dos usuários do SUS na integralidade do ser humano, a qual deve ser trabalhada conforme as demandas assistenciais provenientes do conceito ampliado de saúde.

Pensando na organização estrutural da dissertação, definimos pela seguinte disposição: a atual seção, denominada como primeira, diz respeito à introdução do trabalho. Na seção

seguinte (segunda), realizamos uma retrospectiva histórica relacionada ao SUS. Já na terceira seção retratamos sobre o processo de formação em saúde e na quarta, finalizando a revisão de literatura, abordamos com maiores detalhes o PET-SAÚDE, bem como todo o processo que envolve a sua operacionalização.

A base metodológica deste trabalho será descrita na quinta sessão. A sexta será destinada a receber a apresentação dos dados e a discussão dos mesmos. E na sétima e última sessão serão expostas nossas considerações finais.

## 2 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

A saúde, ao longo da história do Brasil, passou por consecutivos processos de reorganização das práticas de assistência, o que decorreu em função de diferentes vínculos entre sociedade e Estado, bem como as particularidades e propósitos de cada equipe de governo no que diz respeito às demandas de saúde da população e as ações desenvolvidas para a resolução de tais problemas de saúde. O Sistema de Saúde Brasileiro, mais especificamente o SUS, foi criado a partir do esforço por melhores condições de assistência à saúde da população e entre os seus ideais estão a ampliação da concepção de saúde e a crítica ao modelo médico-curativo. Podemos então enquadrar a criação do SUS no âmbito dos movimentos internacionais, entre os quais propuseram grandes mudanças na forma de abordar a saúde humana (PAIM; FILHO, 1998).

A partir da Constituição de 1988 foi garantido à população o direito à saúde, porém previamente a isso o país possuía uma realidade muito diferente. Para que consigamos compreender a evolução da saúde em nosso país, no capítulo que se segue serão levantados os temas e inclinações imperantes nas políticas de Saúde no Brasil na década de 1980, tal como explorado o ofício dessa política na constituição, a qual foi pensada com o intuito de trazer à sociedade brasileira ordem constitucional, justiça relacionada à economia e democracia política. Previamente à isso, será praticada uma breve comparação, que será referenciada pelas políticas de saúde da época, sobre a articulação dos anos 80 com os anos que precederam, incluindo a Primeira República (1889-1930) e evoluindo até a proximidade com os dias atuais.

### 2.1 O sistema de saúde brasileiro ao longo de sua evolução histórica

No tempo da chamada primeira República, a economia era alicerçada pela agricultura, tendo como produto dominante o café, o qual era cultivado com o propósito de exportação. Esta por sua vez, acontecia através de transporte marítimo, tendo os portos como ponto de partida e chegada dos produtos. Considerando isso, fica clara a necessidade de saneamento que esses locais demandavam para que doenças da época, como a peste, cólera e varíola, não viessem a

prejudicar a exportação e conseqüentemente a economia do país (ANDRADE; SOARES; JUNIOR, 2001).

Serviços e programas de Saúde Pública foram concebidos nesse período, tendo como principal responsável Oswaldo Cruz, sanitarista e pesquisador, que com suas ações de higiene e saúde no Brasil esteve à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública – DGSP (LUZ, 1991).

Nas décadas de 1910 e 1920, o movimento sanitarista propagou sua leitura sobre as bases da comunidade nacional e brindou soluções políticas e institucionais para transmutar uma comunidade instituída nas repercussões negativas da transmissibilidade da doença em uma sociedade firmada na saúde e higiene de sua população. Sanitaristas da época compreendiam que a doença transmissível caracterizava a sociedade brasileira, provocando desta forma as autoridades do setor político e pleiteando um aumento da responsabilidade do Poder Público sobre as ações de saúde, o que resultou na revisão do modelo político-legal batizado pela Constituição Federal de 1988 (HOCHMAN, 2012).

Discorrendo sobre as práticas assistenciais de saúde individuais adotadas nesse tempo histórico, podemos afirmar que eram predominantemente particulares. Aos que não podiam custeá-las, que eram rotulados como indigentes, a atenção à saúde era ofertada pelas Santas Casas de Misericórdia, por caridade (ANDRADE; SOARES; JÚNIOR, 2001).

O ano de 1923 ficou marcado na história da Saúde Pública do Brasil pela instauração do primeiro modelo de seguridade ao trabalhador do setor privado, sendo chamado de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Estas eram estruturadas pelas empresas, através de um contrato entre ambas as partes, empresa e trabalhador, sendo que a primeira tinha como função arrecadar e controlar as contribuições feitas pelos trabalhadores e como obrigação prestar assistência médica ao titular e seus filiados-dependentes, bem como assegurar os benefícios, pensões e aposentadorias, se assim fosse necessário (COHN; ELIAS, 1996).

Ainda historiando sobre a década de 1920, com base nos mesmos autores, trazemos apontamentos que refletem grandes características daquele momento, os quais marcaram significativamente o sistema previdenciário brasileiro:

- a) Iniciação, por parte do Estado, da implementação de um seguro social com natureza altamente controladora dos trabalhadores cujas atividades laborais eram desenvolvidas em setores significativos à economia brasileira;

- b) Criação do modo tripartite de financiamento, o qual envolvia empregadores, empregados e Estado, ficando este último com a incumbência de angariar recursos financeiros a partir da criação de novos impostos. Ao trabalhador ficou instituída a responsabilidade de custear esse seguro através do abatimento direto do salário recebido;
- c) Inserção do serviço privado de saúde: como as CAPs eram organizadas pelas empresas e os recursos financeiros eram escassos para que fosse adquirida uma infra-estrutura de serviços médicos de qualidade, essas empresas passaram a contratar serviços privados, por meio do credenciamento médico. Explica-se, portanto, as raízes da privatização da assistência médica no Brasil.

A crise mundial instalada no ano de 1929 repercutiu profundamente na burguesia cafeeira, a qual perdeu seu poderio sobre as demais classes econômicas da época. Juntamente com a crise vieram os conflitos entre a burguesia e outras frações da sociedade, os quais ficaram mais intensos e se expressaram sem constrangimentos nas eleições de 1930, onde Getúlio Vargas foi eleito Presidente do Brasil e a partir disso, vagarosamente evoluiu-se para o denominado “Estado Novo” (POSSAS, 1989).

Devido ao reflexo da crise econômica e política na sociedade brasileira, deu-se início a uma nova etapa caracterizada pela centralização do poder, ficando desta forma sob atuação e controle do governo federal diversos setores, inclusive o da saúde (IYDA, 1994).

Durante o período de 1933 a 1938, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, os quais foram sendo gradativamente criados para substituírem as CAPs, dividindo os trabalhadores por categorias profissionais (COHN; ELIAS, 1996).

A assistência médica aos trabalhadores não formais e aos demais cidadãos sem vínculo empregatício seguia sendo oferecida pelas entidades de caridade ou em alguns momentos pelo poder público (ANDRADE; SOARES; JÚNIOR, 2001). A ampliação da assistência à saúde da população na Saúde Pública encontrava barreiras de desenvolvimento, as quais podem ser explicadas pela debilitada evolução produtiva na área da saúde, sendo esta justificada pela dispersão populacional e diminuto número de profissionais formados (IYDA, 1994).

Como tentativa de trazer melhorias para a saúde do Brasil, em meados de 1940 o governo brasileiro firma um convênio com o governo americano e constrói o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), tendo como embasamento científico para as tomadas de decisões

sobre as ações de saúde a higiene do meio e do indivíduo, e ainda o processo educacional de produção das consciências. O SESP se efetivou pela criação de postos de saúde permanentes em várias localidades brasileiras como sua principal atividade, tendo em vista a formação de uma rede básica de saúde pública, onde as principais ações estavam voltadas para o controle de doenças contagiosas, diagnóstico precoce e prevenção, educação sanitária e organização científica (MERHY, 2006).

Na década de 1950 a industrialização no Brasil encontrava-se em um ritmo extremamente acelerado, o que exigia um número expressivo de profissionais e consequente o aumento dos valores destinados aos benefícios. Porém, o sistema previdenciário não conseguiu acompanhar tal ritmo e na década de 1960 entrou em crise, evoluindo para a deficiência do sistema. Tal agravante repercutiu, inevitavelmente, na assistência médica dispensada pelos IAPs, gerando intensa revolta entre os trabalhadores. Essa revolta seguida de reivindicações, resultou na criação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), a qual propôs uniformizar os benefícios prestados por todos os institutos e também a assistência médica individualizada passou a ser responsabilidade da previdência social (POSSAS, 1989).

Nesse período temporal, mais especificamente no ano de 1953, foi criado o Ministério da Saúde. Porém, inicialmente este apenas englobou a estrutura do antigo Departamento Nacional de Saúde, sendo sustentado com recursos financeiros escassos (ANDRADE; SOARES; JÚNIOR, 2001).

O prelúdio da década de 1960 foi grifado por insatisfações populares e entre essas estava a dicotomia entre a Saúde Pública e a atenção individual à saúde. Incentivado pelo descontentamento da época, teve início um grande movimento social que foi comandado pelas elites progressistas, tendo como exigência as “reformas de base”, entre essas estava também a sanitária. Porém, o desentendimento político levou ao golpe militar de 1964 e isso refletiu na saúde com o surgimento de um novo período na Saúde Pública, imperado pelo perfil assistencialista da previdência social (LUZ, 1991).

Com o golpe militar de 1964, efetivou-se um projeto que data de 1945, inviável naquele período, porém possível de ser executado nesse momento: a unificação da previdência social com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966. Tal processo de unificação, que teve seu êxito com a Lei Orgânica de 1960 e sua efetivação em 1967 com a definitiva criação do INPS, propunha um plano de saúde único de

financiamento e benefícios, reduzindo os IAPs a uma coordenação administrativa singular. A partir disso, o perfil assistencialista da previdência social foi cada vez mais detalhado, ficando isento de qualquer forma de comando pelas classes assalariadas (COHN; ELIAS, 1996).

Em 13 de dezembro de 1968 foi determinado o Ato Institucional n.5, que suspendia os direitos democráticos da população. Na saúde, isso repercutiu com a predominância de um sistema de atenção médica “de massa” e também o surgimento de um setor empresarial voltado aos serviços médicos, o qual estava focado principalmente na lucratividade, oferecendo menos ênfase à saúde e/ou cura de sua clientela. Outro acontecimento que merece destaque foi o crescimento de um ensino médico desligado da realidade sanitária do país, estando direcionado para o atendimento especializado e desenvolvimento tecnológico (LUZ, 1991).

A cobertura da seguridade social e da assistência médica ampliou-se com o tempo e novas categorias profissionais foram incluídas: em 1971 os trabalhadores rurais, em 1972 as empregadas domésticas e finalmente em 1973 os trabalhadores autônomos. Porém, proliferou-se também os contratos de prestação de serviços médicos com empresas privadas, favorecendo situações de corrupção devido à falta de controle por parte da previdência social. Isso resultou em uma crise econômica na previdência, acompanhada de uma crise política e também econômica no país como um todo (ANDRADE; SOARES; JÚNIOR, 2001).

Tal crise financeira no sistema previdenciário só se agravou e serviços disponibilizados acabaram se tornando inviáveis, podendo ser explicado pela enorme dispensação de recursos para os hospitais privados. A imprensa passou a ser palco de reivindicações por parte da própria previdência social, relacionadas aos “exageros” de internações e atendimentos de urgência, o que serviu como limitação aos grupos simpatizantes do desenvolvimento do setor privado hospitalar com incentivos financeiros provenientes da previdência social (POSSAS, 1989).

Tantos acontecimentos negativos fizeram nascer uma grande insatisfação dos brasileiros em relação à “política de saúde da ditadura”. Com isso, os recursos financeiros destinados ao custeio das ações de Saúde Pública foram minimizados ao máximo e a assistência médica oferecida pela Previdência Social caminhava para a falência. Dentro desse contexto, ocorreram manifestações de profissionais médicos, os quais estavam, de longa data, descontentes com as formas de atendimento em “massa”, com denúncias sobre a péssima

qualidade dos serviços. Os manifestos se acentuaram e entre o final dos anos 70 e o início dos anos 80, sindicatos e partidos políticos se inseriram nas manifestações. Enfim, incentivados pela situação precária da saúde e também pelos manifestantes já em atividade, foi a vez da sociedade se rebelar: associações de moradores de bairros e favelas, grupos de mulheres, Igrejas, entre outros grupos sociais, passaram a denunciar às autoridades competentes a situação caótica da Saúde Pública e ao mesmo tempo exigiam soluções para tais problemas (LUZ, 1991).

## 2.2 Reforma Sanitária Brasileira

Nessa temporalidade, as preocupações relacionadas às modificações no modelo de saúde predominantemente curativo eram mundiais, conduzindo à realização de conferências sobre saúde, educação e justiça social na tentativa de ampliação da concepção saúde-doença. Tais movimentos ficaram conhecidos como Reforma Sanitária e no Brasil resultou na criação do SUS. Entre as mudanças clamadas, a Medicina Preventiva era uma das mais desejadas, sendo esta uma evolução da higiene voltada a tratar da saúde evitando assim a doença. Os primeiros Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) foram criados na década de 1950 na Faculdade Paulista de Medicina e na de Ribeirão Preto (AROUCA, 2003).

A Medicina Preventiva trouxe novas dimensões e entre elas a educação médica. A partir disso, é no estudante que devem ser introduzidos esses princípios para que possam refletir na prática. Alguns questionamentos foram feitos, entre eles: as características dos estudantes e a ausência de condutas voltadas à prevenção na organização do ensino. Cabe ressaltar também a importância dos programas de medicina comunitária, os quais propunham a desmedicalização da sociedade através de programas de auto-cuidado da saúde. No Brasil, tais programas vincularam-se aos DMP (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

A Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, a qual ficou conhecida como Conferência de Alma-Ata que ocorreu em 1978 na Antiga União Soviética apresentou extrema importância no processo de reforma sanitária. A partir dela é que a saúde foi reconhecida pela primeira vez como um direito a ser alcançado através do acesso aos serviços de saúde e sendo a Atenção Primária a melhor estratégia. Nessa conferência foi enfatizada a

preocupação com a desigualdade social e a participação dos cidadãos no planejamento da saúde (OPAS, 1978).

Foi também na Conferência Alma-Ata que tiveram destaque os cuidados primários em contraponto ao modelo hospitalocêntrico. Foi tratada a proposta de fortalecimento da atenção primária a partir da prevenção de doenças e da promoção da saúde com ações de educação, mudança de hábitos, trabalho multidisciplinar, entre outros. Já na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que ocorreu em 1996 na cidade de Ottawa, tal termo foi definido como “processo de capacitação dos indivíduos e coletividades para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população” (WESTPHAL, 2007).

O Movimento Sanitário Brasileiro iniciou na década de 1970, no contexto da Ditadura Militar, a política de saúde adotada pelos militares priorizava o individual, a cura e a assistência, sendo pobre em ações preventivas e de Saúde Coletiva. Sendo assim, o movimento ficou caracterizado como uma força política que protestava contra o regime em vigor. Alguns médicos fortemente ligados ao movimento de reforma, criaram espaços para que as propostas de mudanças pudessem ser efetivadas e entre estes destacam-se o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Ainda com base nos autores acima, podemos afirmar que a década de 70 foi fortemente marcada por problemas relacionados à ineficiência de ações relacionadas à saúde da população e surgem inúmeras denúncias sobre tal situação caótica. Com o fim da Ditadura Militar, no ano de 1985, surge uma nova fase no Brasil chamada de Nova República, vista como redemocratização. A partir daí líderes do Movimento Sanitário assumem cargos importantes em instituições ligadas à saúde e em 1986 destaca-se a convocação para a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde foram lançados os princípios de Reforma Sanitária bem como as evidências de que as necessidades no setor da saúde ultrapassavam reformas administrativas e financeiras. Sendo assim, foi aprovada a criação do SUS, separando-o da Previdência.

Também foi nos anos 70 que nasceu no Brasil a Saúde Coletiva, área do conhecimento construída a partir de críticas à Saúde Pública tradicional. Veio para reconfigurar a interpretação de Medicina Integral: os comportamentos médicos não deveriam ser atribuídos

exclusivamente às escolas médicas. Valores foram incorporados à prática de saúde, entre eles a contribuição de novos saberes de caráter interdisciplinar e multiprofissional, pois o conhecimento vem da agregação de diversas áreas e uso diversificado de distintos saberes (MATTOS, 2001).

Enfim, a Medicina Preventiva, a Saúde Coletiva e o Movimento da Reforma Sanitária influenciaram fortemente as transformações na saúde, e falando especificamente do SUS, suas configurações aconteceram a partir da Reforma Sanitária.

### 2.3 A criação do SUS

Previamente à Reforma Sanitária, os recursos eram altamente centralizados e as decisões todas tomadas no âmbito federal através do Ministério da Saúde, o qual possuía a incumbência das ações preventivas e da Previdência Social com as ações curativas, de diagnóstico, tratamento e reabilitação. A parceria entre o Estado e o segmento privado era o que ofertava sustentação ao modelo de saúde vigente (VIANA, 2000).

Era gritante a falta de definições no sistema relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, ou seja, qual seria a porta de entrada dos usuários, a hierarquia e a regionalização, além da desintegração entre os serviços. A partir da rebeldia dos opositores ao modelo de saúde adotado na época, ocorreu como já foi mencionado o Movimento Sanitário, o qual veio com o propósito de construir um sistema integrado de assistência à saúde, descentralizado e de cobertura universal. Podemos destacar como primeiros avanços rumo ao SUS a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS) no ano de 1982 e o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLEL, 2005).

A partir do SUDS, o sistema privado teve seus contratos com o Estado limitados e então foi a vez de dar prioridade ao setor filantrópico. Tal mudança encontrou forte apoio dos governadores, parlamentares e entidades filantrópicas. Então, como visto, o início do processo de descentralização se deu através do SUDS e mais especificamente, a saúde como um direito de todos foi garantida a partir dos efeitos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, bem como da Constituição Federal de 1988 (VIANA, 2000).

Segundo Conh (2007), para que a saúde seja praticada realmente como direito de

todos, ela deve ser baseada em políticas públicas específicas, cujo público-alvo seja toda a população, independente da condição social específica de cada um.

A consolidação do SUS se deu através de duas importantes leis: a Lei n. 8080/90 e a Lei n. 8142/90. Respectivamente, a primeira trata dos princípios e diretrizes do SUS, enquanto a segunda exalta a importância da participação da comunidade nas decisões do sistema a partir da participação nos conselhos e conferências de saúde presentes e organizados nas três esferas do governo (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

O SUS traz consigo princípios doutrinários que são: a universalidade, a integralidade e a equidade. Quando falamos em universalidade nos referimos ao acesso de todos os cidadãos, sem discriminação, aos serviços ofertados. A integralidade nos faz considerar a complexidade do processo saúde-doença e o conjunto de ações que visam garantir a promoção, proteção e reabilitação da saúde. E por fim, porém não menos importante, temos a equidade que está relacionada à prioridade das ações e serviços aos que enfrentam maiores riscos, tanto de adoecer como de morrer (VASCONSELOS; PASCHE, 2007).

Com base no artigo n.194 da Constituição, o qual afirma que a seguridade social é definida como um conjunto integrado de ações, as quais partem do poder público e também da sociedade, com o objetivo de assegurar os direitos relacionados à saúde, à previdência e à assistência social, podemos sem nenhuma dúvida afirmar que o SUS compõe o sistema brasileiro de proteção social. Também podemos compreender o SUS como um conjunto articulado de serviços/ações de saúde e uma forma de organização pública da saúde nas três esferas de governo, bem como a organização da participação do setor privado, em caráter complementar, na prestação dos serviços de saúde à comunidade. Trata-se de um complexo sistema que presta, além dos serviços assistenciais, a articulação e a coordenação destes (BRASIL, 1988).

No entanto, vários foram os problemas diagnosticados na operacionalização do SUS, entre eles o financiamento das ações de saúde, a definição das funções específicas para cada esfera do governo, as formas de articulação entre o público e o privado e a resistência do modelo de saúde antigo na aceitação das propostas do SUS (VIANNA; DAL POZ, 1988).

Após a criação do SUS, o Ministério da Saúde lançou normas que regulamentaram o funcionamento do sistema, as quais foram chamadas de Normas Operacionais Básicas – NOB. Em 1991 foi lançada a primeira, chamada NOB91, e trouxe a recentralização das

políticas de saúde. Logo em 1993, a NOB93 incentivou novamente o processo de descentralização da saúde. Já a NOB96 ficou fortemente marcada pela implantação de dois importantes programas para a saúde brasileira: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), respectivamente criados nos anos de 1991 e 1994 (VIANA, 2000).

Com a NOB96 houve o início da aproximação do SUS, através do PSF, com a universidade, cujo foco era a formação e o treinamento dos recursos humanos, o que resultou na criação dos pólos de capacitação. Esses polos ficaram com a responsabilidade de formar os recursos humanos necessários para que o PSF expandisse conforme a demanda populacional e também proporcionasse uma formação mais próxima da realidade do sistema, criando um serviço de saúde equilibrado (VIANNA; DAL POZ, 1998).

Seguindo com o propósito de desenvolver e consolidar o SUS, foi criada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Traz a unidade básica de saúde, ou seja, a atenção primária, como a principal porta de entrada do usuário no sistema, bem como o meio de comunicação com os demais níveis de complexidade. Defende também que as unidades devem ser instaladas próximas do cotidiano das pessoas: das moradias dos locais de trabalho, das escolas, garantindo desta forma um acesso de qualidade. Traz como maior desafio dotar as unidades básicas de saúde com toda a infraestrutura necessária para a prestação de uma assistência qualificada (BRASIL, 2012).

O sistema de saúde atualmente está organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS), as quais são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, atrelados por um objetivo único com ações cooperativas e interdependentes, que buscam ofertar uma atenção integral e contínua à população, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora (MENDES, 2011).

As RAS possuem missão e objetivos comuns, trabalham de maneira cooperativa e interdependente, são determinadas sem hierarquia entre os pontos de atenção, defendem uma atenção integral com ações de prevenção, promoção, cura, cuidado, reabilitação e paliativo. São coordenadas pela APS com foco no ciclo completo de atenção e ainda possuem responsabilidades sanitárias e econômicas relacionadas à sua população. O conceito de hierarquia adotado previamente foi substituído pelo de poliarquia e o sistema de saúde passou a ser organizado como uma rede horizontal de atenção à saúde. Desta maneira, nas RAS não

existe uma diferença hierárquica entre os níveis de atenção e todos os componentes da rede possuem igual importância, sendo diferenciados apenas pela complexidade tecnológica que cada um possui (MENDES, 2010).

As discussões relacionadas as RAS existem há algum tempo no cenário brasileiro, no entanto só se tornaram oficiais a partir de dois documentos jurídicos: a Portaria Nº. 4.279 de 30 de dezembro de 2010, a qual dispõe sobre a organização das redes de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2010) e o Decreto Nº. 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/90 (BRASIL, 2011).

Enfatizando o Decreto Nº. 7.508 de 28 de junho de 2011, no que diz respeito às portas de entrada para as ações e serviços de saúde, são consideradas as seguintes: de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de espaço aberto, sendo ainda assegurado mediante justificativa a criação de novas portas de entrada aos serviços de saúde, conforme as características da Região de Saúde (BRASIL, 2011).

Mesmo com evoluções ao longo da história do sistema de saúde brasileiro, seguimos na constante busca pela superação do domínio da doença, ou seja, o foco estar sempre no tratamento ao invés da prevenção. Constantes novas concepções e novos modos de operacionalização das políticas devem surgir para que consigamos nos aproximar o máximo possível de um sistema de saúde que seja condizente ao ideal contido nas leis que o regulamentam (VASCONSELOS; PASCHE, 2007).

Concluindo este capítulo, podemos ressaltar com base na Constituição Federal de 1988, mais especificamente no Artigo n.196, que trata da saúde como direito de todos e dever do Estado, que um dos principais caminhos a ser percorrido para se chegar a uma sociedade justa e democrática é fazer com que o Estado cumpra, de fato, a sua responsabilidade perante à saúde de seu povo, tendo ela como uma das suas prioridades em seus planejamentos de governo, oferecendo condições necessárias para um povo cidadão, conhecedor de seus direitos e também de suas responsabilidades relacionadas à saúde.

### 3 PROCESSO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE

Tudo iniciou com a vinda da família real portuguesa em 1808 para o Brasil e respectiva instalação das duas primeiras escolas de medicina nas cidades do Rio de Janeiro e Salvador. No ano de 1879 fica estabelecida a criação de uma escola de farmácia e dois novos cursos: Odontologia e Obstetrícia. A primeira escola de Enfermagem veio em 1890 na cidade do Rio de Janeiro. Cursos como Biologia, Serviço Social, Educação Física e Nutrição foram criados entre 1934 e 1939. Psicologia, Fisioterapia, Biomedicina e Terapia Ocupacional vieram entre 1950 e 1970. E em meados dos anos de 1970 foi a vez de surgir o curso de Fonoaudiologia (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Nos anos de 1910, um médico americano chamado Abraham Flexner elaborou o Relatório de Flexner, o qual conduziu e ainda conduz em muitos locais o ensino e as práticas assistenciais na área da saúde. Possui como características de base: a divisão do ensino em módulos básico e profissional, o ensino baseado em disciplinas e especialidades voltadas principalmente para o ambiente hospitalar e uma visão fragmentada da saúde. No Brasil, o modelo flexneriano chegou no ano de 1940 e atuou nos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia e a formação acadêmica foi se caracterizando por conteúdos divididos em disciplinas que não se integram e que por sua vez não compreendem de fato a realidade da sociedade. O que prevalece nesse modelo é a atenção à saúde com foco no tratamento, no hospital e na complexidade. Tal modo carece de investimentos financeiros maiores em virtude da alta tecnologia e alto consumo das possibilidades diagnósticas. Não tardou para que os países pobres e os em desenvolvimento comessem a sofrer as consequências desse caro custeio e foi a partir disso que modelos de atenção com foco na integralidade, cuidado humanizado e promoção da saúde vieram a surgir. Diversos países da Europa e América repensaram o ensino e a assistência na saúde de tal forma que surgiu a proposta da Reforma Preventivista e da medicina integral (GONZÁLES; ALMEIDA, 2010).

Na década de 1950, o Brasil originou dois movimentos em prol de mudanças na educação superior, as quais foram: Medicina Comunitária com o objetivo de retomar conceitos da medicina anterior à explosão tecnológica e a Integração Docente Assistencial (IDA) com o intuito de inserir os estudantes na Atenção Primária através de atividades de extensão, o que se intensificou nos anos 1970 (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Apesar de ambos os movimentos terem surgido como uma opção às limitações impostas pelos gastos excessivos da alta tecnologia e complexidade do modelo flexineriano, os reflexos não repercutiram significativamente em mudanças no ensino, permanecendo a abordagem hospitalocêntrica e a prática assistencial fragmentada. A IDA não foi aceita de forma unânime e a participação dos docentes foi relativamente baixa, resultando em divisão das ações de assistência sem nenhuma transformação significativa nos currículos (GONZÁLES; ALMEIDA, 2010).

Considerando as persistentes necessidades de mudanças, nos anos 1990 a Fundação Kellogg ineditou um programa denominado UNI, o qual possuía como pretensão orientar a formação na perspectiva da multiprofissionalidade, fortalecer os programas de estágios curriculares nas comunidades, repensar a universidade como relevante para a sociedade e estimular a produção científica. Com a criação do Programa UNI, ocorreu a aproximação mais intensa dos três componentes básicos das mudanças na formação superior em saúde: universidade, serviço e comunidade. Entretanto o contexto político da época era desfavorável, o que exigiu das universidades, mais especificamente dos integrantes do Programa UNI, a criação de um novo movimento batizado de Rede Unida, o qual possuía a perspectiva de unir profissionais, estudantes e instituições que tivessem o mesmo objetivo, criar condições necessárias para que ocorressem as mudanças e novas experiências na formação profissional em saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Em 1991 foi realizado através da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM) um levantamento sobre o perfil das Escolas Médicas, o qual apontou uma discrepância entre a formação dos profissionais e às demandas da população. O levantamento também confirmou o ensino centrado no repasse de conhecimento tendo como emissor único o professor e também a superespecialização dos profissionais (GONZÁLES; ALMEIDA, 2010).

Estabelecido o desafio de as universidades juntamente com o SUS formarem profissionais com a capacidade de trabalhar em equipe, criativos, bem como comprometidos com a humanização na saúde, foi criada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996, a qual confere às Instituições de Ensino Superior (IES) graus de autonomia que permitem a formulação de currículos inovadores, adequando-os às realidades regionais e institucionais (BRASIL, 1996).

No ano de 2002 foi formada uma parceria entre o MS, Ministério da Educação e Cultura (MEC), Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Rede Unida para a Operacionalização de um Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED). O referido programa vislumbrava a implantação e permanência das mudanças necessárias na formação médica (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

O Ministério da Saúde adotou a mudança na formação superior, de fato, como uma de suas prioridades e no ano de 2003 criou o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), o qual possui como objetivo norteador propor ações e também executá-las a nível de formação técnica, de graduação e pós-graduação como também de educação permanente dos trabalhadores da saúde. Através desse novo departamento foram desenvolvidos diversos programas para que os objetivos estabelecidos pudessem ser alcançados (GONZÁLES; ALMEIDA, 2010).

O primeiro programa instituído foi o VERSUS: Vivência-Estágio na Realidade do SUS, entre os anos de 2003 e 2004 com o intuito de possibilitar um ambiente de aprendizagem com estreitamento das relações entre as universidades e o SUS. Logo em 2004 nasceu o Aprender SUS, que teve um papel indiscutível na ênfase da integralidade como eixo norteador das mudanças na formação em saúde. Para capacitar ainda mais os envolvidos nesse processo de transformações da formação foi criado um Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança nas Profissões da Área da Saúde, cujas disciplinas foram determinadas com base no currículo integrado (BRASIL, 2004).

No ano de 2005, baseado no PROMED e instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC n. 2.101 de 03 de novembro de 2005, foi lançado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) com o objetivo de integrar as instituições de ensino-serviço, assegurando desta forma uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica (BRASIL, 2007).

Já em 2008 foi tornado público o edital de seleção para a segunda edição do programa, denominado PRÓ-Saúde II. Nesta edição o propósito foi de consolidar a reorientação da formação profissional, ampliar a integração ensino-serviço e seguir com a busca contínua pela integralidade, multiprofissionalidade e qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 2008).

Passados cinco anos, em 2010 foi apresentado o PET-Saúde, instituído pela Portaria

Interministerial MS/MEC n. 421 de 03 de março de 2010, o qual foi pensado para promover a formação de grupos de aprendizagem tutorial com atividades focadas no desenvolvimento do SUS e também favorecer a integração entre ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2010a).

Entretanto, apesar de todos os avanços na formação dos profissionais da saúde no Brasil, ainda predomina uma formação alheia à integralidade e um planejamento de ações assistenciais pouco relacionado com a realidade social e epidemiológica da população (BRASIL, 2007).

Nessa fragmentação da universidade brasileira, os currículos ainda são pouco flexíveis, altamente especializados e praticamente nada interdisciplinares, dificultando sem dúvidas a realização de um trabalho em equipe de qualidade. Versando sobre o enfoque pedagógico, em sua maioria limitado às metodologias chamadas de tradicionais, em que a informação é transmitida ao estudante sem que seja instigado neste a prática do pensamento crítico. São raras as vezes que encontramos instituições de ensino superior fielmente engajadas com a abordagem interdisciplinar e o trabalho em equipe multiprofissional, o que por sua vez acaba por refletir em uma formação individualizada e com predomínio de ações de assistência à saúde fragmentadas (ALMEIDA FILHO, 2013; BRASIL, 2007).

Como exemplo mundial de tentativas de mudanças para a dificuldade de transformações educacionais devido a formação docente precária temos a Fundação para o Avanço da Educação Médica Internacional e Pesquisa – FAIMER. Esse órgão foi criado nos Estados Unidos, mais precisamente na Filadélfia, no ano de 2001 e possui como objetivo o desenvolvimento da capacidade qualificada dos professores em educação médica para países em desenvolvimento através de estratégias de reforço do corpo docente da escola médica (BURDICK; MORAHAN; NORCINI, 2007). Trabalha com a criação de programas de capacitação em educação médica para melhorar a saúde da população. Tais programas oferecem bolsas para professores dos cursos da área da saúde com o intuito de aprimorar as habilidades educacionais. No Brasil iniciou no ano de 2007, primeiramente com o curso de medicina e após se expandiu aos demais cursos da saúde. O modelo de capacitação do FAIMER adota ações como: grupos de exercícios on-line entre os participantes, interação e diálogo frequentes para troca de experiências, educação à distância de qualidade através de plataformas on-line, incentivo à participação de eventos científicos, bem como o desenvolvimento de grupos de aprimoramento locais e regionais coordenados por

ex-participantes do programa (AMARAL et al., 2012).

Nos subcapítulos que se seguem, serão abordados alguns tópicos predominantes no processo de formação em saúde. Serão detalhados de uma forma mais minuciosa: as reformas ocorridas nos conteúdos curriculares dos cursos da saúde, a integralidade adotada como base da formação em saúde, a relevância da interprofissionalidade e aspectos sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

### 3.1 Reforma curricular nos cursos da saúde

Em concordância com os autores Gonzáles e Almeida (2010) citados no capítulo anterior, utilizamos agora Feuerwerker e Marsiglia (1996) para iniciar uma retrospectiva sobre as transformações curriculares no ensino superior em saúde. O primeiro modelo de ensino existente no Brasil foi o flexineriano, o qual caracterizava-se basicamente pela prática fundamentada no eixo hospital-escola, com um currículo altamente fragmentado e especializado, defendendo a forma tradicional de ensino, ou seja, adotando o professor como sujeito principal.

Ainda falando sobre as bases do modelo de ensino flexineriano, podemos ressaltar que os fenômenos vitais eram explorados de forma mecanicista, a tecnologia era vista como a resolução de quase todos os problemas e a doença possuía papel principal excluindo a saúde da abordagem do processo saúde-doença. Os reflexos desse modelo resultaram na organização de currículos difundidos na visão biologicista e hospitalocêntrica (NOVAES, 1990).

Em contrapartida ao modelo de formação em saúde vigente na época, a realidade e as necessidades da sociedade no que diz respeito à saúde eram outras e isso fez com que iniciassem as aclamações em defesa de transformações na formação dos profissionais em saúde, as quais eram justificadas pelas discrepâncias existentes entre a formação e a realidade social (DUSSALT; SOUZA, 2000).

A partir disso, eventos começaram a ser pensados com o objetivo de debater tais mudanças e formas de concretizá-las de fato. Entre os mais importantes estão a VIII Conferência Nacional de Saúde com a criação do SUS e a instauração da Lei Orgânica da

Saúde. Nestes dois acontecimentos foram determinados aspectos como a introdução de uma política de recursos humanos para o SUS e a revisão dos conteúdos curriculares dos cursos da saúde, as quais deveriam estar, a partir de então, ajustadas às realidades populacionais, possibilitando assim uma formação centrada na integralidade (ROMANO, 1999).

A pressão sobre as universidades cresceu cada vez mais, principalmente no sentido de relevância às necessidades sociais e o aumento nas pesquisas e produções científicas. Para que tais necessidades fossem atendidas e superadas foram propostas mudanças impactantes na metodologia de ensino superior adotada na época, pois observou-se que os estudantes deveriam aprender a aprender e que habilidades como comunicação, trabalho em equipe e pensamento crítico deveriam estar fortemente presentes em suas formações (BRAGA, 2000).

Para fortalecer as transformações no processo de formação de recursos humanos para a saúde, foram também adotadas no Brasil na década de 1990 as orientações da Network of Community-oriented Educational Institutions for Health Sciencesw (NETWORK), organização de origem Estado-Unidense que foi criada como proposta de inovação na formação em saúde (SILVA et al., 2000).

Em 1996 foi criada a Lei nº. 9.394 de dezembro de 1996, a qual trata das diretrizes e bases da educação nacional. Tal lei foi extremamente favorável para as possibilidades de mudanças na formação superior em saúde, pois permitiu a flexibilização dos currículos ultrapassando desta forma as barreiras impostas pela ênfase nas disciplinas e cargas horárias a serem cumpridas (MARTINS; HADDAD, 2001).

Em 2001 foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação na área da saúde. Com o objetivo de proporcionar maiores mudanças para a educação superior, elas defendem a substituição de um modelo centrado na individualidade, fragmentação do cuidado e rigidez dos currículos, por um modelo mais flexível, com foco na promoção e prevenção antes do tratamento e também metodologia e cenários de ensino mais diversificados. No entanto ainda nos dias atuais são encontradas diversas barreiras para que sejam implementadas, principalmente relacionadas à adesão dos docentes, pois muitos acreditam que a integração é sinônimo de ameaça para a qualidade de sua disciplina (STELLA; PUCCINI, 2008).

A partir de questionamentos sobre o ensino é que foram pensadas e elaboradas as

DCN. Muito antes de serem aprovadas e publicadas, as DCN já eram debatidas e desejadas. Como exemplo disso trazemos o período entre as décadas de 40 e 60 onde o Brasil viveu um momento de intensas modificações e adaptações em diversos cenários, inclusive na educação, bem como o surgimento de importantes críticos sobre o assunto e entre eles salientamos o educador Paulo Freire, vastamente conhecido pela sua sede de mudanças. Em meados de 1959, utilizou em sua tese a seguinte temática: a reflexão sobre o antagonismo entre o momento histórico de uma sociedade que se democratiza e necessita formar cidadãos, e o ensino centrado na palavra desvinculada da realidade que deveria representar. Tal exemplo mostra que há muito tempo se esperava por mudanças no cenário educacional (TOLEDO, 1997).

Especificamente, em 03 de outubro de 2001, foi publicado no Diário Oficial da União o documento final contendo as DCN para os cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Os princípios de tais Diretrizes Curriculares eram:

- Assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas;
- Indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporão os currículos, evitando, ao máximo, a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas, as quais não poderão exceder 50% da carga horária total dos cursos. A Comissão da CES, baseada neste princípio, admite a definição de percentuais da carga horária para os estágios curriculares nas Diretrizes Curriculares da Saúde;
- Evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação;
- Incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa;
- Estimular práticas de estudo independente, visando uma progressiva autonomia intelectual e profissional;
- Encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referiram à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada;
- Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão;
- Incluir orientações para a conclusão de avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados e sirvam para informar às instituições, aos docentes e aos discentes acerca do desenvolvimento das atividades do processo ensino-aprendizagem.

Já em 20 de junho de 2014 foi publicado, também no Diário Oficial da União, o documento contendo as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em medicina. Em seu Art.4º trata da formação do aluno de medicina dividida em áreas, que são: I- atenção à saúde; II- gestão em saúde; III- educação em saúde. Fala com propriedade sobre cada uma das áreas e suas particularidades, das competências esperadas dos alunos, das necessidades de atenção coletiva e individual. Ao abordar os conteúdos curriculares e o projeto pedagógico, traz orientações como:

Art.26º. O Curso de Medicina terá projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, pesquisa e extensão, esta última, especialmente por meio da assistência.

Art.29º. VII- utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional.

### 3.2 Integralidade como base na formação em saúde

A integralidade juntamente com a universalidade e equidade formam um conceito tríplice, o qual é capaz de expressar o idealismo da Reforma Sanitária Brasileira (CECÍLIO, 2001). É insuficiente classificar a integralidade apenas como uma diretriz do SUS, pois ela é uma expressão das características desejáveis do sistema de saúde. Reflete um conjunto de valores pelos quais se deve lutar, uma vez que se ligam à idéia de uma sociedade mais justa (MATTOS, 2001).

Para Mattos (2001) a integralidade possui três sentidos: como um valor da boa medicina, como modo de organizar práticas e como políticas especiais. O valor da boa medicina relaciona-se com o Movimento da Medicina Integral de origem estadunidense que questionava as ações fragmentárias e reducionistas que os médicos executavam diante de seus pacientes. Em outras palavras tratava-se de uma crítica à assistência especializada. Portanto a

Medicina Integral defende a não redução do paciente ao sistema biológico e no Brasil está atrelada à Medicina Preventiva e ao Movimento Sanitário. No segundo sentido, apontado como modo de organizar as práticas no cotidiano dos serviços de saúde, destaca-se a crítica da dicotomia do sistema de saúde, ou seja, a saúde pública e a assistência médica abordadas separadamente. O auge da dicotomia do sistema foi na década de 70 onde o antigo Sistema Nacional de Saúde (SNS) possuía divisão de suas instituições onde o MS era responsável pela saúde pública e o Ministério da Previdência Social pela assistência médica. Com o surgimento do SUS as ações foram incorporadas todas em um mesmo sistema e a integralidade se apresenta como uma maneira de organizar os serviços que devem estar preparados para atenderem tanto a demanda programada quanto a demanda espontânea. E por fim, o terceiro sentido para a integralidade está atrelado às respostas governamentais dadas aos problemas de saúde ou às necessidades de grupos específicos como a questão da desnutrição, da mortalidade materna e infantil, dentre outros por exemplo. Tais ações são trabalhadas geralmente através de programas tendo como meta a integralidade na assistência.

Já Cecílio (2001) traz duas diferentes definições para a integralidade da atenção: a focalizada e a ampliada. Na primeira denominação a integralidade deve ser resultado da união de vários saberes de uma equipe multiprofissional, trabalhando em um espaço bem delimitado de determinado serviço de saúde. Nesse contexto deve prevalecer o compromisso e a preocupação em se fazer a melhor escuta e entendimento das necessidades de saúde daquele sujeito. O resultado da integralidade focalizada é condizente ao esforço individual de cada profissional e também da equipe como um todo. O autor defende que a integralidade focalizada deve estar presente em todos os serviços de saúde, até mesmo nos mais especializados. Na segunda denominação, exposta como integralidade ampliada, nos referimos à articulação das múltiplas integralidades focalizadas. Seria a integralidade no “micro” refletida no “macro”. Assim, a integralidade ampliada seria a articulação entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional e da rede de serviços de saúde como um todo.

A integralidade deve ser pensada a partir das necessidades de saúde da comunidade. Desta forma, ao se identificarem tais necessidades, estas devem ser o foco das intervenções das equipes assistenciais. As necessidades de saúde são complexas e devem ser claramente compreendidas pelos trabalhadores da saúde para que estes ofereçam uma atenção

humanizada e qualificada (STOTZ, 1991).

Segundo Stotz (1991) as necessidades de saúde são divididas em quatro grandes grupos. No primeiro grupo estão as necessidades relacionadas a se ter boas condições de vida, grupo este que se explica a partir do pensamento de que a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde. Já no segundo grupo estão as necessidades de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e/ou prolongar a vida. Logo no terceiro grupo estão as necessidades que dizem respeito à criação de vínculos afetivos entre os usuários e as equipes de saúde. E por fim, no quarto grupo estão as necessidades individuais de cada sujeito em ter crescente autonomia no modo de levar a vida.

É relevante esclarecermos a distinção entre demanda e necessidade quando falamos sobre necessidades de saúde. Enquanto a demanda é o pedido explícito de ajuda, a necessidade é a busca de respostas para as más condições de vida, como por exemplo a busca por alguma tecnologia para melhorar e/ou prolongar a vida (CECÍLIO, 2001).

Nesse contexto conseguimos compreender que as necessidades de saúde dependem do cotidiano dos sujeitos envolvidos. Cabe especificarmos o significado de cotidiano, que segundo Pinheiro (2001, pág.65) pode ser referido como “o locus onde se expressam não somente as experiências de vida, na perspectiva individual que o termo possa conter, mas contextos de relações distintas que envolvem tanto pessoas como coletividades e instituições, em espaços e tempos determinados”.

### 3.3 Educação Interprofissional em Saúde

Uma das principais estratégias para que a integralidade seja característica existente nos profissionais de saúde é a educação interprofissional, pois assim consegue-se ir ao encontro dos aspectos biopsicossociais e olhar o processo saúde-doença em todas as suas dimensões, considerando a visão dos diversos profissionais envolvidos, deixando de lado a visão estritamente biomédica da saúde (BATISTA, 2012).

A Educação Interprofissional (EIP) pode ser explicada como a ação na qual constituintes de mais de uma profissão interagem e aprendem juntos, com o mesmo objetivo final. Para que a interação ocorra de uma forma adequada é necessário que os participantes

sejam ativos na troca de conhecimentos das diferentes áreas profissionais (REEVES et al., 2013).

Trazendo a EIP especificamente para a área da saúde, podemos salientar que a nível mundial é reconhecida há mais de 30 anos como ícone indispensável para o sucesso da assistência qualificada, devida a mudança que proporciona no perfil dos profissionais (GOELEN et al., 2006).

A OMS, no ano de 2013, trouxe à público um documento cujo objetivo era de modificar a educação profissional com o intuito de atender às necessidades de saúde da população de uma forma equânime. Neste documento continham recomendações, as quais eram: educação e treinamento institucional com programas de desenvolvimento profissional para o corpo docente relacionado às necessidades de saúde das comunidades, implementação de políticas obrigatórias de educação, inovação na formação universitária com a contratação de profissionais da saúde, adaptações curriculares com ênfase nas necessidades de saúde da população, inclusão de métodos de simulação de alta e baixa fidelidade, desenvolvimento de políticas de inclusão social dos estudantes e adoção da EIP nos cursos de graduação e pós-graduação (WHO, 2013).

De extrema relevância, salientamos agora o significado da prática interprofissional colaborativa, a qual se refere à conexão entre equipes de diferentes serviços assistenciais na rede de atenção, ou seja, não se limita ao trabalho de uma única equipe. A prática interprofissional colaborativa vence as práticas multiprofissionais indicadas em muitos documentos já citados e assume a necessidade de promoção de interação entre as diferentes profissões por meio do trabalho e responsabilização conjunta sobre os resultados do cuidado integral do paciente. (PEDUZZI et al., 2013).

Foram identificados alguns desafios para a implementação da EIP nos países em desenvolvimento, os quais podemos expor: complexa estrutura curricular, limitação de recursos, estereótipos profissionais, falta de programas de acreditação de EIP, falta de liderança. E frente os obstáculos citados, podem ser adotadas algumas estratégias de superação, que são: introdução da aprendizagem baseada em problemas nos currículos para aumentar o interesse dos estudantes, ênfase nas atividades práticas da formação, introdução de inovações por meio da aprendizagem on-line, participação ativa de estudantes, corpo docente e profissionais dos campos de estágio na avaliação curricular dos cursos, introdução de

currículos flexíveis, presença de docentes e dirigentes da universidade que apoiem a proposta, criação de grupos de trabalho para planejamento de estratégias de EIP, busca de apoio financeiro, institucional e recursos para implementação e manutenção dos programas de EIP (SUNGUYA et al., 2014).

Devida a importância que possui, a educação interprofissional com foco na integralidade deve ser adotada tanto nos cursos de graduação como nos cursos de pós-graduação e educação permanente em saúde, para que assim os profissionais sejam constantemente lembrados e instigados, independente do seu nível de formação, a praticarem o cuidado centrado na integralidade (BARR et al, 2005).

Ainda com base no autor citado anteriormente, podemos afirmar que a educação interprofissional oferece espaço para discussões maiores sobre a grande temática da saúde e consequentemente o aprimoramento e qualificação das ações. O conhecimento é algo baseado no construtivismo e o aprender interprofissional se reflete de forma positiva na assistência prestada. Conseguimos também através da educação interprofissional valorizar todas as classes profissionais classificadas no campo da saúde, diferentemente do passado onde o médico era visto como ator principal. Para que consigamos, de fato, colocar em prática essa modalidade, precisamos respeitar alguns propósitos educacionais indispensáveis, tais como: considerar o conhecimento prévio dos envolvidos e embasar a aprendizagem nas interações e práticas cotidianas.

### 3.4 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um tema que vêm sendo cada vez mais abordado e debatido pela importância que seus resultados positivos apresentam tanto na qualificação profissional como na assistência à saúde da população. Na América Latina o assunto ganhou espaço em 1985, onde grupos de trabalhadores começaram a defender o processo de trabalho como proporcionador de aprendizagem. Já em 1990, para fortalecer ainda mais a positividade da EPS, a Organização Panamericana de Saúde através de seu Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos lançou um conjunto de documentos que demonstravam experiências exitosas sobre o assunto e passou a proporcionar possibilidade de

intercâmbio com o propósito de trocar experiências positivas e capacitar cada vez mais os trabalhadores da saúde (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1990).

No Brasil a EPS começou a ser pensada como política pública a partir de discussões no Conselho Nacional de Saúde, de pactuações na comissão intergestores tripartite até chegar na sua legitimação na 12ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 2003. Todos esses debates levaram à publicação da portaria 198 GM/MS, que possui como finalidade regulamentar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005a).

A portaria Nº198 GM/MS conceitua a EPS como: “A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”. Defende que o conhecimento seja alicerçado a partir das experiências dos profissionais e da realidade local, e ainda afirma que os processos de aprendizagem devem ser guiados pelas necessidades da população local, da gestão setorial e do controle social (BRASIL, 2005a).

Ainda podemos salientar o objetivo final da PNEPS:

[...] garantir uma atenção à saúde de qualidade, desenvolvendo a autonomia da população em relação a sua própria saúde, satisfazendo suas necessidades de saúde e de educação em saúde, fazendo com que ela seja capaz de exercer conscientemente a participação social das políticas públicas para o setor (BRASIL, 2005b, p.25).

Ao contrário do modelo tradicional de aprendizagem, onde o professor é o sujeito principal e o aluno é apenas o receptor das informações repassadas, na EPS a concepção pedagógica é apoiada no construtivismo, o qual não é classificado como uma nova técnica ou um novo método, mas sim como um novo paradigma de aprendizagem, onde a metodologia adotada fica a critério do educador (ROSA, 2003). Nessa concepção pedagógica o sujeito que está sendo educado é estimulado a participar ativamente do aprendizado, compartilhando com os demais suas experiências vividas e os temas que domina (ROSA, 2003; FREIRE, 2002).

A demanda por profissionais de saúde capacitados em atender as necessidades populacionais de forma integral exige a inovação no que diz respeito aos métodos

educacionais utilizados, minimizando o método tradicional de exposição do professor e escuta do aluno, para então adotar práticas pedagógicas baseadas na ética, reflexão e transformação (DENT, 2001).

Ao utilizarmos a palavra inovação estamos nos referindo ao rompimento com o método dominante, a evolução nas diferentes dimensões do processo de ensinar, a busca constante por práticas inovadoras e também a utilização da tecnologia em prol da educação. Quando métodos inovadores de ensino-aprendizagem são praticados, a responsabilidade maior deixa de ser do professor, passando o aluno a ser responsável tanto quanto ou mais, pelo seu aprendizado (CUNHA et al., 2001).

Podemos citar como exemplo de inovação a educação problematizadora, onde o conhecimento e experiências de vida do aluno são considerados na assimilação do conteúdo. Neste método, o conhecimento não é repassado por completo ao aluno sem exigir deste nenhum tipo de esforço, reflexão ou aprofundamento, mas sim repassado na forma de problema, o qual deverá ser desvendado e construído com base no saber prévio e experiências diárias (MITRE et al., 2008).

Considerando a relevância que possui na educação, cabe expor aqui, os quatro eixos fundamentais norteadores da educação no século XXI, apresentados no Relatório de Jacques Delors (2000), que são:

-Aprender a conhecer, combinando uma cultura geral, suficientemente ampla, com a possibilidade de estudar, em profundidade, um número reduzido de assuntos, ou seja: aprender a aprender, para beneficiar-se das oportunidades oferecidas pela educação ao longo da vida.

-Aprender a fazer, a fim de adquirir não só uma qualificação profissional, mas, de uma maneira mais abrangente, a competência que torna a pessoa apta a enfrentar numerosas situações e a trabalhar em equipe. Além disso, aprender a fazer no âmbito das diversas experiências sociais ou de trabalho, oferecidas aos jovens e adolescentes, seja espontaneamente na sequência do contexto local ou nacional, seja formalmente, graças ao desenvolvimento do ensino alternado com o trabalho.

-Aprender a conviver, desenvolvendo a compreensão do outro e a percepção das interdependências – realizar projetos comuns e preparar-se para gerenciar conflitos – no respeito pelos valores do pluralismo, da compreensão mútua e da paz.

-Aprender a ser, para desenvolver, o melhor possível, a personalidade e estar em condições de agir com uma capacidade cada vez maior de autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal. Com essa finalidade, a educação deve levar em consideração todas as potencialidades de cada indivíduo: memória, raciocínio, sentido estético, capacidades físicas, aptidão para

comunicar-se.

A educação deve ser associada aos quatro pilares norteadores para que seja efetiva e de qualidade, pois só assim o ser é visto em sua totalidade, considerando que os pilares são caracterizados positivamente por abordarem aspectos cognitivos e também de relacionamento humano (LEAL; AMERICANO; BUENO, 2003).

É adequado agora explicar as diferenças entre EPS e Educação Continuada (EC), método também muito utilizado na saúde. Enquanto a EPS trabalha com a problematização e a aprendizagem significativa, a EC é embasada pela pedagogia tradicional de transmissão do conhecimento. O objetivo principal da EC é aprimorar uma competência já existente e manter o profissional da saúde sempre atualizado. As ações educativas não são planejadas considerando as realidades locais, o que dificulta significativamente o atendimento às demandas populacionais e o que ganha maior atenção é o aperfeiçoamento da técnica, proporcionando assim a fragmentação do cuidado e a atuação profissional individual (RIBEIRO; MOTTA, 2006).

Ainda falando da problematização como ferramenta de trabalho da EPS, podemos reforçar que é utilizada para abordar e conhecer a realidade e a partir disso pode ser produzido conhecimento ou definidas ações de saúde. Problematização não existe sem reflexão, ou seja, os problemas devem ser levantados e questionados com a finalidade de se compreender como ocorreram. É de suma importância enfatizar que tal reflexão deve ocorrer em grupo, pois além de estimular a interdisciplinaridade, é visto como algo mais fidedigno (BRASIL, 2005c).

O desejo de mudança está intimamente ligado à problematização da realidade, pois instiga no sujeito a inquietude e sensação de que suas ações não estão sendo suficientes para superar os obstáculos impostos pelo trabalho. Viver os problemas, identificá-los e refleti-los são os caminhos vistos como ideais para que a inquietude e insatisfação seja despertada e então alternativas para mudanças sejam repensadas (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

A reflexão sobre o problema desenvolve habilidades como a escuta e a visão do sujeito na sua integralidade. Com isso fica claro que a problematização é algo fundamental

para que mudanças ocorram, independente do cenário que o problema está inserido. A seguir reforçamos ainda mais essa ideia:

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e da qualidade, a equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde [ . . . ]. (CECCIM, 2005b, p.165).

A EPS prioriza a aprendizagem significativa como método educativo, a qual busca promover e produzir sentidos. Também podemos nos reportar à aprendizagem significativa como algo que busca responder à uma indagação, diferentemente do método tradicional de aprendizagem, no qual se retém o conhecimento. Para que a aprendizagem significativa ocorra é necessário que o indivíduo esteja motivado, ou seja, dominado pelo desejo de se apropriar de novos conhecimentos. Esse tipo de aprendizagem defende que a transformação das práticas esteja embasada na reflexão das práticas de trabalho (BRASIL, 2005c).

Para que a aprendizagem significativa ocorra de forma eficaz, todo o processo que a antecede, bem como ela em específico, devem ocorrer no ambiente de trabalho, ou seja, no cotidiano das pessoas e das instituições. Outro ponto fundamental é que sempre devem ser considerados os conhecimentos e experiências prévios dos profissionais (BRASIL, 2005b).

A EPS deve ocorrer de forma descentralizada e interdisciplinar, ou seja, precisa ser planejada e desenvolvida conforme a realidade de cada localidade e deve envolver vários saberes. A partir disso, a EPS também foca no trabalho em equipe, algo indispensável para que a integralidade seja praticada e também as demandas populacionais sejam atendidas (BRASIL, 2005b).

Segundo Ceccim (2005c), o trabalho em equipe deve ocorrer com a participação de todos os integrantes de tal equipe, bem como do sujeito que recebe a assistência. O autor também afirma que “A prática de educação permanente em saúde congrega, articula e coloca

na roda/rede diferentes atores, destinados a todos um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde”.

Um dos maiores, se não o maior, obstáculo no trabalho em equipe é a falsa ideia de que existe equipe perfeita e de que todos os integrantes possam apresentar as mesmas opiniões. Para a constituição de uma equipe de qualidade é preciso que os profissionais sejam apossados da compreensão sobre o processo de construção-desconstrução-reconstrução, além da capacidade de lidar com as diferenças interpessoais e também tentar minimizar ao máximo as lacunas que impeçam o avanço das equipes (MATUMOTO, 2005).

A integralidade também ganha papel de destaque na EPS. Segundo o MS (BRASIL, 2005c), colocar o usuário no centro da gestão é primordial quando se quer trabalhar com integralidade. A integralidade não pode ser tomada como um conceito, mas como um ideal regulador, impossível de ser plenamente atingido. No entanto, o caminho que se percorre na busca pela integralidade propicia uma relação de respeito, escuta e aproximação entre usuários e profissionais, além de promover o trabalho em equipe e a autonomia do usuário.

A EPS propõe o rompimento do sistema verticalizado de saúde, no qual os hospitais, mais enfaticamente os especializados, são considerados mais importantes quando comparados à atenção básica. Também oferecemos ênfase ao contexto em que a EPS sugere a articulação entre os três níveis de atenção à saúde: serviços de atenção básica, ambulatorios de especialidades e hospitais. Isso tudo com a proposta de formar uma assistência capaz de atender as necessidades de saúde de cada pessoa (BRASIL, 2005d).

Com o intuito de implementar os principais conceitos defendidos pela EPS que são integralidade, problematização e aprendizagem significativa, foram instituídos os Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) através da Portaria 198 GM/MS no ano de 2004. Os pólos podem ser classificados como fortes aliados da implementação e gestão da EPS, pois neles acontecem discussões e tomadas de decisões sobre ações e serviços do SUS e ainda sobre a formação em saúde. Sobre a formação em saúde, são nesses locais que as necessidades são levantadas e as estratégias para superação são planejadas, bem como a elaboração de políticas públicas voltadas a esse tema (MICCAS; BATISTA, 2014). A seguir será especificado o quadrilátero formador dos Pólos:

- Gestores: formado por representantes dos gestores estaduais, municipais de saúde e de educação;
- Formadores: contemplando instituições com cursos na área da saúde, escolas técnicas, escolas de saúde pública, núcleos de saúde coletiva e demais centros formadores das secretarias estaduais e municipais de saúde;
- Serviços: representado pelos trabalhadores de saúde, hospitais e demais serviços de saúde;
- Controle social: incluindo os conselhos municipais e estaduais de saúde, movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e movimentos estudantis.

O propósito maior em relação à criação dos PEPS foi de fomentar a articulação interinstitucional e promover a formação e educação permanente de recursos humanos na saúde. A partir disso, desempenham as seguintes funções:

- I - identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;
- II - mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas);
- III - propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;
- IV - articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;
- V - formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base localregional;
- VI - estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde; e
- VII - estabelecer relações cooperativas com as outras articulações localregionais nos estados e no País.

A organização dos pólos se dá em locorregiões, termo este que representa a união de outros dois importantes termos: a regionalização que aproxima a população dos serviços de saúde e a hierarquização que facilita a organização dos serviços. Com a característica locorregional cada pólo ficará com a incumbência de um especificado território e a superação das demandas relacionadas às necessidades de formação e desenvolvimento locais. Em estados com vários pólos, fica na responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde reuni-los periodicamente com a intenção de preservar os propostos iniciais da PNEPS e também promover a articulação e cooperação entre os pólos (CAMPOS et al., 2006).

Os pólos funcionam com a premissa de rodas de discussões, para que juntos todos os envolvidos possam de fato trabalhar a EPS. Nessa modalidade não existe um comando vertical e único, podendo assim todos colaborarem. São levantadas necessidades e elaboradas estratégias com a intenção de interferir na formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde (BRASIL, 2005b).

As rodas de discussões são de extrema importância pois dessa forma todos os participantes podem expor suas experiências e necessidades e se aproximar cada vez mais de ações resolutivas condizentes com a realidade local de cada um. Ceccim e Feuerwerker (2004) enfatizam ainda mais a relevância da roda:

A roda serve para alimentar circuitos de troca, mediar aprendizagens recíprocas e/ou associar competências. É por estarem em roda que os parceiros criam possibilidades à realidade, recriam a realidade e/ou inventam realidades segundo a ética da vida que se anuncia nas bases em que são geradas (Ceccim; Feuerwerker, 2004, pág.48).

Além do mais, as discussões em roda também permitem o fortalecimento do profissional como ser pensante sobre políticas, projetos, programas e práticas sociais (CAMPOS, 2000).

Finalizando este capítulo, é de extrema relevância associar a PNEPS às modificações metodológicas necessárias para que ocorram as transformações desejadas no processo de formação em saúde. A partir da lógica de que a educação permanente deve ser

descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, devem ser defendidas e aplicadas algumas questões como: democratização institucional, desenvolvimento da capacidade de aprendizagem através de métodos inovadores, desenvolvimento de habilidades de docência, criatividade na maneira de enfrentar as situações diárias, trabalho desempenhado em equipe e práticas assistenciais baseadas na crítica, ética e humanização (NASCIMENTO, 2013).

Também é indispensável a utilização constante do quadrilátero da formação para a área da saúde, pois sem a articulação entre ensino + gestão + práticas de atenção + controle social é impossível construir e organizar uma educação priorizando as necessidades populacionais e com foco nas mudanças necessárias para que melhorias significativas aconteçam no SUS (MARTINS; LAZZAROTO, 2011).

#### **4 TRAJETÓRIA DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO: PET-SAÚDE**

Considerando o contexto do setor da saúde, identificou-se com o passar do tempo a necessidade de se investir em instrumentos que viessem a qualificar a formação do futuro profissional da saúde. No entanto, também é viável salientar que investir apenas na qualificação das disciplinas tradicionais não basta para que as demandas existentes sejam superadas e os objetivos do SUS sejam alcançados. Como tentativa de superar tais impasses, o MS e o MEC precisam andar de mãos dadas, mantendo um diálogo com troca de idéias em distintas esferas. É de suma importância que sejam estabelecidas relações de responsabilidade e compromisso entre o SUS e as instituições formadoras dos futuros profissionais para que mudanças significativas no processo de formação ocorram de fato (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Reforçando a afirmativa feita anteriormente, de que investir apenas na qualificação das disciplinas tradicionais não é o suficiente para que os profissionais saiam dos bancos universitários capacitados para o mercado de trabalho, trazemos o exemplo do Ministério da Educação que vêm implementando há alguns anos o Programa de Educação Tutorial, o qual possui como foco fomentar grupos de aprendizagem tutorial com a concessão de bolsas de iniciação científica para alunos e professores. É visto como um complemento à formação acadêmica pois estimula atividades extracurriculares, ampliando assim os conteúdos que integram os currículos (BRASIL, 2002a).

O SUS também têm apresentado iniciativas com o propósito de estimular mudanças no processo de formação através do pensamento crítico. Um exemplo significativo é o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), o qual foi planejado em parceria do Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Aliás, é relevante enfatizar que esta foi a primeira iniciativa conjunta entre os dois ministérios (CECCIM; FEURWERKER, 2004). O objetivo principal do programa era:

Reorientar os produtos da escola médica (profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados) com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da Atenção Básica. O PROMED foi o primeiro programa

governamental de incentivo a mudanças dirigido às escolas médicas com vistas à formação de um profissional que atenda às necessidades do SUS. Esta iniciativa já vinha acontecendo em diferentes instituições de ensino no Brasil (Goulart et al. , 2009, pág.613).

No ano de 2005, o Ministério da Educação através da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP) e o Ministério da Saúde representado pela SGTES, formam uma parceria para cooperação técnica com o objetivo de organizar a formação de recursos humanos ao SUS bem como adequá-la às DCN e também ao Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) (BRASIL, 2005b).

Focados ainda na formação de recursos humanos, em 2007 através do Decreto de 20 de junho foi composta a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Sua principal função era prestar consultoria na formação em saúde segundo as políticas nacionais de educação e saúde e ainda os princípios e diretrizes do SUS. A aproximação dos dois ministérios levou à execução de ações articuladoras entre a política da educação e a política da saúde e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) foi a primeira delas, o qual foi implementado pela Portaria Interministerial Nº 2.101 de 03 de novembro de 2005 (BRASIL, 2005c).

O Pró-Saúde objetiva a aproximação das universidades com o SUS, defendendo essa prática como algo indispensável para o aprendizado. Também propõe que as mudanças na formação ocorram a partir de três eixos, os quais são: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica. Tais eixos devem ser focados na integração das IES com o SUS, de tal forma que as demandas da população, os reparos às falhas na formação dos profissionais, a produção do conhecimento e principalmente o fortalecimento do SUS sejam alcançados (BRASIL, 2007).

Os três eixos do Pró-Saúde possuem também três vetores, os quais serão especificados a seguir: orientação teórica – determinantes de saúde e doença, pesquisa ajustada à realidade local, educação permanente; cenários de prática – integração ensino-serviço, utilização dos diversos níveis de atenção, integração dos serviços próprios das IES com os serviços de saúde; orientação pedagógica – integração básico-clínica, análise

crítica dos serviços, aprendizagem ativa. Tais vetores podem ser organizados em cada IES primeiramente de uma forma mais conservadora e posteriormente poderão ser adaptados para que então os objetivos desejados sejam alcançados (BRASIL, 2007).

Ao ser lançado o primeiro edital para seleção a nível nacional do Pró-Saúde, este foi direcionado apenas para os três cursos em que as profissões já faziam parte da Estratégia Saúde da Família, os quais foram: medicina, enfermagem e odontologia. Foram considerados habilitados a participar do processo seletivo os três cursos de graduação citados reconhecidos pelo Ministério da Educação. Os projetos recebidos nessa primeira seleção foram enviados por diversas IES interessadas, tanto de origem privada como pública. Já no ano de 2007, quando foi lançado o segundo edital do Pró-Saúde, foram abrangidos os quatorze cursos integrantes da área da saúde, como tentativa de modificar de fato o processo formativo e fortalecer cada vez mais a idéia de abordagem integral do processo saúde-doença e da importância da interdisciplinaridade (BRASIL, 2007).

Fortalecendo a interdisciplinaridade, a segunda seleção exigia um único projeto por IES, o qual deveria incluir todos os cursos interessados em participar. Ainda foi exigida a participação, de forma ativa, das secretarias Municipais e Estaduais de saúde no âmbito da construção e execução dos projetos bem como nos investimentos destinados aos serviços de saúde, ou seja, aos cenários de prática (VALENTE; GOMES; ALVES, 2010).

Aliado ao Pró-Saúde, com o intuito de atingir os objetivos desse importante programa, foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho: PET-Saúde. Em 2008, também em parceria do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, cujo principal objetivo era a criação/formação de grupos de aprendizagem tutorial na ESF. Podemos caracterizá-lo como uma ação em prol do fortalecimento da Atenção Básica com uma aproximação mais íntima entre as IES, os serviços de saúde e a comunidade (BRASIL, 2008a).

São objetivos do PET-Saúde segundo Brasil (2008a, pág.27):

- I - possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características sociais e regionais;
- II - estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social

- da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação;
- III - desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar;
  - IV - contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde;
  - V - contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País;
  - VI - sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira;
  - VII - induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional; e
  - VIII - fomentar a articulação entre ensino e serviço na área da saúde.

Com o PET-Saúde, a busca pela interação entre ensino-serviço-comunidade é constante e os processos de ensino e aprendizagem acontecem simultaneamente (HADDAD et al., 2009). Dentro do PET-Saúde a interdisciplinaridade oferece uma formação acadêmica e uma assistência à saúde condizentes ao desenvolvimento atual da ciência. O PET-Saúde também pode ser, sem sombra de dúvidas, visto como um meio de qualificação para os profissionais atuantes do SUS, minimizando assim os efeitos de uma formação inadequada e superando alguns dos obstáculos encontrados no dia-a-dia para a implementação do SUS (BRASIL, 2008).

Em setembro de 2008 foi lançado o edital para os interessados em participar do programa PET-Saúde: Edital nº12/2008. Tais grupos deveriam apresentar seus projetos, os quais seriam desenvolvidos durante um ano (ano letivo de 2009) e envolveriam os cursos de graduação da área da saúde, sendo que a participação do curso de medicina era obrigatória. Também era exigência do edital a parceria das IES com as Secretarias Municipais de Saúde para que assim desenvolvessem um trabalho conjunto de maior qualidade. Para serem aceitos os projetos deveriam ter alguns requisitos mínimos, entre eles: interdisciplinaridade que favorecesse uma formação acadêmica condizente com o estágio atual de desenvolvimento da ciência; atuação coletiva envolvendo ações conjuntas por bolsistas de diferentes cursos e estágios de adiantamento no curso de graduação que possuíssem objetos de trabalho em comum; integração contínua entre os bolsistas e os corpos discente e docente dos cursos de graduação; contato sistêmico com a comunidade promovendo a troca de experiências em

processo crítico e de mútua aprendizagem; planejamento e execução de um programa de atividades que viessem a contribuir com a integração ensino-serviço reforçando a atuação de acordo com as diretrizes da Atenção Básica no SUS (BRASIL, 2008).

Foram definidos os critérios que seriam utilizados na seleção dos projetos candidatos, os quais segundo Brasil (2008, pág.82) foram:

- 1) Existência de integração ensino-serviço-pesquisa, com ênfase na Atenção Básica e ESF;
- 2) Alunos da graduação com atividades curriculares regulares nas Unidades de Saúde da Família;
- 3) Tutores acadêmicos e preceptores do serviço com dedicação às atividades com alunos de, no mínimo, 8 horas semanais, sem detrimento de suas atividades didáticas e assistenciais;
- 4) Construção dos Núcleos de Excelência Clínica aplicada à Atenção Básica, na área de Medicina de Família e Comunidade e nas áreas das demais profissões para as quais a IES estiver se candidatando. É condição para a continuidade do financiamento das bolsas que as IES instituam e mantenham os Núcleos, como contrapartida ao Programa.

Em 30 de janeiro de 2009, através da Portaria Conjunta nº3 foi tornado público o resultado do processo seletivo. No total foram selecionados 83 projetos a nível nacional que estavam distribuídos da seguinte forma: 24 projetos na região sudeste, 23 na região sul, 22 na região nordeste, 9 na região centro-oeste e 5 na região norte (BRASIL, 2009a).

Já o segundo edital foi tornado público no mesmo ano, em 19 de setembro de 2009: Edital nº18/2009. Neste ocorreu a modificação no tempo de execução do projeto, o qual passou a ser de dois anos (BRASIL, 2009b). Após concluída a avaliação, em fevereiro de 2010 foi publicado o resultado e desta vez foram selecionados 111 projetos (BRASIL, 2010a).

Vista a proposta do PET-Saúde ser de promover a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e incutir no processo de formação a interdisciplinaridade e integralidade na assistência, os editais foram repensados para o desenvolvimento de projetos específicos, sendo que em 2010 foi criado o PET-Saúde-Vigilância em Saúde (PET-VS), que possuiu duração de dois anos, entre 2010 e 2012 (BRASIL, 2010b). Teve seu segundo edital e última edição com vigência no período entre 2013 e 2015 (BRASIL, 2012b).

Ainda com foco nos projetos específicos, no mesmo ano de 2010 foi lançado o Edital nº27/2010 para a área da Saúde Mental, que possuiu maior ênfase em crack, álcool e outras drogas. Este edital foi ao encontro das propostas governamentais daquele período, devido aos altos índices de consumo de crack no país, identificado inclusive como epidemia (BRASIL, 2010c).

A SGTES lançou, no final do ano de 2011, um edital contíguo entre Pró-Saúde e PET-Saúde. A prioridade foi de abranger as políticas e as primazias do MS, entre elas: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama, Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis. O objetivo predominante era impulsionar as IES juntamente com as secretarias municipais e estaduais de saúde, a desenvolverem uma maior integração ensino-serviço, bem como focar no cuidado humanizado na formação em saúde (BRASIL, 2013a).

Em 2013 foi tornado público um novo edital: Edital nº14/2013. Este foi específico para a temática das Redes de Atenção à Saúde. As redes prioritárias eleitas foram: Rede de cuidados à pessoa com deficiência; Rede de atenção às pessoas com doenças crônicas; Rede cegonha; rede de atenção às urgências e emergências; Atenção à Saúde Indígena e Rede de atenção psicossocial. Esta edição aconteceu entre os anos de 2013 e 2015 (BRASIL, 2013b).

Já em 28 de setembro de 2015 foi lançado o Edital nº13/2015, que teve seu foco prioritário nas modificações dos processos de formação em saúde, sendo denominado PET-Saúde/GraduaSUS. A vigência dessa edição é entre os anos de 2016 e 2017 (BRASIL, 2015).

As orientações e diretrizes técnico-administrativas do PET-Saúde constam no artigo 3º da Portaria nº422 de 03 de março de 2010. Falando sobre os integrantes do programa, os necessários são: Ministério da Saúde através de seus órgãos e secretarias; Ministério da Educação pela Secretaria de Educação Superior (SESU); Instituições de Educação Superior (IES) selecionadas segundo especificações dos editais; Secretarias de Saúde e grupos do PET-Saúde (BRASIL, 2010d).

A mesma portaria citada anteriormente também traz especificadas as atribuições técnico-administrativas de cada integrante do programa, as quais serão, segundo Brasil (2010d, pág.53), apresentadas a seguir:

**Ministérios da Saúde e Educação:**

- Apreciação de propostas, critérios, prioridades e procedimentos para a extinção e criação de novos grupos PET-Saúde;
- Proposição de critérios, prioridades e procedimentos estabelecidos pela Comissão de Avaliação;
- Formulação de propostas referentes ao funcionamento e à avaliação do PET-Saúde;
- Proposição de critérios e procedimentos para o acompanhamento e a avaliação do PET-Saúde;
- Proposição de estudos e programação para o aprimoramento das atividades do PET-Saúde;
- Manifestação sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo DEGES/SGTES/MS.

**IES:**

- Selecionar os tutores acadêmicos e estudantes participantes;
- Manter atualizados os dados pessoais e acadêmicos dos tutores e estudantes bolsistas e não bolsistas participantes do Programa, no Ministério da Saúde e no SIG-PET-Saúde, por meio do coordenador dos projetos selecionados.

**Secretarias de Saúde:**

- Selecionar e indicar nomes dos preceptores bolsistas;
- Manter atualizados os dados pessoais dos preceptores bolsistas participantes do Programa, no Ministério da Saúde e no SIG-PETSaúde, por meio do coordenador dos projetos selecionados.

A educação tutorial desenvolvida pelo PET-Saúde é composta por três partes: o tutor, o preceptor e o aluno de graduação. Vista a importância que possui, porém, não citada em documentos relacionados ao projeto, não podemos ser relapsos ao fundamental papel que a comunidade possui frente ao programa, uma vez que sem sua aceitação e colaboração a execução ficaria prejudicada (BRASIL, 2010d).

Os tutores do PET-Saúde são professores das IES, os quais possuem como incumbência a supervisão docente-assistencial das atividades desenvolvidas, sendo designados como referência para os preceptores e estudantes vinculados ao programa. O tutor deverá dedicar no mínimo 8 horas semanais à tutoria, sem exclusão das funções acadêmicas às quais lhe competem (BRASIL, 2008a). Para que sejam tutores, tais professores devem possuir vínculo com as IES participantes do PET-Saúde de dedicação integral, bem como serem docentes de disciplinas da Saúde da Família e orientadores de pesquisas com essa temática (BRASIL, 2008b).

Os preceptores do programa são aqueles que irão supervisionar e orientar as práticas desenvolvidas pelos alunos nos campos de atuação. Como requisito de exigência estão: dois anos de experiência na área de saúde da família, ou título de especialista na área ou ainda ter concluído residência em Medicina da Família e Comunidade, devendo também ser obrigatoriamente profissional ativo no âmbito da ESF. A carga horária é de ao menos 8 horas/semana, sendo que o desempenho dessas funções não exclui as funções de suas atividades normais de trabalho. Quem elege os funcionários ao cargo de preceptor é o gestor municipal de saúde (BRASIL, 2008b).

## **5 METODOLOGIA**

Segundo Tartuce (2006), podemos tratar da metodologia científica como a união do método e da ciência. Método é uma palavra de origem grega, cujo significado é “caminho para chegar a um fim”, ou seja, a trajetória para se alcançar o objetivo final da pesquisa; metodologia por sua vez é o estudo do método adotado. Ao utilizarmos o termo científica precisamos associá-lo simultaneamente à ciência, que é conceituada como conhecimentos metodicamente ordenados em relação a determinado domínio do saber. Unindo os dois termos obtemos a metodologia científica que é classificada como o estudo sistemático e lógico dos métodos adotados nas ciências, seus fundamentos, sua validade e sua relação com as teorias científicas. A prática predominante da metodologia é a pesquisa.

Expondo outro conceito de metodologia, sob uma ótica abrangente, utilizamos Minayo (2007, pág.44):

(...) a) como a discussão epistemológica sobre o “caminho do pensamento” que o tema ou o objeto de investigação requer; b) como a apresentação adequada e justificada dos métodos, técnicas e dos instrumentos operativos que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação; c) e como a “criatividade do pesquisador”, ou seja, a sua marca pessoal e específica na forma de articular teoria, métodos, achados experimentais, observacionais ou de qualquer outro tipo específico de resposta às indagações específicas (Minayo, 2007, pág.44).

Devido a importância que possui, cabe ressaltar com propriedade questões relacionadas à pesquisa propriamente dita. Para que esta tenha início é necessário antes de tudo que exista uma inquietação, um questionamento. No entanto, para que uma pesquisa seja de fato realizada é necessário muito mais do que a vontade explícita do pesquisador, sendo de extrema relevância o conhecimento sobre a temática a ser investigada, bem como a existência de pessoas, materiais e recursos financeiros suficientes para o desenvolvimento das atividades propostas. A qualidade da pesquisa está intimamente relacionada ao conhecimento que o pesquisador possui de seus próprios limites, pois seria de extrema dificuldade pesquisar sobre algo que desconhece por completo (GERHARDT, T.E. et al., 2005).

Pesquisa científica é produção de novos conhecimentos, de novos saberes. A busca pelo conhecimento é um processo constante, pois com frequência as informações se modificam e o conhecimento prévio precisa ser revisto. A necessidade por novos conhecimentos faz parte do ser humano, pois independentemente de raça, crença, idade ou sexo, somos movidos pelo descobrimento de informações e/ou fatos novos (TARTUCE, 2006).

### 5.1 Tipo de Estudo

Esta pesquisa possui caráter qualitativo.

A pesquisa qualitativa possui como preocupação central a minúcia da compreensão de um acontecimento, de um grupo populacional, de uma organização, etc. A abordagem qualitativa opõem-se a presunção que ampara um modelo único de pesquisa para todas as ciências (GOLDENBERG, 1997).

Os pesquisadores que adotam o método qualitativo buscam elucidar o porquê das coisas, figurando o que convém ser feito, no entanto deixam de lado a quantificação, uma vez que os dados analisados são não-métricos e são expostos a diferentes tipos de abordagens. Também cabe salientar que o objetivo da amostra é de gerar informações detalhadas e instrutivas, independentemente do tamanho, ou seja, o que é meritório é que ela seja capaz de fornecer informações inéditas (DESLAURIERS, 1991).

Segundo Minayo (2001), o eixo principal da pesquisa qualitativa é preocupar-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, ocupando-se da compreensão do desenvolvimento das relações sociais. Trabalha também com a amplitude do significado, aprofundando o sentido das relações sociais, dos processos e dos fenômenos. Na pesquisa qualitativa a pretensão maior não é contar pessoas e opiniões, mas sim valorizar a diversidade de informações sobre o tema. Nessa perspectiva, a quantidade elevada de entrevistas realizadas não é garantia de melhor qualidade e de maior compreensão sobre o assunto. Cabe salientar também que um número muito grande de entrevistas pode vir a comprometer a qualidade da análise dos dados, uma vez que o material seria extenso em demasia (GASKELL, 2004).

Segundo Minayo et al. (2000), a quantidade ideal de abordagens através de entrevistas é aquela que permite ao pesquisador explorar o tema proposto sob várias perspectivas.

## 5.2 Problema, Objetivos e Questões Orientadoras

Para a elaboração deste estudo se definiu como problema de pesquisa:

Em que medida o programa governamental PET-Saúde está atingindo os seus objetivos e contribuindo para a melhoria do desempenho interprofissional no SUS, na Universidade de Passo Fundo?

Com a referida problematização, foram estabelecidos alguns objetivos para a pesquisa, sendo eles:

Como objetivo geral: Avaliar a preparação dos sujeitos envolvidos no PET-Saúde UPF para atuarem no SUS segundo os preceitos da integralidade e interprofissionalidade.

Como objetivos específicos: - contribuir para o desenvolvimento do conhecimento no campo da educação permanente em saúde; - instigar nos alunos dos cursos da área da saúde e nos profissionais atuantes a importância da assistência baseada na integralidade e interprofissionalidade; - contribuir para a qualificação do SUS.

As questões orientadoras que foram utilizadas nas entrevistas realizadas com os participantes foram as seguintes:

1. Como foi participar do PET-Saúde?
2. Que competências (conhecimentos, habilidades, atitudes e valores) você desenvolveu no PET-Saúde?
3. Houve alguma mudança na sua vida a partir do desenvolvimento das atividades do PET-Saúde? Se houve, quais foram?

## 5.3 Técnicas, Etapas, Fases e Amostra da Pesquisa

Para a realização da parte prática desta pesquisa foram utilizadas 03 (três) técnicas: a bibliográfica, a documental e a de campo.

Quando é utilizado o termo pesquisa bibliográfica, nos reportamos à toda bibliografia já tornada pública condizente ao tema estudado, incluindo boletins, jornais, revistas, livros, trabalhos acadêmicos, material cartográfico, etc. Tal técnica oferece ao pesquisador a oportunidade de entrar em contato com o maior número possível de informações já escritas sobre o assunto. É ativa durante toda a elaboração e desenvolvimento da pesquisa, bem como na análise dos dados obtidos (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Pesquisa documental por sua vez, tem como característica principal a fonte dos dados que oferece, pois essa é restrita aos documentos. Esta ampla gama de materiais engloba arquivos públicos, publicações administrativas, documentos privados, contratos, cartas, entre outros (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Ao falarmos sobre pesquisa de campo estamos nos reportando ao tipo de pesquisa que se caracteriza pelas investigações em que se realiza a coleta de dados junto a pessoas (FONSECA, 2002). Procura o aprofundamento de uma realidade específica. É basicamente realizada por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes para captar as explicações e interpretações do que ocorre naquela realidade (GIL, 2008).

O período de coleta de dados foi de Setembro e Outubro de 2016.

1ª Etapa: Pré-Mapeamento - o intuito nessa etapa foi a realização de um levantamento a fim de identificar os ex-participantes do PET-Saúde da Universidade de Passo Fundo. Como fonte foram utilizados os dados de identificação dos participantes fornecidos pela referida Universidade e também pelo site [fns.saude.gov.br](http://fns.saude.gov.br) (Fundo Nacional de Saúde).

Após o levantamento da identificação dos ex-participantes, foi elaborada uma planilha contendo as informações que nos possibilitaram a busca ativa desses indivíduos.

A seleção dos sujeitos a serem entrevistados ocorreu por amostragem intencional e orientada pelo critério de entrevistar pessoas de diferentes categorias profissionais e também de diferentes categorias no projeto (alunos, professores e profissionais), a fim de desvelar o fenômeno sob a integralidade como base da formação para o SUS. De acordo com Thiollent

(2004), a amostragem intencional se justifica pela relevância que as pessoas selecionadas apresentam em relação a um determinado assunto.

2ª Etapa: Mapeamento - nessa etapa de mapeamento dos ex-bolsistas, se utilizou como forma de contato a correspondência via e-mail ou mensagem telefônica. Foi um total de 9 (nove) ex-bolsistas entrevistados.

3ª Etapa: Entrevistas - foram executadas as entrevistas semiestruturadas, cujas questões norteadoras estão descritas no item 5.1 desse capítulo. Foram entrevistados 01 sujeito por curso: Enfermagem (preceptor), Nutrição (tutor), Fisioterapia (aluno), Medicina (tutor), Odontologia (tutor), Serviço Social (coordenadora municipal do PET - Saúde), Medicina Veterinária (aluno), Farmácia (tutor) e Fonoaudiologia (aluno). Nessa fase da coleta dos dados, os entrevistados assinaram o Termo Livre Esclarecido - TLE (Apêndice A) e desse lhe foi entregue uma cópia. O momento das entrevistas foi gravado no formato de áudio e integralmente transcritos. Conforme as orientações de Goldim (2000), os participantes foram identificados por códigos, mais especificamente por nome de flores, a fim de assegurar o sigilo de sua identidade.

A entrevista é o método adotado com maior frequência na pesquisa de campo. Pode ser refletida sob a ótica da interação social pela qual o pesquisador busca obter informações detalhadas a respeito de um assunto. Trata-se também de uma oportunidade de troca de idéias, em que tanto o entrevistado como o entrevistador estão, cada um no seu papel, envolvidos na produção do conhecimento (GASKELL, 2004).

É considerada por Minayo (1996) como um método privilegiado de coleta de dados, uma vez que permite a revelação de condições estruturais, valores, crenças, formas de pensar, opiniões. Ao pesquisador permite olhar para uma temática a partir do olhar do outro.

Foi considerada a entrevista sob a ótica de Spink (2004), que a descreve como “prática discursiva, ação (interação) situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade”.

Cabe salientar que para a realização desta pesquisa, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e remetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UPF e aprovado sob o parecer nº1.651.027.

#### 5.4 Os procedimentos de análise e interpretação de dados

Tomamos por base, para o direcionamento dos passos da análise dos dados, a autora Mary Spink e suas obras, a qual considera que o sucesso da prática científica está intimamente relacionado à possibilidade de comunicação de seus resultados. Os demais autores citados utilizamos como forma de enriquecimento das informações. O processo interpretativo, ou seja, o primeiro momento da análise das informações coletadas ocorreu de forma organizada e para que assim tivesse acontecido foram percorridas três etapas: primeiro a preparação e reunião dos dados; segundo a avaliação de sua qualidade; e terceiro a elaboração das categorias de análise. Na primeira etapa, os dados qualitativos obtidos foram transcritos e no caso de serem provenientes de narrativas de pessoas, Spink (1995b) nos orientou que é necessário ficar atento às características do discurso: a variação (versões contraditórias); a detalhes sutis, como silêncios, hesitações, lapsos (investimento afetivo presente); retórica, ou organização do discurso de modo a argumentar contra ou a favor de uma versão dos fatos.

Sobre a importância que deve ser dispensada ao tom de voz do sujeito entrevistado, cabe enfatizar que é nos atos da fala que se estância a origem dialógica da prática discursiva. As vozes podem ser reconhecidas como conversas, negociações, discursos existentes. Mesmo a linguagem possuindo caráter polissêmico, não impede que ocorra a predominância de determinadas falas e sentidos entre as práticas discursivas. As falas podem ser vistas como dotadas do poder de realização de mudanças (SPINK; MEDRADO, 1999).

Na segunda etapa, ocorreu uma avaliação ampla dos dados primários, podendo ser chamada de pré-análise. E por fim, na terceira etapa os dados coletados foram refletidos, contextualizados, exemplificados e tratados no sentido de oferecer sustentação para a elaboração das conclusões (GOMES et al., 2010).

Para que o processo de reflexão e contextualização dos relatos dos entrevistados ocorra de maneira fundamentada, utilizamos Spink (1995a) para salientar que é substancial entender como o pensamento individual se estabelece no social e como um vem a modificar o outro mutuamente. A autora defende que isso implica um triplo esforço:

1. compreender o impacto que as correntes de pensamento veiculadas em determinadas sociedades têm na elaboração das representações sociais de diferentes grupos sociais ou de indivíduos definidos em função de sua pertença a grupos;
2. entender os processos constitutivos das representações sociais e a eficácia destas para o funcionamento social. Entender portanto: a) o papel das representações na orientação dos comportamentos e na comunicação; b) sua força enquanto sistema cognitivo de acolhimento de novas informações;
3. entender o papel das representações sociais nas mudanças e transformações sociais, no que diz respeito à constituição de um pensamento social compartilhado ou à transformação das representações sob o impacto das forças sociais.

Para falarmos do segundo momento da análise dos dados, seguimos nos apoiando nos autores citados anteriormente e assim afirmamos que o que aconteceu foi uma análise de forma contextualizada e triangulada dos dados com o intuito de reconstruir teoricamente a realidade. A primeira etapa desse momento foi destinada à leitura direcionada e aprofundada do material de tal forma que ficamos impregnados pelo conteúdo e suficientemente capazes de alcançar uma visão do conjunto e também das menores particularidades existentes na totalidade.

A leitura das transcrições das entrevistas ocorreu associando-a ao contexto que foram realizadas. Essa forma de leitura consente uma interpretação inicial da conformação do diálogo. Permite entender a linha de argumentação adotada, a qual está vinculada às versões do eu do sujeito entrevistado (SPINK; GIMENES, 1994).

Em seguida, na segunda etapa, foi realizada a categorização do material, com base nos objetivos do estudo. Foram elaboradas 03 (três) categorias de análise, que foram: integralidade e interprofissionalidade; educação permanente em saúde; qualificação do SUS. As categorias foram organizadas em mapas de associação, que tem o objetivo de sistematizar o processo de análise das práticas discursivas. A partir da leitura, os fragmentos das entrevistas foram encapsulados nas colunas dos mapas de associação referentes à categoria de análise correspondente, seguindo fielmente o conteúdo e a ordem das falas.

Já no terceiro momento, o processo investigativo foi pautado no diálogo com os autores que trabalham com o tema em questão. É de extrema relevância o contato com os demais autores pois auxiliou no esclarecimento das dúvidas que surgiram durante a

abordagem dos dados coletados. A quarta etapa, por sua vez, é chamada de “ápice da interpretação” e foi um momento de muita reflexão, em que o objeto de estudo foi contextualizado na sociedade e também a realidade da sociedade foi aproximada do espaço particular do objeto de estudo. Devemos sempre procurar ir além das informações colhidas e buscar constantemente por idéias entre as transcrições dos dados e para que isso aconteça precisamos continuamente sensibilizar nossos olhares para o contexto das situações.

E para finalizar, falaremos sobre o quarto e último momento que a interpretação dos dados percorreu. É caracterizado pela reinterpretação, ou seja, interpretamos as nossas primeiras interpretações. Para que conseguíssemos alcançar tal finalidade, realizamos uma síntese através da articulação entre os dados empíricos, os autores que trabalham sobre a temática e a análise feita sobre a conjuntura. Essa articulação e posterior reinterpretação permitiu a aproximação da pesquisa com a realidade mais ampla (DESLANDES, 2004).

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Dividimos os temas abordados nas entrevistas em três categorias de análise distintas.

A categoria número 1 (um) aborda a integralidade e interprofissionalidade, a categoria número 2 (dois) engloba a educação permanente em saúde e por fim a categoria número 3 (três) foi destinada à qualificação do SUS.

## 6.1 Integralidade e Interprofissionalidade

Como primeira categoria, apresentaremos a percepção dos sujeitos entrevistados sobre os conceitos da integralidade e interprofissionalidade. A análise desta categoria identificou alguns tópicos, os quais foram mais citados pelos entrevistados: aprendizagem interprofissional e a troca de experiências; comunicação interprofissional e da comunicação de rede; atuação integrada e prática colaborativa.

Explicitaremos fragmentos das entrevistas que os conceitos são abordados :

(...) Acredito também que tivemos a oportunidade de fazer uma aprendizagem interprofissional, envolvendo diferentes cursos, diferentes profissões, diferentes formações de professores. Eu acho que trabalhar em equipe, respeitar as diferenças, exercício da ética profissional, a compreensão do que é comum na formação em saúde e o que é específico de cada profissional. (. . .) Então toda essa vivência do PET, essa troca de experiência com os profissionais enriquece enormemente a minha formação como profissional e como pessoa também, nesse trajeto todo tivemos oportunidade de conhecer diversas pessoas, muitos profissionais, de compreender contextos que às vezes julgávamos sem ter conhecimento de causa, e posso até dizer que na miscigenação entre pessoal e profissional, esse processo todo me encorajou (Amarilis, 2016).

E o mais bacana do PET foi a questão interprofissional, ter alunos de outros cursos e de os outros alunos terem a possibilidade de estarem inseridos na comunidade, na atenção primária, fazendo pesquisas, extensão, ensino e também no meu caso eu fazia ensino e assistência já, para os meus colegas de equipe foi bacana também o PET porque eles que estavam inseridos principalmente na questão da assistência, puderam ter a oportunidade de estar lidando com o ensino. Então, nas reuniões de poder estar trocando experiências e conhecendo outros profissionais, outros alunos, de outras áreas, de outras equipes, permite a gente fazer amizades e contatos que se mantém até hoje (Dendron, 2016).

(...) Além de técnico, eu era hiper especialista. Eu não tinha nenhuma vivência na parte da formação geral. Às vezes me pergunto se eu começasse de novo, se faria como fiz, de estudar tudo sobre um pontinho. Foi uma experiência pra mim incrível, porque eu não tinha essa vivência, eu tive que aprender tudo. “é assim um desafio pra mim, porque o pouco contato que eu tinha com a interprofissionalização era com os médicos pra fazer alguma

avaliação de paciente, tomar algumas medidas assim, e com a enfermagem que eu agradeço pois o controle de infecção que nós temos aqui na odontologia começou pelas mãos da enfermagem. E foi difícil no início porque as pessoas não sabem o limite da intersecção entre as profissões. No início todo precisou adequação, compreender o seu espaço e que não é assim pra você entrar no campo do outro, mas sim compreender e somar (Gardenia, 2016).

Observamos fortes referências sobre a aprendizagem interprofissional e a troca de experiências. Assim, conforme os depoimentos, trata-se de meios importantes para o enriquecimento da formação profissional e consequente preparo qualificado para a atuação no SUS, vistas as trocas de conhecimentos e habilidades entre as diversas profissões da saúde que o PET-Saúde proporciona. Com a colocação anterior, é relevante retomar que um dos primordiais intuítos do PET-Saúde ao ser criado foi de modificar as práticas assistenciais e consequentemente refletir no modelo assistencial vigente, adotando como base das ações a integralidade do ser humano. Para que isso fosse alcançado adotou-se a perspectiva da EIP e do trabalho colaborativo, inculcando nos participantes do programa a importância que a interprofissionalidade possui e o quão indispensável é (BRASIL, 2007).

Conforme abordado na revisão de literatura, a EIP proporciona transformações consistentes no perfil dos profissionais que possuem sua formação amparada pela interprofissionalidade. Possibilita o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes para atuar com competência e ao mesmo tempo responder com coerência às necessidades sociais. Também pode coadjuvar na otimização da utilização dos recursos de saúde, considerando que as escolhas e ações praticadas serão discutidas interprofissionalmente (GOELEN et al, 2006).

A aprendizagem e a troca de experiências interprofissionais descaracterizam a tendência da formação isolada e circunscrita a sua própria área de atuação. A EIP viabiliza a atuação integrada em equipe, na qual a colaboração e o reconhecimento da importância de cada uma das profissões predominam frente a competição profissional e a formação fragmentada (BARR et al, 2005).

Teve uma influência bem direta em praticamente tudo, principalmente proatividade, o trabalho interdisciplinar, conversar com outro pessoal. Pra ti ter noção eu tive que dar palestra pra pré-adolescente sobre drogas, uma coisa que eu nunca imaginei que eu ia ta fazendo na minha vida (Antúrio, 2016).

(...) E no PET eu tinha a oportunidade de conversar com o médico, com o enfermeiro, com o da farmácia que às vezes estava lá, e a gente pode vivenciar situações bem importantes (Gardenia, 2016).

Habilidade de comunicação, tanto entre profissional e usuário, como entre a equipe, entre todos os petianos, entre os próprios estabelecimentos que tinham no PET, tinha UBS, tinha CAIS, tinha CAPS, então a gente conseguiu ter uma comunicação de rede (Tulipa, 2016).

Os depoimentos anteriores revelam uma atenção significativa destinada à importância da comunicação interprofissional e da comunicação de rede, salientando que isso proporciona a troca de informações e a vivência de situações bem importantes para a qualificação profissional.

Dessa forma enfatizamos que o compartilhamento do conhecimento visa cooperar com a formação de profissionais melhor preparados para a atuação em equipe, fazendo com que a qualidade da comunicação seja fundamental para a efetividade da atenção à saúde na perspectiva da integralidade (PEDUZZI et al, 2013).

A comunicação é classificada como um dos principais desafios da interprofissionalidade e dos processos que por ela são envolvidos, pois os relacionamentos, sejam eles com outras equipes, outros setores ou mesmo entre a própria equipe local de trabalho, precisam de uma comunicação clara e objetiva para que tenham sucesso (BARR, 2005).

A realidade do momento que vivemos atualmente, nos traz a experiência de importantes mudanças sociais, no que diz respeito ao perfil epidemiológico da população, ao aumento da expectativa de vida e a exigência de uma atenção à saúde que contemple a grande maioria das necessidades dos usuários. Para que se consiga enfrentar essas imposições de todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde, a qualidade da comunicação interprofissional é indispensável (PEDUZZI et al, 2013).

Indo ao encontro das colocações de alguns sujeitos entrevistados, a OMS defende que a EIP consegue desenvolver nos participantes habilidades de comunicação, de análise crítica e

a valorização dos benefícios que o trabalho em equipe proporciona, bem como o crescimento profissional que é ocasionado pelo enfrentamento de desafios. Enfatizando a habilidade de comunicação, os profissionais que a possuem conseguem colaborar melhor com colegas de outras profissões, possuem uma facilidade em colocar em prática o conhecimento adquirido e também são dotados com o diferencial de interagir, negociar e trabalhar com profissionais de saúde de qualquer procedência (OMS, 2010).

(...) Me proporcionou uma vivência bem peculiar perante a realização de um trabalho dentro de uma equipe multiprofissional e que foi de grande valia estar inserida na realidade da comunidade, porque isso gerou uma diversidade de ações que contribuíram com o aprendizado de todos, sejam profissionais, acadêmicos ou a própria comunidade, então todos os sujeitos envolvidos ampliaram seu aprendizado e seus conhecimentos. (...) A gente teve uma atuação de forma integrada, entre profissionais, acadêmicos e a comunidade, conseguimos então a construção de muitos conhecimentos pela diversidade de profissionais e bolsistas que estavam atuando no grupo, também pelo envolvimento dos sujeitos da comunidade, dentro desse contexto cada um contribuiu de alguma forma, proporcionando um aprendizado constante de todos, pensando sempre na diversidade das situações que foram encontradas e também de todos os fatores que envolvem o campo da saúde. (...) Foi uma vivência diferente, então todas as situações que foram vivenciadas durante minha atuação mostraram o quanto é importante esse trabalho em equipe, formar um grupo de trabalho, ter um bom relacionamento, foi uma questão que a gente conseguiu consolidar dentro do grupo e isso faz com que a gente tenha uma experiência ímpar (Gerbera, 2016).

(...) O PET possibilita que o trabalho se desenvolva não somente de uma maneira multiprofissional, não apenas pensando questões transdisciplinares, mas sim de uma forma interprofissional e com vistas às práticas colaborativas (Estrelícia, 2016).

Quando é proposto ao profissional a preceptoria do programa, não se tem noção da dimensão do trabalho, no que isso implica e no conhecimento e da troca que isso nos traz, principalmente pela possibilidade da troca multiprofissional que o PET propõe, tanto a nível de preceptoria, com outros preceptores de outras áreas diversas, quanto com os próprios petianos que são de áreas diversas da tua atuação e que levam a uma troca da experiência multi, passando a tua experiência na saúde mas também podendo absorver conhecimentos novos, então é uma experiência muito enriquecedora e de ampliação do entendimento de saúde coletiva. Quanto às habilidades, é essa questão da troca multiprofissional, multidisciplinar, a possibilidade de trabalhar com alunos que não são da tua área de formação, eu nunca tinha tido a experiência de estar a frente num trabalho conduzindo alunos de outras áreas, e isso foi extremamente desafiador, foi uma habilidade que também eu pude desenvolver de ampliar os meus horizontes quanto às concepções de saúde coletiva e também de crescer muito com essa troca, com pessoas de outras áreas, eram estudantes e por isso precisavam dessa supervisão, desse cuidado desse olhar de um profissional mais habilitado e com mais tempo de experiência, mas em compensação eles

tinham muito a me ensinar e a me trazer, a enriquecer no meu trabalho, pela própria formação acadêmica deles, então ter essa possibilidade da troca multiprofissional (Calêndula, 2016).

Sobre a atuação de forma integrada, mencionada por um dos entrevistados, que também pode ser chamada de prática colaborativa, é vista pelos formuladores de políticas públicas como um meio evoluído de enfrentar os desafios propostos pela saúde, os quais são altamente complexos. Em conjunto, a EIP e a prática colaborativa podem contribuir significativamente até mesmo nas situações de maior urgência na saúde (OMS, 2010).

## 6.2 Educação Permanente em Saúde

Na segunda categoria abordamos os relatos dos participantes entrevistados no que diz respeito a Educação Permanente em Saúde. Também surgiram tópicos mais enfatizados: interlocução entre ensino e serviço; atividades de extensão; conhecimento sobre o SUS.

A seguir serão expostos os detalhes das entrevistas que condizem com o assunto:

(...) Foi e tem sido uma experiência muito válida, muito positiva, agregadora, e que permite de fato a interlocução, entre o que a gente ensina e aprende na universidade, na academia, com a realidade do mundo do trabalho, dos serviços de saúde, especialmente da atenção básica, que é o local de formação que os meus grupos tutoriais participaram. Muito importante destacar, que acaba ocorrendo o exercício da integração entre o ensino, a pesquisa e a extensão, mas que infelizmente acaba sendo restrito ao número de alunos contemplados pelo PET, enquanto que na realidade, na minha opinião, esse processo é o que tem que acontecer em todos os cursos de graduação da área da saúde e de outras áreas a fim (Amarilis, 2016).

Em toda parte que tu vais e começa a entender esse processo todo de fazer uma formação mais globalizada, fica tudo muito na teoria, mas na prática mesmo a gente tem dificuldade de fazer. A fala prática contamina o aluno, e lamentavelmente o que eu acho que é pouco, é que a gente não consegue inserir mais alunos, você contamina poucas pessoas. Essa engrenagem toda do ensino-serviço tem que ser mais incrementada, que a gente não fique só teorizando e que os alunos consigam realmente fazer essa vivência lá no serviço (Gardenia, 2016).

Inicialmente um grande desafio porque de primeiro momento eu nunca tinha tido uma aproximação com a área de ensino, a interface de saúde e ensino, pensar questões de educação relacionadas à saúde, então foi um desafio

bastante grande, essa interface do SUS escola com a universidade, pensando ensino-serviço-comunidade, isso tem sido algo maravilhoso profissionalmente pra mim, não somente no âmbito profissional mas também a nível pessoal de um amadurecimento bastante intenso, principalmente porque ali a gente tem se deparado com a verdadeira realidade da prática em saúde e também da formação em saúde, ou seja, tudo aquilo que se pensa, se estuda, se pesquisa, muitas vezes só no âmbito teórico, o PET possibilita por meio de um contato bastante próximo com a comunidade que a gente possa perceber a riqueza desse processo e ao mesmo tempo o quanto ainda é necessário avançar. Eu posso dizer que o PET permite o desenvolvimento de uma competência teórica bastante significativa, uma vez que é tomado por praxe o estudo, tanto de legislações relacionadas à saúde pública, de documentos, de cartilhas, de normas técnicas, enfim, de todo aparato legal e técnico do âmbito do direito à saúde, do sistema único. Relacionado também com questões mais acadêmicas (Estrelícia, 2016).

Podemos considerar que a importância da interlocução entre teoria e prática ou ensino e serviço é algo muito claro para os participantes, vistas as vezes que o tema foi mencionado nos relatos. Enfatizam que através das atividades que o programa proporciona consegue-se visualizar com maior proximidade a integração entre ensino-serviço-comunidade. Destacam também que a prática contamina o aluno, colocando-o mais próximo da realidade da comunidade.

A compreensão por parte dos participantes do estudo sobre a relevância que a tríade ensino-serviço-comunidade possui no processo de formação, vai ao encontro do conceito do programa PET-Saúde apresentado pelo MS e MEC, o qual tem como horizonte a iniciação ao trabalho e vivências de acordo com as necessidades do SUS. Busca adentrar os sujeitos envolvidos no programa no campo de prática, com a intenção de identificar as reais demandas dos serviços de saúde e assim utilizá-las como fonte de conhecimento e possíveis temas para o desenvolvimento de pesquisas científicas (BRASIL, 2008).

A integração ensino-serviço é o desenvolvimento das atividades entre os discentes e docentes juntamente com os trabalhadores dos serviços de saúde, visando dessa forma a melhoria da qualidade da atenção à saúde, bem como a qualificação dos profissionais envolvidos. Essa aproximação entre a formação profissional e a assistência à saúde possibilita a articulação entre o saber e o fazer, no entanto para que aconteça de forma efetiva é necessário que haja concordância e compartilhamento dos mesmos objetivos e ideais entre as universidades, as instituições de saúde e a comunidade (FEUERWERKER, 2004).

A compreensão plena sobre o significado da Educação Permanente em Saúde é fundamental para que seja percebida a importância da existência de políticas públicas nos processos de trabalho, bem como na execução das práticas diárias. Uma vez que não seja compreendida, pode acarretar na instalação de significativos obstáculos para sua operacionalização efetiva (FEUERWERKER, 2005).

Quando eu fui estudar sobre o SUS dentro do meu curso, eu já tinha toda uma bagagem porque o PET me proporcionou isso, foi onde eu vivi minhas primeiras experiências, fiz meus primeiros atendimentos, foi aonde eu tive noção do que era fazer uma pesquisa, foi aonde eu tive a primeira noção do que era fazer uma intervenção, fazer um projeto, do que é fazer um artigo. Ah e ter conhecimento do que é um projeto de extensão, porque foi a partir do PET que eu vi o quanto a extensão era importante para a minha formação acadêmica. E eu percebo a diferença do aluno que participa e do que não participa, participar da extensão te abre os olhos (Tulipa, 2016).

(...) A gente sempre faz tudo igual né e o PET deu oportunidade de dar uma arejada aí no processo de trabalho, fazendo com que a gente revisse alguns fluxos e principalmente se organizar para fazer bem, tanto a assistência como o ensino, e de ter dado uma incrementada também na nossa capacidade de fazer atividade de extensão dentro da unidade de saúde (Dendron, 2016).

A primeira coisa que me vem à mente é sair da zona de conforto. A gente sempre é muito acomodado na nossa graduação, então sair da aula, da sala de aula e ir a campo foi uma coisa muito forte, pelo menos pra mim, pra poder fazer todas as atividades que foram propostas. Foi uma coisa que te tira do teu lugar e tenta te colocar em outro. É um desafio, eu digo que foi um desafio pra mim. “. . . fora todas essas outras que a gente faz, tanto de pesquisa que a gente teve que fazer em unidades de saúde, a gente fez intervenção, coisa que eu nem sabia como arteterapia, depois disso a gente fez pesquisa em cima disso pra depois poder gerar um artigo, então, nossa foi muita coisa (Antúrio, 2016).

Também encontramos nos relatos muitas menções sobre a relevância que as atividades de extensão e pesquisa possuem. Foi ressaltado que o programa permite aos participantes terem o conhecimento do que são, de fato, as atividades de extensão e as implicações positivas que trazem para o processo de formação e/ou desenvolvimento profissional.

A experiência na comunidade é um espaço para deslocar para a prática o conhecimento proporcionado pela teoria, permitindo assim uma vasta ampliação da compreensão do processo saúde-doença. As atividades de extensão proporcionam sensação de utilidade e maior aprendizagem pessoal e profissional aos envolvidos. É indispensável a atuação na comunidade pois esta, além de caracterizar de forma positiva o processo de

formação, também permite a indissociabilidade do ensino-pesquisa-extensão (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

As atividades de extensão oportunizam aos participantes diferentes experiências de ensino-aprendizagem e tais vivências, pelo conteúdo que possuem, propiciam a formação de um profissional com características diferenciadas, entre elas o senso crítico, a habilidade reflexiva, a proatividade e a capacidade de atuar em equipe e mais ainda, em equipe multiprofissional (GARCIA; CARVALHO, 2009).

As atividades desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica levam ao desenvolvimento de diversas potencialidades e o PET-Saúde, enquanto programa governamental possui como uma de suas prioridades propiciar a execução de práticas nos espaços de saúde e da comunidade, baseadas nos princípios do SUS e focadas para o atendimento qualificado ao usuário (BRASIL, 2008).

Os projetos de extensão e pesquisa podem ser vistos como motivadores dos docentes, discentes e profissionais da saúde envolvidos. Justifica-se essa afirmação pelo fato de que através do desenvolvimento das atividades é possível contextualizar a realidade social e cultural da comunidade que estão inseridos e também porque através da investigação se consegue refletir sobre suas próprias práticas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Cabe salientar ainda que o PET-Saúde é um projeto voltado para a capacitação e desenvolvimento profissional através da reorientação da formação de todos os cursos da área da saúde e desenvolve nos participantes habilidades primordiais para que a atenção à saúde dispensada seja a mais qualificada possível. Relacionado ao desenvolvimento de pesquisas, compete ao programa sustentar e orientar o desenvolvimento de pesquisas que permitam o crescimento profissional, desenvolvimento técnico-científico, desenvolvimento institucional, dentre outros. O perfil desse programa é uma referência que se mostra eficaz na concepção do ensino-pesquisa e extensão das IES (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010d).

Sempre indico para quem tem interesse que procure o programa, porque a graduação não nos dá o que o preparo que em dois anos de PET eu tive, não tenho dúvida que nenhuma faculdade prepara tão bem o profissional pro serviço de saúde pública como o PET-Saúde (Dália, 2016). Mudei minhas atitudes e meus valores perante ao SUS também, acompanhando principalmente as enfermeiras que eu acompanhei, vi que o trabalho delas é bem árduo para conseguir atender as populações (Narciso, 2016).

Outro ponto abordado foi o conhecimento sobre o SUS que o programa proporciona no que diz respeito a sua história, seu desenvolvimento e funcionamento e também sua base legal. Coloca os participantes em uma relação mais íntima com as legislações relacionadas à saúde pública, documentos, cartilhas, normas técnicas, entre outros, causando a propagação de um conhecimento mais detalhado sobre o sistema de saúde.

Devemos considerar que os participantes do PET-Saúde irão atuar, direta ou indiretamente, com o ser humano, o qual pode ser visto como complexo e singular. É vital que sejam entendidos sobre a realidade da qual irão atuar, se apropriando dos conhecimentos específicos relacionados ao SUS, como as políticas públicas de saúde e desenvolvimento, para que assim possuam competência para atuação em qualquer um dos níveis de atenção à saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Tanto o MS quanto o MEC compartilham da preocupação relacionada a manter uma relação de cooperação entre o sistema de saúde e as IES. É proposta constante a conexão ensino-aprendizagem sobre o SUS, principalmente sobre conhecer e apropriar-se do sistema de saúde como um todo, em todas as suas particularidades e especificidades, para que assim as decisões sejam tomadas e as ações sejam planejadas de forma condizente aos princípios do SUS (BRASIL, 2004).

Como forma de complemento das colocações acima, é imprescindível retomar a fala sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a qual foi pensada como uma proposta estratégica para colaborar com a transformação e qualificação das ações em saúde, organização dos serviços de saúde, modificação dos processos formativos e das práticas pedagógicas adotadas no desenvolvimento dos profissionais da saúde. Também surgiu com o intuito de desenvolver o trabalho intersetorial, articulando o desenvolvimento individual e institucional (BRASIL, 2004).

### 6.3 Qualificação do SUS

Na terceira e última categoria de análise iremos abordar as colocações feitas pelos entrevistados à respeito da qualificação do SUS que ocorre conseqüentemente à execução do

PET-Saúde. Aqui também alguns tópicos foram mais lembrados: realidade da comunidade local; habilidades profissionais essenciais.

Em suma, disseram que, reunindo todas as habilidades que são desenvolvidas nos sujeitos envolvidos no programa, acrescidas do enriquecimento intelectual, bem como da capacidade de relacionamento interpessoal e interprofissional, temos como resultado um profissional muito mais qualificado e preparado para trabalhar e atender às necessidades do SUS. A seguir eis os relatos:

(...) Na academia muitas vezes a gente se debruça sobre os documentos, dispositivos legais, as portarias e as leis, e o papel aceita tudo e a teoria é escrita por grandes pensadores com o objetivo de ser o mais perfeito possível, mas quando a gente se depara com a realidade, com a unidade básica de saúde, com as necessidades da comunidade, não é bem assim, então acho que uma competência importante é essa tolerância entre os diferentes interesses sejam dos usuários, dos pacientes, das equipes de saúde, dos professores, dos alunos, então uma habilidade que a gente foi desenvolvendo ao longo desse tempo foi fazer essa convergência dos interesses, sempre pensando no objetivo maior do PET que é qualificar a atenção básica (Amarilis).

A gente se coloca mais no lugar da outra pessoa, até como tu sendo profissional ou tu pensa também como outra pessoa precisando da tua ajuda, é o princípio da humanidade, coisas que a gente não vê ou esquece no dia a dia. Outra coisa também, a gente troca idéia com as outras pessoas, que faz com que a gente saia do nosso mundinho e consiga enxergar ao nosso redor, o que é muito difícil a pessoa fazer hoje em dia, a gente tá tão concentrado na nossa vida ali que muitas vezes esquece do outro, que tu olha pro lado e tem uma pessoa precisando da tua ajuda e muitas vezes tu não enxerga. Se eu não tivesse participado do PET com certeza minha vida seria diferente e eu não perceberia as coisas que eu percebo hoje (Antúrio).

Foi citado o conhecimento da realidade da comunidade na qual se está inserido como ponto muito importante para o desenvolvimento de estratégias e ações que atendam à demanda local. Mergulhar no contexto da comunidade é imprescindível para uma atenção à saúde qualificada e resolutiva.

O profissional deve estar envolvido com a comunidade e possuir conhecimento sobre sua realidade e necessidades é muito importante para que sejam definidas, implementadas e avaliadas as ações, tanto coletivas quanto individuais, sejam elas de prevenção ou assistência.

Conhecer o contexto da comunidade permite adotar ações que de fato venham a colaborar e solucionar na medida do possível os problemas encontrados (CECÍLIO, 2001).

A realidade da comunidade local deve ser problematizada e refletida, pois só assim é reconhecida com propriedade. Para que a reflexão ocorra de forma efetiva deve-se estabelecer uma conexão entre os fenômenos/acontecimentos e seu contexto. Compreender a realidade local faz com que a subjetividade dos fatos também seja compreendida (CAMPOS et al, 2001).

No processo de formação em saúde, as IES possuem um papel ímpar na contribuição para as melhorias das condições de saúde, uma vez que são responsáveis pela formação dos futuros profissionais. Estarem atentas e preocupadas com as necessidades de saúde da população é indispensável para que desenvolvam atividades de ensino, pesquisa e extensão, inserindo dessa forma os alunos ainda em formação na realidade das comunidades (GONZE; SILVA, 2011).

(...) Uma das coisas que aprendi foi isso, conseguir enfrentar desafios ou a conseguir fazer coisas pela primeira vez. Quando tu entra naquele cenário e nunca viu aquilo e aprende a se adaptar, a ter atitude. E o conhecimento, o conhecimento sobre a saúde, sobre o profissional da saúde. A escrita foi uma habilidade que eu consegui desenvolver dentro do PET por causa da escrita de projetos, de artigos, enfim. Habilidade de escuta, por escutar o usuário, escutar o grupo de trabalhadores que eu fiz minha intervenção. Habilidade de intervenção, habilidade de planejamento de atividades, de mediação de grupos (Tulipa, 2016).

Eu lembro que por vezes a gente tinha que conversar com o secretário de saúde, isso lá em 2011/2010, e eles diziam assim: eu vou ver qual a unidade que vai aceitar os acadêmicos. Porque eles não tem a noção do que é a proposta do ensino-serviço, não é uma questão do que eu vou aceitar ou não, é uma política de saúde que tem que ser implementada e compreendida por todos, ninguém faz favor pra ninguém. Eu acho que ainda é pouco, bom mas são os profissionais mais antigos né, claro que vocês já tem uma concepção bem diferente”. E por incrível que pareça como eles são diferenciados por si só assim, o lado humano deles, parece que ou ressalta ou porque eles toparam ir pra lá eles já são diferentes, não sei bem o que pesa mais aí (Gardenia).

Proporcionou também o desenvolvimento de postura ética e pró-ativa perante todas as situações encontradas, também foi proporcionada a utilização de criatividade nas diversas formas de comunicação entre os sujeitos, bem como também a dedicação de cada um nas ações desenvolvidas, então foi bastante importante a gente ter que ajudar e buscar a solução para amenizar diversos problemas perante as situações da comunidade. (...) Penso que da mesma forma que pra mim, para todos que estiveram envolvidos nesse grupo se tornaram outras pessoas melhores, tanto

de forma profissional quanto também de forma pessoal, o desenvolvimento do lado humano, acredito que todos do grupo, a gente conseguiu ter um bom relacionamento, muitas coisas boas ficaram, e com certeza cada um levou consigo, então participar do PET-Saúde foi bastante importante pra ampliar toda forma de trabalho perante a comunidade (Gerbera).

(...)Nos ensina sim o desenvolvimento de atitudes e responsabilidades, de ética, valores então, de compromisso com as pessoas, de saber que o direito à saúde precisa ser exercido. Eu tenho certeza que todos os participantes do PET saem fortalecidos, com uma visão de homem e de mundo mais humanizada, porque as realidades de sofrimento que a gente se depara nos territórios de atenção à saúde muitas vezes nos desumanizam, e o PET é por excelência um lócus de construção coletiva desse conhecimento e essa força permite que todos os participantes passem por este processo e saiam deste processo levando muito conhecimento, habilidade profissional, relacional, e o essencial que é poder olhar para as pessoas e ter a magnitude de que cabe a nós o cuidado destas, um respeito máximo à sua condição de pessoa (Estrelícia).

O que eu desenvolvi com o programa foi isso, a questão da ética, de ser mais coerente com o que eu posso e devo fazer, com certeza hoje eu sei como funciona a rede e tenho mais calma, mais paciência, que as coisas não se resolvem como a gente acha que tem que ser, sei como me comunicar com o paciente talvez de uma forma melhor que o outro profissional (Dália).

O PET ele faz isso, faz com que a gente enquanto profissional se amplie e que o acadêmico tenha essa possibilidade antes de se formar, o que é muito maravilhoso, de saber fazer saúde não só na sua área restrita, mas também saber fazer a saúde com os outros profissionais, principalmente no sentido de prevenção, grupos e atividades, como eu falei antes também a questão da pesquisa que é muito importante, estendendo esse olhar multiprofissional de saúde e prevenção aos usuários do SUS de uma forma que não fica restrito a atuação única da tua profissão, mas num olhar geral de saúde (Calêndula).

Também conseguimos caracterizar através das declarações dos entrevistados, um reconhecimento sobre o papel que o PET-Saúde possui no desenvolvimento de habilidades profissionais essenciais, tais como ética, proatividade, atenção humanizada, empatia, entre outros.

Práticas de atenção pautadas na humanização e no estabelecimento de vínculos entre os profissionais e usuários possuem chances significativamente maiores de atenderem o sujeito na sua integralidade. Cabe, por sua vez, ressaltar que a criação do vínculo deve ser pensada em todos os momentos de contato com o usuário, entre eles o acolhimento, que é o recebimento da comunidade no serviço de saúde, o qual deve ser planejado considerando o significado da palavra, que é: "ato ou efeito de acolher, de oferecer refúgio, abrigo, agasalho" (MATTOS, 2001).

Relacionado à habilidade da ética profissional, devemos refletir sobre a abrangência e

importância da atenção básica no campo da saúde, exaltando assim a demanda por profissionais dotados com a capacidade de uma atuação proativa, a qual deve ser amparada pela interprofissionalidade e pelo real conhecimento do processo saúde-doença, inclusive de seus múltiplos condicionantes. Essa necessidade requer consideráveis mudanças no processo de formação, bem como a execução de projetos e programas que venham a consolidar essas modificações no modelo assistencial (GONZE, 2009).

Indo ao encontro das colocações relacionadas a habilidade de ser proativo, podemos citar Souza et al. (2012), quando diz que perante os princípios e objetivos do programa PET-Saúde, bem como pelo perfil das atividades práticas que os envolvidos no programa são expostos, salienta-se como uma das habilidades importantes, a qual é desenvolvida e aprimorada, a proatividade profissional. Tal termo possui o seguinte significado: "é o comportamento de antecipação e de responsabilização pelas próprias escolhas e ações frente às situações impostas pelo meio".

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Chega o momento de tecermos nossas considerações finais, fruto de um trabalho que teve como ponto de partida a integralidade no contexto da formação em saúde. A fim de compreender o complexo cenário da formação do profissional da saúde, percorremos um caminho com o aprofundamento de temáticas importantes que influenciaram na história e evolução do processo de formação em saúde.

Para que fossem esclarecidos os primeiros passos que foram dados rumo às modificações da formação condizentes com as necessidades da população, recorreremos aos principais documentos que embasaram a reorientação da formação profissional em saúde, os quais são: a LDB e as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação, mais especificamente dos cursos da saúde. Esses documentos permitiram uma compreensão mais clara e objetiva acerca das características da mudança curricular. Também nos permitimos o contato com autores que refletem sobre a problematização da educação nos cursos da saúde, conseguindo dessa forma estabelecer um diálogo entre saúde e educação. Cabe enfatizar que, quando abordamos o vínculo entre saúde e educação, muitos são os cenários e sujeitos envolvidos. Quando nos referimos aos sujeitos, mais enfaticamente, estamos falando dos usuários, gestores, professores, alunos e profissionais da saúde.

Após realizarmos as entrevistas com os participantes do estudo, foi possível identificar, através das colocações dos mesmos, uma familiaridade bastante grande com os termos e conceitos mais frequentemente utilizados pelos autores que escrevem sobre o tema. Isso reflete positivamente no contexto do quanto, de fato, os participantes dominam a globalidade do programa com o qual estavam envolvidos. Também cabe salientar o fato de serem ex-participantes e assim podemos observar a fixação dessa compreensão em suas bagagens culturais, o que qualifica seus desempenhos, pois tudo que temos o entendimento com maior profundidade conseguimos utilizar com maior eficiência e sucesso.

Refletindo sobre a lógica do Programa PET-Saúde e sua finalidade de criação, a qual foi inculcar o processo de educação permanente em saúde no dia-a-dia das práticas de atenção, possuindo como princípios embasadores de sua operacionalização a integralidade e interprofissionalidade, podemos destacar que os ex-participantes do PET-Saúde UPF demonstraram em suas falas o quanto é claro em suas concepções o papel positivo que o programa possui no desenvolvimento dessas duas habilidades, pois enfatizaram com veemência o enriquecimento que isso trouxe aos seus processos de formação e desenvolvimento profissional.

A interprofissionalidade permite aprender a conviver em equipe e para isso também é indispensável que algumas habilidades interpessoais estejam presentes, entre elas estão a capacidade de ouvir e compreender o outro. O saber trabalhar em equipe é habilidade primordial de qualquer profissional da saúde, pois ninguém trabalha sozinho. Já a

integralidade deve ser relacionada com as ações/atenção em saúde/cuidado, uma vez que implica em uma atividade intrinsecamente humana.

Quando comparamos os objetivos idealizados pelo PET-Saúde às falas dos entrevistados e aos seus respectivos conteúdos, podemos observar que, na medida do possível, está se conseguindo inculcar nos participantes do programa a importância do desenvolvimento dessas habilidades e do alcance mais próximo possível dos objetivos impostos, principalmente no que diz respeito à formação dos profissionais de saúde com perfil adequado às demandas populacionais locais, à sensibilização e humanização dos profissionais e à articulação entre ensino e serviço na área da saúde.

A partir do reconhecimento dos entrevistados sobre a importância da imersão do profissional na realidade da comunidade na qual está inserido, bem como da relevância da formação generalista com foco na integralidade do sujeito, podemos apontar um caminho aberto para a efetivação das mudanças propostas pela Reforma Curricular nos Cursos de Graduação da Saúde, mesmo que ainda existam obstáculos a serem ultrapassados para que a total aplicação seja atingida.

O reconhecimento dos indivíduos participantes do estudo sobre a importância da integração ensino-serviço deve ser valorizado, pois reflete no desenvolvimento da participação ativa e da formação do pensamento crítico. A união ensino-serviço é indissociável entre teoria e prática. E a prática, mais enfaticamente, é o momento em que o pensar e o agir caminham juntos.

No cenário da reorientação da formação profissional em saúde, onde nos situamos? Podemos nos colocar na condição de construtores de pontes, pontes estas que se encontram no meio do caminho entre o passado criticado e o futuro desejado. Ainda em um momento de transformações, o que nos motiva a seguir rumo à efetivação de um sistema de saúde que cumpra seus princípios. Além disso, também precisamos salientar a necessidade constante de ampliar a investigação nesta área, principalmente relacionado às mudanças curriculares nas quais as estratégias estejam presentes.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. M. de. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 6, p. 1677-1682, jun. 2013.

AMARAL, E. et al. An Educational International Partnership Responding to Local Needs: Process Evaluation of the Brazil FAIMER Regional Institute. **Education for Health: Change in Learning e Praticce**, Filadélfia-USA, v.25, n.2, p.116-123, 2012.

ANDRADE, S. M; SOARES, D. A; JUNIOR, C. L. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: LEL. ABRASCO, 2001.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP, 2003.

BARR ,H. et al. **Effective interprofessional education**: arguments, assumption & evidence. Oxford: Blackwell; 2005.

BATISTA, N.A. **Educação interprofissional em saúde**: concepções e práticas. Caderno FNEPAS – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, v.2, 2012.

BRAGA, R. **O perfil da escola pós-moderna**. Disponível em: <[http://www.uol.com.br/aprendiz/aprenderonline/Aprender/colunas/ryon\\_braga](http://www.uol.com.br/aprendiz/aprenderonline/Aprender/colunas/ryon_braga)> Acesso em: 07 dez. 2015.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a proteção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 20 set. 2015.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 20 nov. 2015.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislação/const>>. Acesso em: 20 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 9.394/1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/LEIS/L9.394.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/L9.394.htm)>. Acesso em: 22 set. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287/98, de 08 de outubro de 1998.** Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resoluções/1998/Reso287.doc>>. Acesso em: 13 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. **Orientação para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação.** Brasília: Ministério da Educação, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>> Acesso em: 22 set. 2015.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – Integradora.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – Práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **EducarSUS Notas sobre o Desempenho da Gestão da Educação na Saúde.** Período de fevereiro de 2004 a junho de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº1802.** Insitui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **RESOLUÇÃO - RE nº 304, 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. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **EDITAL No - 18, DE 16 DE SETEMBRO DE 2009 SELEÇÃO PARA O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE - PET- SAÚDE.** Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **PORTARIA No - 1, DE 5 DE FEVEREIRO DE 2010**. Homologa o resultado do processo de seleção dos Projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde 2010/2011. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Edital nº 7, de 3 de março de 2010. PET-Saúde/Vigilância em Saúde** – Anos letivos 2011 a 2012. Brasília, DF, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **EDITAL CONJUNTO Nº 27, DE 17 DE SETEMBRO DE 2010**. Seleção de projetos de Instituições de Educação Superior em conjunto com Secretarias Estaduais de Saúde e/ou Secretarias Municipais de Saúde para participação no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Saúde Mental - Crack, Álcool e outras Drogas (PET-Saúde/Saúde Mental/Crack). Brasília, DF, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 422, DE 3 DE MARÇO DE 2010**. Estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Brasília, DF, 2010d.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto Nº. 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Edital n.º 33, de 14 de dezembro de 2012**. PET-Saúde/Vigilância em Saúde – Anos letivos 2014 a 2015. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. SGTES. **Pró-Saúde/PET-Saúde**. 2013a. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/pro\\_saude\\_pet\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/pro_saude_pet_saude.pdf). Acesso em: 28 ago 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Edital n.º 14, de 8 de março de 2013**. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE (PET SAÚDE – REDES). Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução Nº3, de 20 de Junho de 2014**: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Educação, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **EDITAL Nº - 13, DE 28 DE SETEMBRO DE 2015 SELEÇÃO PARA O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE PET-SAÚDE/GRADUASUS - 2016/2017**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2015.

BRITTEN, N. **Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde.** In: Pope C, Mays N, editores. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. São Paulo: Artmed, 2006.

BURDICK, W.P.; MORAHAN, P.S.; NORCINI, J.J. Capacity Building in Medical Education and Health Outcomes in Developing Countries: The Missing Link. **Education for Health: Change in Learning e Pratices**, Filadélfia-USA, v.20, n.3, p.65, 2007.

CAMPOS, G.W. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos:** a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, F.E. et al. **Os desafios atuais para a educação permanente no SUS.** Cadernos RH saúde, Brasília, v.3, n.1, p.41-51, 2006.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. **Formação e Educação em Saúde:** Aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, GW.S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 149-182.

CARVALHO, J. A. B.; GARCIA, R. A. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico.** Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.725-733, maio/jun. 2003.

CECCIM, R.B., FEUERWERKER, L. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Ver Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.975-986, 2005a.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-177, 2005b.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.975-986, 2005c.

CECÍLIO. **Os Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.13, n. 3, p.469-478, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2015.

CECÍLIO, L.C.O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p.113-126.

CECÍLIO, L.C.O.; MATSUMOTO, N. F. **Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde.** In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). Gestão em redes: tecendo

os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EdUCS: IMS/UERJ: CEPESQ, 2006. p.37-50.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2009.

COHN, A. **O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

COHN, A.; ELIAS, P. E. M. **Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

CUNHA, M.I. et al. **Inovações pedagógicas na formação inicial de professores**. In:FERNANDES, C.M.B.; GRILLO, M. Educação superior: travessias e atravessamentos.Canoas: Editora da ULBRA; 2001. p. 33-90.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v.35, n.4, p. 16-17, 2006.

DAL-FARRA, R.A; LOPES P.T.C. Métodos mistos de pesquisa em educação: pressupostos teóricos. **Nuances: estudos sobre Educação**, Presidente Prudente-SP, v.24, n. 3, p. 67-80, set./dez. 2013.

DALFOVO, M. S.; LANA, R.A.; SILVEIRA, A.. Métodos quantitativos e qualitativos:um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4,p.01-13, Sem II. 2008. ISSN 1980-7031.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. 4 ed. São Paulo: Cortez,2000.

DENT, J.A. **Teaching and learning medicine**. In: A practical guide for medical teachers. Dent JA, Harden RM, editors. 2001.

DESLANDES, S. F. **A construção do projeto de pesquisa**. In: MINAYO, M. C.S. (Org.) et al. Pesquisa Social: Teoria, Método, e Criatividade. Petrópolis: Vozes, 2004.

DESLANDES, S. F. **Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos**. In: Minayo M.C.S., Assis S.G., Souza E.R., editores. Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz,2010.

DESLAURIERS, J. P. **Recherche qualitative; guide pratique**. Québec (Ca): McGraw Hill, Éditeurs, 1991.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 6, p. 1613-24, 2013.

DUSSAULT, G.; SOUZA, L.E. **Gestão de recursos humanos em saúde**. In: Workshop: Mapeamento de Projetos de Pesquisa e Intervenção sobre Recursos Humanos em Saúde, no âmbito Nacional; 2000; São Paulo (SP), Brasil. São Paulo (SP).Departamento de Orientação

Profissional da Escola de Enfermagem da USP e Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP: 2000.

ERCIKAN, K., ROTH, W.M. **What Good Is Polarizing Research Into Qualitative and Quantitative?** EDUCATIONAL RESEARCHER 2006; 35; 14. ESCOREL, S; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. **As Origens da reforma sanitária e do SUS.** In: LIMA, N.T. (Org.) et al. Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

ESHER, A. et al. **Construindo critérios de julgamento em avaliação:** especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento HIV/AIDS. Cienc Saúde Coletiva, 2012.

FERNANDEZ, J.C.A.; SACARDO, D.P. **Abordagem qualitativa para avaliação de políticas públicas:** implicações teóricas, éticas e políticas. In: Fernandez J.C.A., Campos M., Cazzuni D.H., editores. Avaliar para compreender: uma experiência na gestão de programa social com jovens em Osasco – SP. São Paulo: Hucitec Editora, 2008.

FEUERWERKER, LCM. **Gestão dos processos de mudanças na graduação em medicina.** In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p.17-39.

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

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FREIRE, P. **Sobre educação popular: Entrevista com Paulo Freire.**In: TORRES, R.M. (org). Educação popular: um encontro com Paulo Freire. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

GASKELL, G. **Entrevistas individuais e grupais.** In: BAUER, M.; GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2004, p.64-89.

GERHARDT, T. E. et al. **A construção e a utilização do diário de campo em pesquisas científicas.** International Journal of Qualitative Methods. 2005.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GREEN, J.; BRITTEN, N. **Qualitative research and evidence based medicine.**BMJ, 1998.

GOELEN, G. et al. **Measuring the effect of interprofessional problem-based learning on the attitudes of undergraduate health care students.** Medical Education. 2006; 40 (6), pág.555-561.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar.** Rio de Janeiro: Record, 1997.

GOMES, R. **A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa**. In: MINAYO, M. C.S. (Org.) et al. *Pesquisa Social: Teoria, Método, e Criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2004.

GOMES, R. et al. **Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação**. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R.(Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. de. **Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares**. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.

GONZE, G. G. **A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo saberes e práticas**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de PósGraduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juíz de Fora, Juíz de Fora, 2009.

GONZE, G.G.; SILVA, G.A. **A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores**. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, 129-146, 2011.

GOULART, L. M. H. F. et al. **Abordagem pedagógica e diversificação dos cenários de ensino médico: projetos selecionados pelo PROMED**. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v.33, n. 4, p. 605-614, 2009.

GUIZARDI, F. L. et al. **A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensinotrabalho**. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R. A. (Org). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p. 153-177.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M.A.; DAVINI, M.C. **Proceso de trabajo y educacion permanente de personal de salud: reorientacion y tendencias en américa latina**. *Educacion Médica y Salyud*. vol. 24, n. 2. 1990.

HADDAD, N.M., et al. **Plant species loss decreases arthropod diversity and shifts trophic structure**. *Ecol. Lett.*, 12, 1029–1039. 2009.

HOCHMAN, G. **A Era do Saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

IYDA, M. **Cem Anos de Saúde Pública: a cidadania negada**. São Paulo: Unesp, 1994.

LEAL, M.R.; AMERINACO, I.; BUENO, J.F. **Os quatro pilares da educação e a formação de professores de língua inglesa**. Dissertação (Mestrado em Educação).Universidade Pontífica Católica do Paraná – PUCPR, Curitiba, 2003.

LUZ, M. T. **Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” – Anos 80**. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MADRUGA, J.A.G. **Aprendizagem pela Descoberta Frente à Aprendizagem pela Recepção:** A Teoria da Aprendizagem Significativa. In: COLL, C.; PALÁCIOS J.; MARCHESI, A. (orgs). Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia da educação. vol. 2. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MANZINI, E.J. **Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada.** In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial. Londrina:eduel, 2003.

MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MARTINS, J. T.; HADDAD, M. C. L. **Um novo olhar sobre a educação.** Olho Mágico, Londrina, v. 8, n. 2, p. 15-16, 2001.

MARTINS, K.A.; LAZZAROTTO, G.D.R. **Discursos, Psicologia e Formação em Saúde:** construindo saberes e sentidos. XII Salão de Iniciação Científica: Universidade Pontifícia Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Porto Alegre, 2011.

MATUMOTO, S. et al. **Supervisão de equipes no programa de saúde da família.** Interface – comunicação, saúde, educação, Botucatu, v.9, n.16, p.9-24, 2005.

MENDES, E.V. **As redes de Atenção à Saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, v.15, n.2, pág.2297-2305, 2010.

MERHY, E. E. **A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas.** In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (Orgs.). Agir em Saúde: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, E.E.; FEUERWEKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. Educación permanente em salud – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud colect**, La Plata, v.2, n.2, p.147-160, 2006.

MICCAS, F.L.; BATISTA, S.H.S.S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.1, 2014. MINAYO M.C.S. et al. (Orgs.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 15 ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis:Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINAYO, M. C. S. **Introdução.** In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E.R. (Org.). Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010a.

MITRE, S.M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.2, pág.2133-2135, 2008.

NASCIMENTO, F.D. **Práticas de educação permanente implementadas nos serviços de saúde no Brasil à luz dos preceitos políticos e conceitual de educação permanente em saúde**. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

NOVAES, H. M. **Ações integradas nos sistemas locais de saúde – SILOS: análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina**. São Paulo: PROHASA, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Departamento de Recursos Humanos. **Marco de Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS (1978). **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde**. Declaração de Alma-Ata. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 11 nov.2015.

PAIM, J. S.; FILHO, N. A. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299 – 316, agosto. 1998.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2013, 47 (4): 977-983.

PEDUZZI, M et al. Adaptação transcultural e validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale no Brasil. **Rev Esc Enferm USP** · 2015; 49(Esp2):7-15.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.341-360, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7007.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2015.

PINHEIRO, R. **As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO. 2001. p.65-112.

POSSAS, C. **Saúde e Trabalho: a crise da Previdência Social**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1989.

REEVES, S. et al. **Interprofessional education: effects on professional practice and health outcomes (update)**. Cochrane Database of Systematic Review. 2013; Issue 3.

RIBEIRO, E.C. de O.; MOTTA, J.I.J. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde**. Disponível em < <http://www.saude.pr.gov.br/eep>>. Acesso em: nov. 2015.

ROMANO, R. A. T. **Da reforma curricular à construção de uma nova práxis pedagógica: a experiência da construção coletiva de um currículo integrado.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1999.

ROSA, S.S. da. **Construtivismo e mudança.** 9 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

RONZANI, T.M.; RIBEIRO, M.S. Identidade e Formação Profissional dos Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n.3, p. 299-236, set./dez.2003.

ROWE, G. et al. **Delphi: A revaluation of research and theory.** Technol forecasting and social changes, 1991.

SILVA, R. F. et al. **Acidentes perfuro-cortantes no hospital Governador Celso Ramos: 1922 a 1999.** CONGRESSO BRASILEIRO DE CONTROLE DE INFECÇÃO E EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR. Anais, p. 112. Belo Horizonte, 2000.

SOUZA, A. S. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, ano 2, n.2, p.10-14, mar./jun. 1999.

SOUZA, P. L. et al. **Projetos PET-Saúde e Educando para a Saúde: construindo saberes e práticas.** Rev Bras Educ Med. 2012;36(1 Supl 1):172-7.

SPINK, M. J. P. **O estudo empírico das representações sociais.** In: SPINK, M. J. P. (Org.). O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995a. p. 85-108.

SPINK, M. J. P. **Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais.** In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). Texto em representações sociais. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995b. p. 117-145.

SPINK, M.J.P.; GIMENES, M. da G. G. **Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença.** Saúde e Sociedade. v. 3, n. 2, p.149-171, 1994.

STELLA, R.C.R.; PUCCINI, R.F. **A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina.** In: PUCCINI, R.F.; SAMPAIO, L.O.; BATISTA, N.A. A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social. São Paulo: Editora Unifesp, 2008.

STOTZ, E.N. **Necessidades de saúde: mediações de um conceito: contribuições das Ciências Sociais para fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

SUNGUYA, B.F. et al. **Interprofessional Education for Whom? Challenges and Lessons Learned from Its Implementation in Developed Countries and Their Application to Developing Countries: A Systematic Review.** PLoS ONE. 2014.

VALENTE, G.S.C.; GOMES, H.F.; ALVES, F.B. **PRÓ-SAÚDE**: uma nova experiência educativa na formação profissional. *Práxis Educacional*, v.6, n.9, p.227-237, jul-dez 2010.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D.F. **O Sistema Único de Saúde**. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2007.

VIANA, A. L. D. **As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90**: o (longo) período de reformas. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências Sociais e Saúde para ensino médico*. São Paulo: Hucitec, 2000.

VIANNA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.225-264, 2005.

TARTUCE, T. J. A. **Métodos de pesquisa**. Fortaleza: UNICE – Ensino Superior, 2006. Apostila.

TOLEDO, M.; TOLEDO, M. **Didática da matemática – como dois e dois**: construção da matemática. São Paulo: FTD, 1997.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*, 2005; 39(3):507-14.

WESTPHAL, M. F. **Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças**. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Transforming and Scaling up Health Professionals Education*.

## **Apêndices**

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**  
**UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Esta pesquisa intitulada: PET-Saúde na Universidade de Passo Fundo: uma avaliação do desenvolvimento da formação integral para o SUS, possui como executores: a mestranda Bruna Nadaletti de Araújo, o orientador Prof. Drº Júlio Bertolin e a co-orientadora Prof. Draª Carla Beatrice Crivellaro Gonçalves.

A realização desta pesquisa justifica-se pelo fato de estarmos vivendo em um cenário cuja assistência à saúde da população deve ser completa, ou seja, baseada na interdisciplinaridade e integralidade, independentemente do nível de complexidade que ela aconteça. O objetivo geral e os objetivos específicos da pesquisa são respectivamente: Avaliar a preparação dos sujeitos envolvidos no PET-Saúde UPF para atuarem no SUS segundo os preceitos da integralidade e interprofissionalidade; contribuir para o desenvolvimento do conhecimento no campo da educação permanente em saúde; instigar nos alunos dos cursos da área da saúde e nos profissionais atuantes a importância da assistência baseada na integralidade e interprofissionalidade; contribuir para a qualificação do SUS.

A sua colaboração na pesquisa ocorrerá através da participação de uma entrevista semiestruturada duração média de 30 minutos, o qual será composto por três questões norteadoras, nas quais poderão ser expressas sua opinião e experiências sobre os assuntos em questão.

Ao participar desta pesquisa você poderá contribuir para futuros avanços do programa Pet-Saúde da Universidade de Passo Fundo.

Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa e poderá ter acesso aos dados em qualquer etapa do estudo.

Sua participação nesta pesquisa não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando assim o seu consentimento.

Você não terá qualquer despesa para participar da presente pesquisa e não receberá pagamento pela sua participação no estudo.

As suas informações serão gravadas e posteriormente destruídas. Os dados relacionados à sua identificação não serão divulgados. Os resultados da pesquisa serão divulgados, mas você terá a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados.

Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento dos pesquisadores ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e caso se considera prejudicado (a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com o (a) pesquisador (a): Bruna Nadaletti de Araújo, telefone (54) 91339616 ou também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UPF, pelo telefone (54) 3316-8157, no horário das 08h às 12h e das 13h30min às 17h30min, de segunda a sexta-feira.

Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo. Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com o (a) pesquisador (a).

Passo Fundo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Nome do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do (a) pesquisador (a): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CIP – Catalogação na Publicação

---

A663p Araújo, Bruna Nadaletti de  
PET-Saúde na Universidade de Passo Fundo: uma avaliação  
do desenvolvimento da formação integral para o SUS / Bruna  
Nadaletti de Araújo. – 2016.  
91 f. ; 30 cm.

Mestrado (Mestre em Educação) – Universidade de Passo  
Fundo, 2016.

Orientador: Prof. Dr. Júlio Bertolin.

Coorientadora: Prof. Dra. Carla Gonçalves.

1. Reforma do sistema de saúde. 2. Educação permanente.  
3. Formação profissional. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil).  
5. Educação superior. 6. Qualificações profissionais. I. Bertolin,  
Júlio, orientador. II. Gonçalves, Carla, coorientadora. III.  
Título.

CDU: 37