

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

# **FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE E PROTAGONISMO DOS ESTUDANTES: PERCURSOS NA FORMAÇÃO PELO TRABALHO**

1ª Edição  
Porto Alegre - 2017  
Rede UNIDA

Organizadores  
Ricardo Burg Ceccim  
Eliana Goldfarb Cyrino

editora



redeunida

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

**Ricardo Burg Ceccim**  
**Eliana Goldfarb Cyrino**  
organizadores

**Formação profissional em saúde e protagonismo dos  
estudantes: percursos na formação pelo trabalho**

1ª Edição  
Porto Alegre - 2017  
Rede UNIDA

Copyright © 2017 by RICARDO BURG CECCIM e ELIANA GOLDFARB CYRINO.

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

F723 Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes: percursos na formação pelo trabalho [recurso eletrônico] / Ricardo Burg Ceccim, Eliana Goldfarb Cyrino, organizadores. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2017.  
p. 338 : il. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde, v.9)

ISBN: 978-85-66659-65-8

DOI: 10.18310/9788566659658

1. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. 2. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. 3. Formação profissional – Saúde. 4. Educação em saúde. 5. Graduação – Saúde. I. Ceccim, Ricardo Burg. II. Cyrino, Eliana Goldfarb. III. Série.

CDU: 614:37

NLM: W18

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA  
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252  
[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)





## **Série Atenção Básica e Educação na Saúde**

### **Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes: percursos na formação pelo trabalho**

#### **Organizadores**

Ricardo Burg Ceccim  
Eliana Goldfarb Cyrino

#### **Editoras Associadas**

Cristina Neves Hugo  
Renata Flores Trepte

A série Atenção Básica e Educação na Saúde, coleção institucional da Associação Brasileira Rede Unida, pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Digital da Rede Unida: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital>

#### **Elaboração, distribuição e informações**

Associação Brasileira REDE UNIDA  
Rua São Manoel, nº 498, Santa Cecília  
CEP 90620-110, Porto Alegre – RS  
Telefone: (51) 3391-1252  
Site: [www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)

#### **Coordenação Nacional da REDE UNIDA**

Alcindo Antônio Ferla, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

#### **Comissão Executiva Editorial**

Janaina Matheus Collar  
João Beccon de Almeida Neto

#### **Diagramação**

Robson Luiz

#### **Arte da Capa**

Cadu Ribeiro

#### **Revisão bibliográfica**

Manoella Van Meegen

Manuscritos coletados por meio de chamada conjunta entre a Revista Interface e a Editora Rede UNIDA.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil



### **Coordenador Nacional da Rede UNIDA**

Júlio César Schweickardt

### **Coordenação Editorial**

Alcindo Antônio Ferla

### **Conselho Editorial**

**Adriane Pires Batiston** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

**Alcindo Antônio Ferla** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Àngel Martínez-Hernández** – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

**Angelo Steffani** – Universidade de Bolonha, Itália

**Ardigó Martino** – Universidade de Bolonha, Itália

**Berta Paz Lorido** – Universitat de les Illes Balears, Espanha

**Celia Beatriz Iriart** – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

**Denise Bueno** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Emerson Elias Merhy** – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

**Francisca Valda Silva de Oliveira** – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

**Izabella Barison Matos** – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

**João Henrique Lara do Amaral** – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

**Júlio César Schweickardt** – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** – Universidade de São Paulo, Brasil

**Laura Serrant-Green** – University of Wolverhampton, Inglaterra

**Leonardo Federico** – Universidade de Lanus, Argentina

**Lisiane Bøer Possa** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Liliana Santos** – Universidade Federal da Bahia, Brasil

**Luciano Gomes** – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

**Mara Lisiane dos Santos** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

**Márcia Regina Cardoso Torres** – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

**Marco Akerman** – Universidade de São Paulo, Brasil

**Maria Luiza Jaeger** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

**Maria Rocineide Ferreira da Silva** – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

**Ricardo Burg Ceccim** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Rossana Staevie Baduy** – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

**Simone Edi Chaves** – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

**Sueli Goi Barrios** – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

**Túlio Batista Franco** – Universidade Federal Fluminense, Brasil

**Vanderléia Laodete Pulga** – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

**Vera Lucia Kodjaoglanian** – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

**Vera Rocha** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

# Sumário

Apresentação .....	2
O sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área .....	4
Formação em Psicologia e Contexto Multiprofissional: Entrelaços com o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) .....	28
As Significações do PET/Redes em Quixadá: Produzindo Sentido para o Agir Profissional em Equipe. ....	54
Tecendo conhecimentos em articulações do PET-Saúde da UNIPAMPA: um relato de experiência .....	72
Formação Profissional e Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde: o que pensam os estudantes bolsistas e voluntários?.....	96
Formação em saúde e extensão universitária: vivência multiprofissional no sistema público de saúde.....	120
Práticas de saúde inter e multidisciplinares motivadas pelos programas PRÓ-Saúde/PET-Saúde em município do sul do Brasil.....	134
Experiências Significativas na Educação Superior da UFVJM-MG: PET-Saúde Compartilhando Ideias Ensino-Serviço .....	158

A Experiência dos Acadêmicos do PET-Saúde/Vigilância em Saúde em um Centro de Testagem e Aconselhamento . . . . .	184
Experiências no PET Saúde UFC: Atenção Multiprofissional a Pacientes com HIV/Aids e Sífilis . . . . .	198
Movimento de Reorientação da Formação em Saúde: Percepção dos Alunos de uma Universidade Pública . . . . .	220
Vivência de Discentes do Programa de Educação pelo Trabalho na Vigilância em Saúde do Município de Itabuna, Bahia: Relato de Experiência . . . . .	240
A Práxis da Educação em Saúde: Contribuições na Formação Profissional para o SUS. . . . .	260
PET-Saúde e sua interface com saberes e práticas na saúde: Desvelando processos formativos interdisciplinares . . . . .	280
PROPET Saúde / Psicologia UFRJ: Um dispositivo para uma formação implicada com a produção do cuidado . . . . .	304
Sobre os autores . . . . .	328



# **FORMAÇÃO E PROTAGONISMO**

## **Apresentação**

Os textos organizados neste livro são originários de uma iniciativa conjunta da Revista Interface e da Rede Unida que, por meio de uma chamada pública, convidaram à submissão de manuscritos relativos à reflexão e experiência no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), ambos programas de iniciativa do Ministério da Saúde e implementados por instituições de ensino e instâncias do Sistema Único de Saúde. Tais programas previam a busca por maior integração entre a formação e o trabalho na saúde, o fomento à mudança no ensino nestas carreiras e o apoio ao desenvolvimento profissional na rede de serviços e de gestão desse setor, assim como a ampliação da participação popular. A iniciativa almejava incentivar a produção de análises e o compartilhamento de conhecimentos sobre a formação nas graduações em saúde diante de sua presença nos cenários da atenção básica e na construção do trabalho em

equipes multiprofissionais e interdisciplinares. Foram apresentados quase 400 manuscritos, submetidos à avaliação por pares e, desses, 28 artigos compuseram o Suplemento da Revista Interface (Suplemento 1, 2015). Outros 53 manuscritos foram aprovados para o projeto editorial de uma Coletânea. Dada a densidade dos relatos, quando observada a sua distribuição por conteúdos analisados e focos explorados às narrativas, optou-se pela organização de quatro coletâneas temáticas, agregando perfis no tratamento dos componentes da prática, escolhas metodológicas à abordagem ou segmento privilegiado dentre às diretrizes e orientação política dos programas.

A iniciativa permitiu constatar uma grande vitalidade nas experiências do PET-Saúde e Pró-Saúde, sua potência na multiplicidade de olhares e formas de interação entre a formação universitária e os sistemas locais de saúde, assim como o esforço de um exercício intelectual sobre o fazer. Sobretudo, permitiu visibilidade à potencialidade do encontro entre a formação universitária e o trabalho no sistema de saúde, seus efeitos na formação de profissionais e na produção de conhecimentos e tecnologias de apoio às práticas de ensino, de avaliação e de apoio aos serviços e à população.

Nessa publicação estão 14 capítulos com experiências cujo protagonismo é dos estudantes, na experiência e na análise da mesma, acrescidos por um capítulo no formato de ensaio teórico feito pelos organizadores. Os textos foram agrupados em duas sessões: “Formação e Protagonismo” e “Presença e Profissionalização”. A leitura dos capítulos permite perceber e refletir sobre componentes fundamentais para a composição do perfil e pouco analisados na formação profissional: sentimentos, percepções, vivências e a interação propriamente dita com os serviços e territórios.

# **FORMAÇÃO E PROTAGONISMO**

## **O sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área**

**Ricardo Burg Ceccim  
Eliana Goldfarb Cyrino**



## **Introdução: sobre o relatar e o escrever**

O mundo das práticas é sempre uma multiplicidade de experimentações. Recolher as experiências vividas, num sentido amplo, representa o aproveitamento ou a utilização de uma ação em modo de transferência ao outro, é um ato de aproveitar a satisfação ou a frustração com alguma coisa de modo que se torne aprendizado compartilhado. A “ação” informa que uma política ou teoria não são prescrições, mas (re)leituras, cujo relato daquilo que dizem está na linguagem daqueles que a transportam em fazeres cotidianos e de comunicação entre interessados. O relato escrito é ainda um outro ato, onde o vivido se torna experiência interpretada, reorganizadora do pensamento, do próprio olhar e do próprio sentir. Não se trata de experiência “refletida” (uma “pensamentosfera”), trata-se de um “escrever-se”, de escrever a destinatários, de aguardar as respostas de leitores em suas próprias escritas (de texto ou de práticas). Em modo personalíssimo, traçar ou moldar formas para o particular, o singular, o local, o “no nosso caso”, para enredar com outros particulares, outras singularidades, outras localidades, outros casos/casinhos/casuísticas e, assim, entrar por “círculos em rede”. (CECCIM, 2016).

Vários matizes podem ser entretecidos em meio aos “casos” (nossos casinhos, nossas casinhas), nos ajudando a perceber as repercussões de políticas, planos e programas que respaldam iniciativas públicas e interesses sociais de mudança e criação. Em áreas sensíveis com a saúde e a educação, os casos e as casas são fundamentais, dizem de pessoas reais, trabalhadores reais, estudantes reais, docentes reais e todas as suas instituições reais que precisam repercutir em bem-estar, crescimento, cura, aprendizado, potência de vida. Devidamente referenciados os relatos justificam as reformulações de muitas políticas, planos e programas, compõem estratégias ava-

liativas, noção de partes críticas, informação sobre ganhos e conquistas, movimentos de inclusão e mutações de realidade. (CYRINO, GODOY, CYRINO, 2014).

Neste livro, nossos casos e casinhas são o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde), embora também o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e aquilo que portam de protagonismo estudantil. A pergunta sobre o lugar dos estudantes, de onde e para onde partem, diversifica ângulos de análise das materialidades provenientes de projetos que buscaram reorientar justamente a sua formação. Narratividades, ora mais estruturadas e formais, ora informais, tentam trazer à tona os atores sociais das práticas e os atos institucionais empenhados em programas de reorientação da formação, tais como o PET-Saúde e o Pró-Saúde (programas do governo federal que ganharam território em todo o país com a adesão de inúmeras universidades, municipalidades e coletivos estudantis). No Brasil, foram 902 grupos PET-Saúde em desenvolvimento, reunindo 15.975 bolsistas entre estudantes, trabalhadores de saúde (preceptores) e professores universitários (dentre tutores e/ou coordenadores), representando todos os estados brasileiros. (De SORDI; CYRINO; CYRINO; PINTO, 2016).

A publicação desses relatos incentiva a produção sobre a formação nas graduações em saúde quando comprometidas com territórios do fazer saúde no âmbito local e de serviços na atenção básica, vigilância à saúde, saúde mental e redes inter-setoriais. Da mesma forma, a experiência da prática e da formação interprofissionais no Sistema Único de Saúde (SUS). Os processos de ensino e trabalho no SUS, na perspectiva da produção compartilhada, promovem o diálogo entre saberes, interessando-nos a integralidade da atenção, o protagonismo dos estudantes e a responsabilização com os usuários, assim



como o desenvolvimento de sua autonomia. Decorreu do interesse de atores sociais do cotidiano, em exercitar seu olhar crítico, sua narratividade e sua composição de interpretações, tudo isso de modo a traduzir tais programas em vida prática e seus efeitos na aprendizagem em saúde e nos cenários da atenção à saúde.

O compartilhamento de “ações” pela mudança de currículos, das práticas nos serviços e redes de atenção e nas pesquisas em saúde, decorrentes da participação no PET-Saúde, promove a emergência não de um coletivo de participantes programáticos, mas de uma *comunidade de intervenção social*. (CECCIM; CABALLERO, 2013, LAVE; WENGER, 1991). De maneira absolutamente independente dos programas, entretanto, temos, na realidade das instituições de ensino e dos serviços de saúde, um *desejo de mudança*, já os programas representam fermento, viabilidade, encorajamento institucional e suporte político, crucial para *tempos de mudança*. As repercussões em protagonismo estudantil no pensar e fazer saúde são tanto explicitadoras dos pontos de fortaleza quanto de fraqueza dos programas, tanto aquilo que favoreceu como aquilo que enfraqueceu possibilidades que estavam nos programas.

Neste livro, um grande número de profissionais de saúde, de diferentes formações de graduação, distribuídos pelo país, compartilha avanços, limites e desafios do “encontro” com os estudantes no PET-Saúde. Professores, profissionais e estudantes que se engajaram num processo de formação “em terreno” transportando-nos à sua realidade e permitindo-nos sonhar com uma meta de rede colaborativa comprometida com a sustentação do SUS e com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da saúde. Relatos que registram experiências vividas e reclamam à cena acadêmica e profissional conceitos chave à atualização dos modos de formar e de atuar na saúde:

educação interprofissional; prática interprofissional; educação permanente; interação universidade-sociedade; integração ensino-trabalho-sociedade; integração ensino-serviço-gestão-cidadania; formação pelo trabalho; mobilização para a mudança na graduação; integralidade da atenção; humanização; atenção básica; trabalho em rede; construção conjunta de projetos de intervenção entre instituições de ensino, gestores, trabalhadores de saúde e sociedade; cuidado em redes de atenção; construção de relações horizontais e com maior autonomia dos usuários nos serviços; educação e promoção da saúde; proteção e vigilância da saúde; educação e ensino da saúde.

Dentre os objetivos dos relatos e suas análises transbordam os trabalhos com desejo de potência à atenção básica como território de acolhimento e vínculo de pessoas, famílias e grupos e como território de formação básica e continuada. Subsidiaram uma formação inovadora com a visão de território formativo, processos de ensino a partir da educação interprofissional e aprendizagem como diálogo e negociação de sentidos, troca de saberes e compartilhamento de afetos. Observa-se que os trabalhos focam os efeitos do PET-Saúde e as contribuições de todos os programas que nos últimos 15 anos apoiaram projetos de mudança na graduação e convocação estudantil ao pensar formação e trabalho na saúde. Alguns temas mostram os interesses maiores dos programas eventualmente no governo, via editais e incentivos, mas políticas de mudança dos processos formativos em saúde presentes na sociedade brasileira há 40 anos.

A mensagem presente nos inúmeros relatos versa sobre o sentimento de que o PET-Saúde se constituiu numa experiência de formação coerente com movimentos da sociedade e de defesa do SUS, exitoso para os estudantes, ampliando conhecimento sobre saúde e gerando direcionamento do interesse

profissional para o contexto da atenção integral, trabalho em redes de saúde e intersetoriais, gestão descentralizada do sistema de saúde, ênfase aos territórios locais e à participação popular ou controle social. O que se percebe ao focar o olhar nos trabalhos é que não lhes falta qualidade política ao lado da qualidade técnica, não lhes falta compromisso ético ao lado do compromisso com o fazer de qualidade. O registro do vivido tem esse mérito e ainda revela o esforço de mudar o cenário da formação de nível superior em saúde com protagonismo local, com protagonismo estudantil e com protagonismo das relações estudante-professor-trabalhadores-usuários (CECCIM; PINHEIRO, 2006).

Estão presentes neste livro testemunhos de compromisso com a melhoria dos serviços de saúde na perspectiva da integralidade do cuidado, mudança política do trabalho em saúde, empenho dos atores sociais das práticas com um novo fazer, um fazer que permita o exercício de práticas dialógicas e problematizadoras na saúde. Também estão presentes os esforços por transformar práticas pedagógicas e assistenciais, valorizando o trabalho interprofissional e a transdisciplinaridade. Estes aportes da prática ao PET-Saúde e suas repercussões, na condição de suas experimentações, nos permite destacar o alto valor pedagógico e político dos relatos e nos incita a convidar leitores, que se somem, que leiam reescrevendo cada relato conforme sua necessidade de melhorar o fazer de cada dia, leitores que façam laços e redes na direção de um sistema público de saúde que diga respeito a todos os brasileiros, que seja inclusivo, que seja ressingularizador, que aceite a alegria da vida como mote ao trabalho, ao ensino, ao cuidado, ao tratamento, à escuta e à composição de redes. Os relatos depõem em favor de premissas e princípios que estão no Brasil e estão no cenário internacional, estão nas políticas brasileiras e estão



em recomendações internacionais de revistas e organismos de saúde pública, de educação em medicina e em saúde pública. (FRENK; CHEN; BHUTTA et al., 2010).

## **Desafio: sobre a aliança entre formação universitária e sistema de serviços de saúde**

A aliança entre a formação universitária e o sistema de serviços de saúde não é uma meta apenas brasileira, a Organização Mundial da Saúde a vem enunciando como tarefa de todos os países e como objeto da cooperação técnica da Organização (WHO, 2010). Trata-se do estabelecimento (e seu desenvolvimento) de uma estreita e regular colaboração entre sistemas de saúde (com sua rede de gestão e de serviços sanitários) e formação universitária. Sistemas de saúde municipais, estaduais ou federal e instituições formadoras seguindo os princípios da “aprendizagem significativa” (o aprender que emerge da presença nas realidades e do contato com problemas reais, tornados perguntas vivas de aprendizagem e não apenas teoria) e da “aprendizagem com compromisso social” (o aprender que emerge do agir social e da prática solidária com as necessidades sociais, tornando-se o estudo também uma intervenção).

Os sistemas de saúde representam importante empregador dos egressos da Universidade, também conhecem – a cada tempo histórico de mudança nos modos do trabalho – o perfil de competências e habilidades requeridos nas redes laborativas de gestão e de atenção à saúde. Também os sistemas de saúde estão obrigados a implementar um rol de cursos para “re-formar” os trabalhadores que ingressam no sistema de trabalho sem adequado perfil profissional e sem domínio de muitos saberes fundamentais, principalmente, sem o domínio de práticas essenciais ao trabalho em equipe, como a atuação

multiprofissional, a ação interdisciplinar e a experiência com a práxis coletiva (educação e prática interprofissionais). Deste ponto de vista, o sistema de saúde não pode colocar-se como ente formador à parte das instituições de ensino, devendo, ao contrário, dispor de uma relação interinstitucional com as instituições formadoras, assim como as instituições formadoras não podem colocar-se à parte da rede de serviços, mantendo-se ligadas ao seu hospital universitário, como no modelo flexneriano, mas não às equipes locais de saúde e aos movimentos sociais de luta por saúde. (CARVALHO; CECCIM, 2006, PINTO; CYRINO, 2014).

Uma relação atinente a uma política de formação que envolva formação inicial e contínua, interação com professores e com estudantes dos diversos níveis da graduação e da pós-graduação, sob diferentes formas de atuação, envolvendo ensino, pesquisa e extensão, além da criação de programas formativos inovadores, seja para seus quadros, com o apoio da universidade, seja para os recém-formados, com abertura de oportunidade de experiência e bolsas de estudo-intervenção, seja ainda por meio de atividades de formação didática contínua para professores e formação em habilidades pedagógicas para trabalhadores parece procedente e produtora. Em suma, os sistemas de saúde devem apresentar compromissos objetivos com uma política de formação que dialogue com as instituições formadoras, apoiando tais instituições em seus processos de revisão e atualização curricular ou de construção de práticas e processos inovadores, uma vez que dela esperam egressos para compor redes de trabalho. As universidades devem apresentar compromissos objetivos com uma política de trabalho que dialogue com a rede de serviços, apoiando gestores e trabalhadores em seus processos de revisão e atualização da condução gerencial e da atenção integral à saúde ou de construção

de redes de práticas e redes de gestão inovadoras, uma vez que delas se espera bom mercado de trabalho aos egressos e os melhores resultados em saúde da população.

Pode-se dizer que a experiência internacional funciona como fonte de inspiração e demonstração da viabilidade da proposta em múltiplos cenários culturais, políticos e econômicos. No Brasil foi desenvolvida uma política nacional de educação e desenvolvimento do pessoal de saúde, de 2001 a 2016, com expressivo acúmulo. Talvez se possa colocar em movimento, agora, os aprendizados locais e dar margem a todo tipo de protagonismo local, seja dos sistemas municipais de saúde, seja das universidades, seja dos coletivos estudantis. Uma cultura de formação colaborativa foi ensinada nesses últimos 15 anos entre Universidade e Sistema de Saúde que incorpora referências da experiência internacional e referências dos anos de colaboração do Ministério da Saúde com as Instituições de Ensino Superior. Desde a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, junto ao Ministério da Saúde, em 2003, essa cultura se expressa no campo da didática ou representa esforço dos docentes na construção de modelos de ensino e formação cada vez mais contemporâneos ou cada vez mais atinentes às demandas complexas do mundo à formação de jovens profissionais e de cidadãos empenhados com a tarefa social esperada da universidade pela sociedade, uma vez que a política de saúde assumiu seu caráter constitucional de ordenar a formação de seus trabalhadores (Art. 200, inciso III, da Constituição Federal, 1988).

### **Premissas: sobre as noções de base em um mundo em mudança**

O ensino e a pesquisa, no contexto da globalização, são chamados a atuar em um plano de trabalho multissituado, mul-

tilocal, horizontal, onde a relação entre as diferentes experiências locais não é hierarquizada em relação aos planos extralocais. (MARTINO, 2016). A “educação” é chamada a enlaçar (como na costura e bordado ou nas redes eletrônicas e telemáticas) o local e o global, atenção e gestão, serviço e formação, dentre os desafios em sistemas de saberes complexos e práticas profissionais em um mundo em permanente transformação.

O conhecimento deve ser tomado como construção que provoca pensamentos e sentimentos inovadores, comprometidos com processos sociais e coletivos, com projetos inclusivos e com movimentos de “singularização permanente”. (CEC-CIM, 2007). A construção do conhecimento incide sobre indivíduos, coletivos e instituições e estimula a proximidade com o contexto e os problemas do cotidiano do lugar de atuação e vida, sempre em diálogo com contextos e problemas locais, regionais, nacionais e globais.

A ideia de uma “educação em movimento” contempla um lado intelectual: o aprofundamento da consciência sobre os reais “problemas de conhecimento”; e um lado prático: constituído em atividades concretas de ação social. Um aspecto de transformação e inovação dos serviços e um aspecto de transformação e inovação curricular e nos métodos didáticos. A inovação curricular não é apenas a agregação de novos conteúdos à grade curricular, mas processos inovativos de ensino, interação com o mundo das práticas e interação com o mundo social. Não se trata de levar a Universidade à sociedade em atividades extracurriculares ou as redes da sociedade à Universidade, em uma programação de eventos; não se trata de currículo de um lado e cenários de prática (locais de estágio) de outro, mas integrar universidade e sociedade por meio das redes de gestão e de serviços, fazendo a integração entre ensino, serviço, gestão e população.

Dois elementos fundamentais de inovação são o envolvimento dos estudantes, de modo que se reconheçam mais protagonistas na definição de projetos de aprendizagem, de intervenção social e de consciência intelectual, e o envolvimento dos “territórios” de práticas, onde demandas e perguntas reais pululam, desafiam, exigem envolvimento e empenho. Não só campos de estágio, mas a presença na interação entre trabalhadores e usuários. Também “territórios” representam a presença e protagonismo na emissão de necessidades em saúde e sociais a que se deve aprender. É nesse sentido que a designação “formação situada” ganha expressão material: uma formação empenhada com o trabalho no plano cotidiano das práticas, mas também em contato real com a vida local (seus habitantes) ou com os movimentos sociais representativos (a sociedade e sua ação pelos interesses e necessidades da vida). Um desafio relevante é o planificar e levar a cabo atividades que consintam aos estudantes a aquisição de conhecimentos e competências investidos em saberes e fazeres implicados com a resolução de problemas reais, vividos em território por grupos sociais, comunidades, segmentos excluídos ou em desvantagem social, populações alvo de preconceitos, discriminação e estigma ou grupos ativistas no campo das singularidades, democracia e inclusão social.

### **Bases prévias ou simultâneas: os pontos de referência na experiência internacional**

O tema do protagonismo estudantil na formação “situada” (em terreno, em cena, ainda que “multilocal”), o tema do empenho dos sistemas de saúde para com as práticas educativas e o tema do compromisso das instituições formadoras para com os sistemas de saúde é um desafio mundial, implicado com a transformação de pensamento e práticas sociais. (PELLEGRINI)



NO, 2015). Nossa tarefa, entretanto, não é a de conhecer e implantar este ou aquele método didático, este ou aquele método de interação universidade-sociedade, mas verificar experiências internacionais e examinar interesses locais. Não se trata de buscar o exclusivo da área de saúde, mas as construções didático-pedagógicas espalhadas pelos pesquisadores em educação pelo mundo.

O interesse de reunir universidade e redes de saúde não vem do acaso ou do nada, existem experiências prévias bem-sucedidas e diversas estratégias já desenvolvidas e avaliadas. (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006, CECCIM; KREUTZ; PAIVA DE CAMPOS; CULAU, 2016, CYRINO; GODOY; CYRINO, 2014, **PINTO; CYRINO, 2014**). No exame de interesses, o conhecimento panorâmico de experiências prévias internacionais, o conhecimento sobre competências já presentes nas vidas locais de instituições de ensino e instituições de serviço, seja nas redes de gestão, seja nas redes de ações e serviços, são desafios político-institucionais e desafio de projetos inovadores locais.

A contribuição à inovação didática ou à inovação na integração universidade-sociedade está distribuída pelo mundo, em autores ou em experimentos levados a efeito, alguns densamente avaliados:

- **Comunidade Científica Alargada** (Itália) - o conhecimento não reside unicamente na cabeça do especialista técnico, mas no agir social, estando entre “os especialistas” e “os outros”, os realmente interessados, a comunidade, o trabalhador, o usuário, reunindo ciência “e” experiência. (ODDONE; RE; BRIANTE, 2008, NEVES; MUNIZ; SILVA et al, 2006).

- **Aprendizagem Baseada em Problema** (Holanda) - participação ativa dos estudantes na aprendizagem, não a transferência passiva de informações do professor ao estudante, aprendizagem centrada no estudante, na qual os estudantes são desafiados a problematizar, pesquisar, refletir, dar significado e entender as ciências básicas, uma vez que desenvolvem abordagens para a solução de problemas específicos em um contexto relevante à futura carreira profissional. Discussão de um problema (caso), em pequenos grupos (elaboração), promovendo a conexão de ideias e conceitos (saberes cooperativos) em lugar da competição pela melhor nota ou maior reconhecimento. (AZER, 2001, CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).
- **Aprendizagem Baseada em Projeto: o aprender desde a experiência** (Estados Unidos) - projetado para colocar cada aluno numa condição de estudante-trabalhador, onde eles aprendem a trabalhar, pensar criticamente, comunicar-se eficazmente tanto oralmente como por escrito e aprender a ética de trabalho e valores coletivos em vez de simplesmente seguir as regras e conceitos de normas curriculares ou determinações do sistema sanitário ou de serviços sociais. (LARMER, 2016, CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).
- **Ecologia de Saberes** (Portugal) - não há hierarquia e nem dicotomia entre saberes populares e saberes acadêmicos, trata-se do reconhecimento da infinita pluralidade dos saberes e da necessidade de valorização dos mesmos para realização de ações cientificamente críticas e socialmente relevantes, ruptura com a racionalidade instrumental presente no ensino, criação de espaços democráticos que

potencializem a criatividade e o desenvolvimento integral do indivíduo. (SANTOS, 2007).

- **Ergoformação** (França) - grupos de encontro do trabalho – GET, a formação “real” se organiza no encontro com o trabalho “real”, a formação só ocorre quando coloca em questão o si mesmo, as ações e a direção dos resultados “em ato”; coloca no centro das preocupações de formação a atividade de trabalho, é necessário compreender e admitir que o trabalho não é apenas uma sequência de gestos ou de ações mecânicas, programadas antecipadamente por outros, trabalhar não é aplicar, mas é gerir as variabilidades do aqui e agora. (PAUL, 2012, SANT ’ANNA; HENNINGTON, 2011).
  
- **Aprendizagem em Serviço / Service Learning** (Canadá) - aprendizagem significativa por meio da extensão universitária de interesse social, “aprender com empenho social”, apresentar aos estudantes o desafio de colocarem seus conhecimentos, aprendizagens e técnicas ao serviço do outro, ao serviço de uma intervenção social. O *Service Learning* é curricular, interdisciplinar, orientado por competências, orientado à aprendizagem significativa, orientado à mudança, participativo, responsabilizante e colaborativo. (RUSU, COPACI, SOOS, 2015).
  
- **A experiência e o saber da experiência** (Espanha) – par experiência/sentido, oposição aos pares ciência e técnica, teoria e prática. Sobre a experiência: crítica ao excesso de informação e a obrigatoriedade de ter opinião (ensino orientado por competências), também o excesso de trabalho, que se opõe à experiência. Sentido: o “sujeito



da experiência”, não a oferta e expectativa do fazer (aprendizagem significativa ou baseada em problemas), mas o ser transformado pela experiência, uma lógica da paixão (“pathos”). O saber da experiência atualiza o conhecimento, a si mesmo, a consciência (não mais como teoria, mas como vivência) e a vida (o viver e o defender a vida). O conhecimento é político e crítico, mas é criativo e estético – produzir sentido, criar realidades (subjetivação e singularização). Construir as condições de possibilidade. (LARROSA, 2002).

- **Educação Permanente em Saúde e Quadrilátero da Formação** (Brasil) - reconhecimento de que mundo acadêmico, mundo do trabalho e movimentos sociais devem estar articulados na construção das aprendizagens, seja no interior das instituições de ensino, no interior das instituições de trabalho ou nas lutas populares por direitos sociais e à saúde. O mundo do trabalho articula práticas de gestão e governo e práticas de cuidado e acolhimento de pessoas sob atenção. A noção de *quadrilátero* traz os quatro ângulos do polígono (gestão, atenção, formação e participação) com um centro vazio e que, por ser vazio, apenas “demanda” (a aprendizagem), mas os quatro lados são vazados de modo que dentro e fora permanentemente intercambiam e produzem novidade e disseminação. Reúne os conceitos e práticas da pesquisa-ação-crítico-colaborativa para pensar o Estudo-Ação, a Aprendizagem Significativa, a Extensão Universitária e os Programa de Educação Tutorial. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, CECCIM, 2005).

- **Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) e Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde (Brasil)** - experiência de engajamento protagonista de estudantes junto as redes de gestão e serviços, com apoio de docentes e pesquisadores de diferentes áreas para “pensar” demandas sociais e sanitárias, sistemas de oferta de cuidado e lógicas de gestão, modos de ensinar e aprender e a relevância dos saberes colaborativos em tecedura de trocas e intercâmbios. A modalidade de “vivências” é para estudantes de diferentes cursos de graduação por breves períodos e a modalidade “residência” é uma especialização realizada em serviços em composição de quadros multiprofissionais em torno de “áreas” de intervenção e não “recortes” muito especializados que possam estreitar o saber de um campo a uma superespecialidade. (MARANHÃO, 2015, DALLEGRAVE; CECCIM, 2013).
  
- **Estudantes Universitários e o Sistema Sanitário Italiano (UNiverSSI) e Formação Situada (Itália)** - diálogo com a experiência internacional, presença do debate sobre interculturalidade e inclusão social, acolhimento e experimentação das inovações didáticas, aliança das áreas social, de saúde, antropológica e pedagógica. Valoriza e lança desafios de criação e invenção de cenários que articulem ensino, pesquisa e intervenção/interação na construção dos saberes para estudantes, trabalhadores e docentes. (CANINI, 2016; PELLEGRINO, 2015).

## **Os horizontes almejados: uma noção de futuro das práticas**

O desafio político-institucional, a partir da experiência ou das modelagens atualmente em curso, busca o exame da factibilidade político-institucional em todos os sistemas locais de saúde e todas as universidades. Discutir, debater e apresentar as bases iniciais de factibilidade operativa de uma experimentação pode representar esforços comuns das universidades e dos sistemas locais de saúde num tempo imediato, mas também um futuro de cooperações em rede. Projetos de aprendizagem para estudantes, pesquisadores, profissionais, docentes e gestores podem ser ativados a cada dia, em cada local, como podem delinear imagens de ação e futuro das práticas. O mundo acadêmico, os movimentos sociais e a interculturalidade exigem tecedura de mundos.

Consideramos a complexidade e a diversidade de cenários como a composição da construção dos saberes, assim como o reconhecimento da impossibilidade de uma unidade no saber que se alce como indiscutível e superior a qualquer outro. A aquisição de conhecimentos e competências, enquanto se participa ativamente de um projeto que enfrenta e propõe a resolução de um problema real da comunidade local, fornece um significado e uma motivação mais profunda tanto aos estudantes, empenhados na tarefa de realizar-se a si mesmo, como aos docentes, empenhados no acompanhamento educativo dos alunos. Uma noção de futuro das práticas e relevância dos relatos narrativos está no “jogo” didático: currículo “em aberto” e ensino “em movimento”. Acompanhando a construção conceitual de Roland Barthes (2009), que reivindica compreendermos a escrita para além de qualquer caráter comunicacional e imediatamente utilitário, podemos sugerir que um texto-*prescrição* limita o envolvimento do estudante, ao passo que um

texto-*pensamento* convida o estudante a ser coautor do texto, encorajando à interpretação ativa do texto, não sua apreensão normativa: leitura vai, escrita vem. Um texto *academicista* limita a produção de sentidos, cujo leitor deve posicionar-se como obediente consumidor de informação, ao passo que um texto *extensão de sentidos* envolve o leitor como coprodutor, como um intérprete criativo. Só podemos falar, então, do ensino baseado em práticas de pensamento, oportunidades de experimentação e vivências de intensa interrogação.

Na universidade, as práticas de ensino têm como base de referência as disciplinas do currículo, embora práticas mais avançadas de interdisciplinaridade e interprofissionalidade estejam naquilo que lhes escapa, no seu fora e nas suas convocações imprevistas. As práticas de interdisciplinaridade e de interprofissionalidade requerem a interação entre fontes de conhecimento e experiências no mundo real, bem como alguma iniciativa de intervenção social. Conforme Mansilla, Miller e Gardner (2000), por exemplo, os estudantes demonstram compreensão interdisciplinar, especialmente por meio da necessidade de integrar conhecimento e modos de pensamento de forma a criar produtos, resolver problemas e oferecer explicações sobre o mundo ao seu redor.

Entretanto, enquanto a interdisciplinaridade está voltada a elaborar um conhecimento de síntese e a interprofissionalidade uma prática colaborativa horizontal, Ceccim (2004) sugeriu a *entredisciplinaridade* como ousadia e usufruto da autonomia intelectual para explorar as fronteiras usuais do conhecimento e das profissões. Fronteiras flexíveis e permeáveis seriam, conforme Klein (2004) uma melhor orientação para lidar com objetos de conhecimento complexos, que pertencem a diferentes níveis de realidade e que apresentam contradições, paradoxos e conflitos. Futuras atividades de desenvolvimento de capaci-

dades interprofissionais, interdisciplinares, de integralidade da atenção, sob a integração ensino e sistema de saúde e sob a interação universidade-sociedade representarão parceria baseada em realizações passadas e atuais. Com o objetivo de promover um novo futuro das práticas, as narratividades de ação/ inovação, as trocas por círculos em rede e as opções de uma leitura *extensão de sentidos* contribuirão. Um postulado de coerência é acatar o futuro que nos convoca e não reagir ao futuro com a recuperação do conservadorismo. Nossas energias são mais potentes na fronteira, quando o fazer depende de criar, porque não temos as garantias do já sabido, tal como acontece quando estamos aboletados no centro de nosso conhecimento prévio e antecedente, onde somos talvez a majestade em nosso reino, quando milhões de reinos corroem todo dia cada fronteira até que este centro não possua mais qualquer sentido.

Se educação é *transformação*, compete à “educação e ensino da saúde” suas *figuras de transfiguração* e estas são justamente as linhas de força com capacidade de condicionar o futuro. Nos resta desfigurar o presente, por suas linhas de futuro, ou seja: ousar, relatar, partilhar, ler relatos, usar de ousadia, compartilhar. A aliança entre o sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área é a portadora do futuro das práticas de formação na saúde, mas aquilo que o futuro exige do presente é ação, portanto, figuras de transfiguração, não uma nova e irretorquível “metanarrativa” da formação de profissionais de saúde.



## Referências

AZER, S. Problem-based learning: a critical review of its educational objectives and the rationale for its use. **Saudi Medical Journal**, v. 22, n. 4, 2001, p. 299-305.

BARTHES, R. **O prazer do texto; precedido de variações sobre a escrita**. Lisboa: Edições 70, 2009.

CANINI, A. **La costruzione della presenza attiva degli studenti nel sistema sanitario: il progetto UNiverSSI tra Italia e Brasile**. 2016. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2016.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND Jr, M.; CARVALHO, Y.M. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 149-182.

CECCIM, R.B. Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v. 11, n. 22, 2007, p. 343-363.

CECCIM, R.B. Cerchi in rete: la costruzione metodologica della ricerca in salute come ricerca-formazione. In: FRANCO, T.B.; CECCIM, R.B. **Prassi in salute globale: azioni condivise tra Brasile e Italia**. Porto Alegre: Rede UNIDA; Bologna: CSI Unibo, 2016, p. 77-100.

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

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004, p. 259-278.

CECCIM, R.B.; CABALLERO, R.M.S. Pesquisa-ação e educação permanente como desenvolvimento e mobilização de capacidades institucionais na interação ensino-serviço em saúde: interrogação à política e administração da educação. In: **Simpósio Brasileiro de Política e Administração da Educação, XXVI** (Eixo temático 3: Política e Gestão no Ensino Superior.), 2013, Recife. Anais... Recife: Anpae, 2013. Disponível em: <http://www>

anpae.org.br/simposio26/1comunicacoes/RicardoBurgCeccim-ComunicacaoOral-int.pdf

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

CECCIM, R.B.; KREUTZ, J.; PAIVA DE CAMPOS, J.D.; CULAU, F.S. Educação em saúde coletiva, pesquisa-formação e estratégia de prospecção de modelos technoassistenciais na atenção básica. In: CECCIM, R.B.; KREUTZ, J.; PAIVA DE CAMPOS, J.; CULAU, F. WOTRICH, L.A.F.; KESSLER, L.L. (Org.). **Intensidades na atenção básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016, p. 17-27.

CECCIM, R.B.; PINHEIRO, R. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. 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**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 13-35.

CYRINO, A.P.P.; GODOY, D.C.; CYRINO, E.G. (Org.). **Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde**. São Paulo: Cultura acadêmica, 2014.

CYRINO, E.; TORALLES-PEREIRA, M.L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, 2004, p. 780-788.

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R.B. Residências em saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? **Interface – comunicação, saúde, educação**, v. 17, n. 47, 2013, p. 759-776.

DE SORDI, M.R.L.; CYRINO, E.G.; CYRINO, A.P.; PINTO, T.R. Olhares avaliativos informais: o PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – em tela. **Interface – comunicação, saúde educação**, v. 19, Supl. 1, 2015, p. 687-89.

FRENK, J.; CHEN, L.; BHUTTA, Z.A. et alii. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, v. 376, n. 9756, 2010, p. 1923–1958.

KLEIN, J.T. Prospects for transdisciplinarity. **Futures**, v. 36, n. 4, 2004, p. 515-526.

LARMER, J. (Ed.). **Project based learning: preparing students for tomorrow, engaging them today**. Novato, CA: Buck Institute for Education, 2016.

LARROSA B., J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, 2002, p. 20-28.

LAVE, J.; WENGER, E. **Situated learning: legitimate peripheral participation**. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

MANSILLA, V.B.; MILLER, W.C.; GARDNER, H. On disciplinary lenses and interdisciplinary work. In: WINEBURG, S. S.; GROSSMAN, P. M. (Eds.). **Interdisciplinary curriculum: challenges of implementation**. New York: Teachers College Press, 2000, p. 17-38.

MARANHÃO, T. **Função-facilitador(a) nos estágios e vivências na realidade do Sistema Único de Saúde: marcas de protagonismo estudantil na construção de práticas formativas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

MARTINO, A. Pesquisa-intervenção em formação e desenvolvimento de profissionais de saúde, expansão e qualificação da atenção básica. In: CECCIM, R.B.; KREUTZ, J.; PAIVA DE CAMPOS, J.; CULAU, F. WOTRICH, L.A.F; KESSLER, L.L. (Org.). **In-formes da atenção básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016, p. 263-276.

NEVES, M.; MUNIZ, H.; SILVA, E.F. et alii. Comunidade ampliada de pesquisa: trabalhadores/as de escolas públicas compartilham saberes na busca da promoção da saúde nos locais de trabalho. **Revista Eletrônica Extensão Cidadã**, v. 2, n. 11, 2006. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/extensaocidadada/article/download/1347/1020>

ODDONE, I.; RE, A.; BRIANTE, G. **Esperienza operaia, coscienza di classe e psicologia del lavoro**. Torino: OTTO Editore, 2008.

PAUL, S. Partie 4: L'ergoformation comme accompagnement et comme expertise. In: \_\_\_\_\_. **Travail et vie précaire: typologie des difficultés d'insertion des jeunes sans qualification**. Strasbourg: Education. Université de Strasbourg, 2012, p. 2025-155.



PELLEGRINO, V. Per una formazione universitaria “situata”. In: PELLEGRINO, V; SCIVOLETTO, C. (Org.). **Il lavoro sociale che cambia: per una innovazione della formazione universitaria**. Milano: FrancoAngeli, 2015, p. 35-69.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

PINTO, T.R.; CYRINO, E.G. **Profissionais de saúde como professores: tensões e potências nas práticas de ensino na atenção primária à saúde**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

RUSU, A.S.; COPACI, I.; SOOS, A. The impact of service-learning on improving students’ teacher training: testing the efficiency of a tutoring program in increasing future teachers’ civic attitudes, skills and self-efficacy. **Procedia - Social and behavioral sciences**, n. 203, 2015, p. 75-83.

SANT’ANNA, S.R.; HENNINGTON, E.A. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, supl. 1, 2011, p. 223- 244.

SANTOS, B.S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos Estudos – CEBRAP**. São Paulo, n. 79, 2007, p. 71-94.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Department of Human Resources for Health. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**. Geneva: WHO, 2010.



# **Sessão 1: Formação e Protagonismo**

# **FORMAÇÃO E PROTAGONISMO**

## **Formação em Psicologia e Contexto Multiprofissional: Entrelaços com o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)**

**Keila Zampirom  
Ana Cristina Costa Lima  
Maria Elisabeth Kleba**

A inserção do psicólogo na saúde pública passou a ser normatizada, no Brasil, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e vem se ampliando, principalmente, a partir da implantação da Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2002) e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008a). Também em nível terciário, observa-se crescente inserção desses profissionais em hospitais e áreas de especialização que compõem a rede de serviços do SUS.

Para Dimenstein e Macedo (2012), a psicologia é uma das categorias com maior número de profissionais contratados em instituições de saúde pública, ao longo das últimas décadas, sem contar medicina e enfermagem. Pesquisa de abrangência nacional realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (2013) aponta que 45% dos profissionais têm na área de saúde a sua atividade principal. Esse resultado corrobora com estimativa do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), cujos resultados indicam mais de 40 mil psicólogos vinculados ao SUS, em dados de 2011 (MACEDO et al., 2011).

Essa realidade exige redirecionamento na formação de psicólogos, em consonância com as políticas de saúde e para a consolidação do SUS. A atuação do psicólogo em serviços da saúde tem sido criticada, principalmente por reproduzir um modelo de atuação clínica de cunho individual e curativista (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

A construção do SUS tem provocado mudanças, destacando-se concepções e princípios que explicitam um conceito de saúde complexo, para além da ideia de doença. Este cenário implica mudanças nos modos de fazer, de reger e de conduzir na área da saúde, suscitando por parte do Ministério da Saúde (MS), articulado com o Ministério da Educação (MEC), a implementação de políticas e estratégias como fios condutores de

mudanças, no campo das práticas e da formação profissional em saúde (BRASIL, 2004).

O processo de mudança da formação profissional vem sendo constituído por iniciativas em âmbito interministerial e de entidades profissionais, especialmente a partir de 2001, em que se iniciou a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Tanto o MS quanto o MEC consideram que a implementação das DCN consiste em estratégia primordial para formação profissional, orientada para as necessidades da população e do SUS (Feuerwerker, 2003).

Em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), o MS assume a ordenação da formação nessa área, por meio de políticas orientadoras do ensino e do desenvolvimento dos trabalhadores da saúde no Brasil. Outra iniciativa foi a institucionalização da aproximação entre MS e MEC, a partir do que a SGTES, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), vem promovendo normatizações relativas a perfis profissionais em nível técnico-profissional e em nível superior (BRASIL, 2012).

Entre os programas instituídos pela DEGES, destacamos o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que visa incentivar transformações no processo de formação, de geração de conhecimento e de prestação de serviços à população, para uma abordagem integral do processo saúde-doença. Os processos de reorientação da formação no Pró-Saúde estruturam-se em três eixos: (1) orientação teórica; (2) cenários de prática e (3) orientação pedagógica.

A partir de 2008, os Ministérios da Saúde e da Educação lançaram o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), como estratégia do Pró-Saúde, que favo-

rece aprendizagem ativa dos estudantes, a partir do cotidiano dos serviços e do território na produção da saúde (BRASIL, 2008b). O PET-Saúde visa “promover a integração ensino-serviço-comunidade, envolvendo docentes, estudantes de graduação e profissionais de saúde para desenvolvimento de atividades na rede pública de saúde” (BRASIL, 2012).

Ambos os Programas são iniciativas de reorientação da formação, junto às quais a Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), em parceria com a Secretaria da Saúde de Chapecó e a Gerência Regional da Saúde do oeste de Santa Catarina, tem conseguido aprovar propostas desde 2005. No PET-Saúde, foco deste estudo, a Unochapecó iniciou sua trajetória em 2009 e, até final de 2013, já contemplara mais de 300 estudantes, 139 profissionais e 32 professores como bolsistas. Cada grupo tutorial do PET-Saúde é, geralmente, formado por um professor tutor, seis profissionais preceptores, 12 estudantes bolsistas e em torno de quatro estudantes não bolsistas, oriundos dos 10 cursos de graduação com inserção na área da saúde: Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social.

Tendo aprovado propostas nos editais I, II e III do Pró-Saúde, a Unochapecó desenvolve diferentes projetos, dentre eles, o de Vivências Interdisciplinares e Multiprofissionais (VIM), com o objetivo de “promover atividades de aprendizagem multiprofissional e interdisciplinar de reconhecimento e discussão do SUS, a partir de inserção num território” (Stanga; Ferrão; Kleba, 2013). Sua principal função é sensibilizar estudantes e docentes dos dez cursos citados, como também profissionais dos serviços de saúde do município, tanto na tutoria como no acolhimento nas unidades de saúde, para a importância do trabalho em equipe na prática profissional.



O PET-Saúde incentiva a formação de grupos de aprendizagem tutorial de natureza interdisciplinar, vindo ao encontro das orientações em prol do trabalho em equipe, salientadas tanto nas DCN para os cursos de graduação da área da saúde, quanto nas diretrizes para o exercício profissional no SUS (CECCIM, 2004). Para Ceccim (2004), o processo educacional que forma profissionais para a área, precisa desenvolver condições para que os trabalhadores da saúde consigam exercer, em equipes multiprofissionais, cuidado integral com comprometimento ético-humanista.

O presente trabalho, apoiado no eixo orientação pedagógica do Pró-Saúde, define como objetivo identificar se a experiência dos estudantes de Psicologia no PET-Saúde da Unochapecó favorece o desenvolvimento de habilidades para trabalhar em contextos multiprofissionais da saúde, entre outras.

## **Formação em Psicologia: Interfaces com a Saúde Pública**

A formação em Psicologia vem sendo responsabilizada desde a regulamentação da profissão no Brasil, em 1962, pelas dificuldades da prática profissional e pelo pouco comprometimento com as transformações sociais, primordialmente no campo da saúde. É ainda criticada por formar psicólogos a partir do modelo hegemônico clínico, produzindo, na maioria dos cursos, um profissional liberal (BERNARDES, 2007; FERREIRA NETO, 2005).

A regulamentação da profissão de psicólogo selou uma tradição das três áreas de atuação (clínica, escolar e organizacional) no mercado naquele período, influenciando os currículos dos cursos a contemplarem disciplinas dessas áreas. Dentre essas, a clínica foi destacada com maior carga curricular, ao mesmo

tempo em que cresciam consultórios de psicologia como atividade principal do psicólogo (FERREIRA NETO, 2005).

Ao final da década de 1970, grandes cidades começaram a inserir psicólogos em serviços públicos de saúde, principalmente hospitais psiquiátricos e gerais, bem como em situações específicas de clínica ambulatorial (Achcar, 1994). A implantação do SUS, na década de 1990, e a formação da rede de atenção básica de saúde pouco inseriu esta profissão. A demanda de psicólogos nos serviços de saúde torna-se significativa na primeira década do século XXI, com a instituição dos NASF e a formação da Rede de Atenção Psicossocial no SUS.

O acima exposto explicita um problema que antepõem a base epistemológica proposta para o SUS, da saúde coletiva, e as bases epistemológicas da psicologia, com a prática dominante sustentada na biomedicina. Isso aponta para desafios como superar a prática biomédica instalada de forma a construir espaços de trabalho, nos quais seja possível desenvolver atenção às subjetividades humanas e a indissociabilidade entre mente e corpo, entre biológico e psicológico. A formação de habilidades e competências para a atuação do psicólogo em serviços públicos, implica desenvolver capacidades para seu envolvimento na efetivação do princípio da integralidade.

Entende-se que a relação de forças de saberes e poderes está acima de uma profissão e das fragilidades de sua formação. A formação em Psicologia sofre pressões de sua própria história, por ser profissão marcada por diversas linhas de pensamento e multifacetados campos de atuação, haja vista atuar com relações humanas e seus comportamentos. Há fragilidades na articulação entre teoria e prática e, especificamente, na articulação entre as abordagens psicológicas e a compreensão da saúde coletiva e suas intersecções na prática multiprofissio-



nal em saúde coletiva, sob o princípio da integralidade (ACH-CAR, 1994).

Importante marco na formação de psicólogos para práticas profissionais integradas ao contexto de vida da comunidade em que atuam foi a introdução, na década de 1990, da disciplina de Psicologia Social Comunitária nos currículos da maioria dos cursos (FREITAS, 2012). Guareschi et al (2010) aponta que essas disciplinas têm apresentado movimentos para fundamentar a formação dos psicólogos para o SUS. No entanto, mesmo que tais disciplinas apresentem bases teóricas e metodológicas que apoiem a atuação nas políticas de saúde, mostram-se insuficientes para superar teorias e práticas dominantes com base na biomedicina.

Como possível caminho, Bernardes (2006) sugere a construção de um projeto pedagógico em que as políticas de saúde estejam enraizadas. Isso implica não na mera inclusão de uma ou mais disciplinas de políticas de saúde nos currículos, mas que os princípios do SUS estejam expressos na proposta pedagógica, como compromisso de toda comunidade acadêmica.

A formação do psicólogo é responsabilidade e preocupação não restrita às universidades (Guareschi et al., 2010), mas atinge outras instâncias, entre as quais o Conselho Federal de Psicologia e a Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), cujos levantamentos e publicações atualizadas sobre a atuação profissional têm fomentado reflexões e ações sobre a formação de Psicólogos no cenário nacional.

## **Método**

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, a qual visa o “estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus

artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (Minayo, 2008). Esse tipo de pesquisa atua no mundo dos significados correspondente a um espaço profundo de ações, relações humanas e fenômenos, de realidades que não são perceptíveis ou apreendidas em equações e médias estatísticas (MINAYO et al., 2002).

A estratégia de pesquisa utilizada foi o estudo de caso, no sentido da construção de dados sobre a experiência e seus desdobramentos, por meio da visão dos envolvidos, visando o conjunto e não necessariamente o estudo de cada indivíduo (YIN, 2005).

Os participantes da pesquisa foram professores, estudantes e egressos do Curso de Psicologia da Unochapecó. Para a seleção dos professores, tínhamos como indicador sua atuação como tutor do PET-Saúde; mas, como apenas um professor preencheu este critério, incluímos dois tutores do projeto *Vivências Interdisciplinares Multiprofissionais (VIM)*.

Os estudantes e egressos foram selecionados a partir de uma lista de 50 nomes, fornecida pela Área de Ciências da Saúde da Unochapecó, de bolsistas ou voluntários do PET-Saúde, entre 2009 e 2013. Todos foram convidados por e-mail e/ou pela rede social *Facebook*, além de contato pessoal no período da pesquisa.

Foram entrevistados, de forma individual, três professores do Curso de Psicologia, um estudante e dois profissionais egressos, e, coletivamente, dois estudantes e um profissional egresso, perfazendo um total de nove entrevistas semidiretivas.

A tabela 1 caracteriza o universo da pesquisa, ressaltando que, para indicar as falas nos resultados e preservar a identidade dos sujeitos, utilizamos a letra D para docentes, E para estudantes e P para profissionais psicólogos, seguida de número.

**Tabela 1.**  
**Caracterização dos sujeitos da pesquisa.**

Participantes	Período de atuação no PET-Saúde	Codificação
Docente	Não atuou	D1
Docente	Não atuou	D2
Docente, tutor	Um ano quatro meses	D3
Estudante, bolsista	Um ano e quatro meses	E1
Estudante, bolsista	Um ano	E2
Estudante, voluntário	Seis meses	E3
Psicólogo, egresso ex bolsista	Dois anos	P1
Psicólogo, egresso ex bolsista	Dois anos	P2
Psicólogo, egresso ex bolsista	Oito meses	P3

A análise dos resultados se deu após a leitura flutuante, que indicou categorias, entre as quais, destacamos neste artigo a que se refere ao trabalho em equipe, como segue. O aporte teórico da análise está apoiado no terceiro eixo norteador do Pró-Saúde, ou seja, a orientação pedagógica, e os resultados dimensionam neste universo de pesquisa, a vivência/experiência, do estudante e sobre ele, na interação proporcionada pelo PET-Saúde.

A pesquisa cumpriu as exigências e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unochapecó, sob Protocolo nº 087/13, seguindo princípios éticos inerentes ao processo investigativo de respeito ao sigilo das informações e à opção dos participantes em participar do estudo. As entrevistas gravadas foram validadas pelos sujeitos do estudo.

## **O Trabalho em Equipe: Potência para a Formação no Campo da Saúde**

A essência do eixo orientação pedagógica do Pró-Saúde é proporcionar o protagonismo dos estudantes, por meio da formação profissional centrada em sua participação ativa na produção de conhecimento, estimulando sua responsabilização no processo ensino-aprendizagem integrado aos serviços do SUS (BRASIL, 2007).

Coloca-se, como conceito-chave desse modelo pedagógico, o “aprender fazendo”, pretendendo inverter a lógica pedagógica de cursos, que, mesmo após a implantação das DCN, persistem na dicotomia entre teoria e prática.

Como estratégia para ativar a aprendizagem que encetasse o protagonismo do estudante, foi criado o PET-Saúde que tem como pressuposto a educação pelo trabalho na saúde. Uma formação no trabalho “[...] precisa contemplar os aspectos das complexas redes e práticas tecidas e compartilhadas nas situações de trabalho” (BARROS; BARROS, 2010). Nesse sentido, o PET-Saúde se caracteriza como espaço de aprender fazendo: “O PET faz esse processo de aprendizado aqui, como se a gente já estivesse trabalhando lá fora, nessa equipe, aqui dentro, com esses profissionais” (E3).

Esse processo é entendido como possibilidade concreta de construir diálogos com a realidade de inserção, em que teoria e prática são desafiadas cotidianamente pelas tramas comunitárias, que ultrapassam as possibilidades de uma única área de atuação. Trata-se de construir cada prática em saúde no cotidiano e em equipe (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

A experiência do acadêmico no cotidiano do trabalho no SUS é direcionada para uma prática multiprofissional e inter-

disciplinar (BARROS; BARROS, 2010). Desse modo, o trabalho coletivo é uma estratégia pedagógica, que se destina não apenas à produção de conhecimento, mas para outras formas de ação.

A interação entre os acadêmicos dos cursos e também essa interação entre profissionais e acadêmicos, os preceptores, eles têm muito a acrescentar, abrir, expandir o nosso olhar. (E2)

No PET-Saúde, os acadêmicos, professores e profissionais de outras áreas provocam um diálogo interdisciplinar, de uma maneira ou de outra, seja pela vivência da experiência prática, pela troca de conhecimentos ou até pelo contato com teorias, com abordagens referentes aos sujeitos que vêm de outras áreas. (D1)

Este modelo dialógico em equipe produz pelo menos dois sentidos: produzir crises no que cada área de conhecimento propõe como modos de ver e fazer e estabelecer relações com os sujeitos da prática (BARROS; BARROS, 2010). Nesse contexto, o docente relata o estranhamento do estudante de psicologia que participou do projeto VIM ao conhecer modos de ver de outras áreas do saber.

O que a gente percebe de mudança mais evidente de quem participava do VIM e chegava depois das intervenções, das idas a campo [pela] primeira vez [era] um certo estranhamento quanto às posições das outras pessoas: o que os acadêmicos da medicina, da odonto, da nutrição acham de algumas questões que para nós parecem claras, parecem evidentes?! Por exemplo, a gente vai abordar algumas



questões relativas à relação entre o contexto familiar e a promoção de qualidade de vida dentro da psicologia, que para o acadêmico da odonto vai ser visto de outra perspectiva. A relação entre processo de tratamento e cura que existe dentro do campo da psicologia, que é bem diferente da relação de tratamento e cura que existe dentro da medicina. (D1)

O segundo sentido seria a produção da crítica dessas áreas de conhecimento, por meio da relação dialógica pautada numa postura de desconforto intelectual, “[...] no que diz uma disposição de conviver com o outro aprendendo sobre o que ele faz, como faz, por que faz, conhecendo seus valores e suas possíveis renormatizações” (BARROS; BARROS, 2010). O estudante que participou do PET-Saúde relata que o programa oportuniza conhecer os modos de fazer das outras áreas do conhecimento.

O PET é uma oportunidade de você atuar, de você fazer realmente de forma interdisciplinar. Por mais que [seja] difícil, muitas vezes a gente não conhece o trabalho do outro... [ele] vai ter que mostrar para a gente o que é. A nutrição, a fisioterapia... e a gente [vai ter de] mostrar o que é a psicologia. (P2)

Sempre levando em consideração a formação que o outro teve e também entender que algumas situações tem outro jeito de fazer, diferente do [nosso]. Entendemos que também pode ser feito [de outro jeito] ou dos dois jeitos, dependendo da situação. (P2)

Reconhecer o saber do outro implica em recusar uma escuta surda, produzida pelo especialismo, e se despojar do próprio saber, como única verdade. As práticas multiprofissionais, em busca de diálogo, não devem falar pelos sujeitos, como especialistas que conhecem a necessidade do outro e tem o poder de definir a doença e restituir a saúde. O especialismo compreende o cuidado como tarefa exclusiva do profissional de saúde, deixando ao usuário o lugar de objeto de sua ação (Herckert, 2009).

A abertura para a escuta-experimentação implica desviar do campo da escuta como técnica de observação externa para transitar no plano da escuta como experimentação, em que não há saberes a serem aplicados, mas permite captar novas possíveis práticas (Herckert, 2009), para promover o encontro entre profissionais e usuários. Desse modo, a escuta-experimentação abre espaços para a construção de conhecimentos e práticas em coletivos.

Das vivências no PET-Saúde emergem dificuldades que forcem o estudante de Psicologia a pensar outros jeitos de operar e de agir em equipe (BARROS; BARROS, 2010). O relato da estudante demonstra o quanto o profissional, juntamente com a equipe, precisa criar outras práticas para atuar em equipe multiprofissional:

Na época, quando eu fiz o PET, a gente [teve de] trabalhar com a coleta de dados da mordida de uma aranha venenosa (escolhido entre todas as pessoas). Eu lembro que eu disse: mas, e eu, o quê vou fazer aí? E a professora olhou para mim e disse assim: vamos sentar e vamos descobrir o que o psicólogo pode fazer com esse ser. E foi esse mapeamento que a gente foi fazendo [e] inseriu o psicólogo dentro desse processo da pessoa [com] lesão corporal, e aí como ela vai lidar com essa dor. (E3)

Para o Conselho Federal de Psicologia (2009), um dos principais desafios que o psicólogo tem ao se inserir em espaços que exigem o trabalho multiprofissional está relacionado à necessidade de transformar a imagem do psicólogo diante da equipe e da população.

Abaixo percebemos a dificuldade de alguns psicólogos em entender o lugar que ocupam em contextos que exigem trabalho multiprofissional:

A gente, pela experiência de trabalho aqui na universidade e por experiências fora [dela], percebe que há uma dificuldade muito grande por parte do psicólogo em entender o seu lugar no trabalho em equipe multiprofissional. Pega por exemplo os NASF; [há] muitos psicólogos [...] que trabalham no NASF, mas lutam por fazer um trabalho clínico no NASF. Acho que não é desconhecimento da política, na verdade é desconhecimento de outras estratégias que dariam conta de um trabalho que tivesse relação com o território e [...] com a saúde coletiva, como um todo. [Conhecimento] do processo de subjetivação, que tem a ver com a ideia de promoção e prevenção da saúde, e não só o foco no tratamento. (D1)

A função do NASF é apoiar o trabalho desenvolvido na Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio de “[...] atendimento compartilhado, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos” (BRASIL, 2009). Nessa proposta, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade constituem-se ferramentas essenciais para desenvolver atividades. Porém, trabalhar sob essa lógica encontra inúmeros desafios, especial-

mente em virtude do saber-fazer fragmentado e verticalizado, ainda majoritário nas práticas de saúde.

Podemos considerar a experiência intercursos do PET-Saúde da Unochapecó um espaço de experimentações e criações do agir em equipe, que impulsiona mudanças em atividades teórico-práticas e nos estágios curriculares, com reflexos na carreira profissional. Uma acadêmica relata que sua experiência no PET-Saúde a estimulou a participar das discussões sobre a formação da primeira equipe de NASF no município.

Para mim foi uma das coisas que mais me ajudou fazer esse olhar. Eu estava chegando para fazer o estágio [curricular] e na unidade estava chegando também a primeira equipe do NASF. Eles estavam sendo contratados, não tinham ainda uma clareza total daquela contratação, para que seria. E a gente, várias vezes, sentou, criamos o grupo e trabalhamos. [...] Particularmente gostei bastante e trago, além da teoria, essa interdisciplinaridade que eu aprendi com o PET. (E3)

Este trabalho em equipe é uma estratégia privilegiada para ultrapassar o isolamento profissional, possibilitando a autonomia e a corresponsabilidade (BARROS; BARROS, 2010). Os docentes entrevistados referem que o acadêmico que participa do PET-Saúde ou do VIM, consegue alterar esse rumo.

Os alunos [que] participaram do VIM estão entrando agora na Prática de Psicologia Comunitária. O que eu percebo é que eles já chegam com uma autonomia maior, com questionamentos; eles já buscaram elementos, todos eles já tinham buscando legislações ou o histórico do local. (D2)

Outra questão que é bem clara: o aluno, ele aprende a conversar com outros profissionais, dialogar com outras áreas. Essa é uma coisa clara, é uma coisa que a gente precisa muito na nossa vida profissional. (D3)

Nessa direção, o estudo realizado por Reis et al. (2013) em um grupo do PET-Saúde de Belo Horizonte retrata que as atividades contribuíram para a formação interdisciplinar, no sentido de desenvolver no acadêmico a habilidade de relacionar-se em equipe, a abertura e o respeito ao saber do outro, como vimos também pelo relato do entrevistado.

No grupo que eu estive no PET teve várias trocas importantes que eu levo comigo: o respeito, a compreensão, a empatia de se colocar no lugar do outro, de sentir a formação do outro. Não tratar como se a gente tivesse certo o tempo todo; se tratar de um jeito igualitário. (P2)

O trabalho em equipe, como estratégia do PET-Saúde, potencializa no estudante o protagonismo, cuja atividade resulta em um atuar que determina autocriação e um operar que singulariza (CECCIM et al., 2010). Isso significa que no campo da experiência, “o conhecimento se dá como um saber-fazer, mas essa experiência como um experimentar-se constitui, também, para aquele que experimenta, um poder-fazer” (CECCIM et al., 2010). Nessa perspectiva, o estudante experimenta nas suas práticas um poder-fazer, pois o programa favorece tal autonomia.

Para discutirmos a percepção dos estudantes sobre a importância do trabalho em equipe na perspectiva da integralidade, recorreremos a Gomes; Pinheiro; Guizardi (2010), que propõem a imagem de uma orquestra musical como metáfora



para o trabalho em equipe na saúde. Esses autores denominam de obra o trabalho conjunto que diferentes profissionais realizam, a partir de saberes e técnicas específicos, utilizando instrumentos diversos. É como a execução de uma sinfonia, em que diferentes instrumentos produzem melodias e somente a conjunção dessas melodias resultará na obra desejada. Em uma sinfonia, ainda que alguns instrumentos sobressaiam, por vezes um solo, a beleza está na harmonia do conjunto.

Os autores propõem que o trabalho dos diferentes profissionais da equipe seja orquestrado tal como em uma sinfonia, reconhecendo-se que o trabalho individual de qualquer um dos profissionais não garante uma sinfonia. Da mesma maneira, os participantes do PET-Saúde reconhecem a importância do conjunto dos diferentes saberes e instrumentos para realizar a atenção integral ao usuário.

[Sair] daquele olhar só [da] psicologia, [passar] a ver as outras áreas, o trabalhar em conjunto... Sozinho não faz grandes coisas, ...com a contribuição de outras áreas, vai fazer muito melhor, dar uma atenção integral para a pessoa. (P1)

Ele [PET-Saúde] tenta envolver as diversas profissões para trabalhar em conjunto, para tentar muitas vezes achar soluções ou mesmo para ver como que pode trabalhar lá na equipe básica, como que pode atuar para melhorar. (P3)

Essas falas são corroboradas por um docente entrevistado, que visualiza o diferencial do estudante que participa do PET-Saúde, ao compreender a importância das especificidades de cada profissão para o trabalho resolutivo:

O aluno consegue ter uma dimensão muito clara! Se você fica atuando de maneira isolada, você acaba cronificando o problema, não tem resolutividade da situação. E, quando você coloca as pessoas para pensar juntas e criar estratégias comuns, acho que você consegue avançar muito mais. (D3)

Consideramos que o trabalho em equipe no PET-Saúde favorece a pluralidade de olhares e saberes e, em sintonia com o usuário, pode superar a fragmentação da formação advinda da separação por especialidades profissionais. O agir dos profissionais de saúde de uma equipe deveria ser tal como o dos músicos de uma orquestra, um agir em concerto. Isso implica garantir “[...] especificidades relativas aos campos de saber profissionais em prol de um objetivo em comum, que é a saúde do usuário; é perceber que o trabalho só ocorre com a participação de todos [...]” (Gomes; Pinheiro; Guizardi, 2010).

Tanto docentes como estudantes entrevistados consideraram a relação com colegas de outros cursos e o trabalho em equipe multiprofissional como a principal contribuição do PET-Saúde na formação em Psicologia. As falas a seguir reforçam esse entendimento.

O que eu pude aprender é o trabalho em grupo, a forma de você trabalhar multidisciplinaridade, multiprofissionalismo isso foi uma coisa que agregou muito. (E3)

Se eu sáisse hoje, sairia da faculdade muito bem preparada para trabalhar com outros profissionais, essa parte interdisciplinar nossa é um ganho gigantesco. [...] Foi a coisa que mais enriqueceu a minha formação. (E1)

Os estudos de Caldas (2012) e Pinto (2013) avaliaram, através de questionário autoaplicável, a contribuição do PET-Saúde para a formação profissional a partir da percepção de estudantes. Os dois estudos apontam resultados semelhantes aos da presente pesquisa, de que o PET-Saúde e o VIM contribuem para o desenvolvimento da competência para trabalhar em contextos multiprofissionais e interdisciplinares.

Entendemos que umas das estratégias para “levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender, que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer” (BRASIL, 2001) é o trabalho coletivo, que coloca em questão os currículos prescritos e lança o campo da experimentação efetiva no espaço-tempo dos ambientes de trabalho.

Para Barros; Barros (2010), o trabalho em equipe como expressão deste coletivo-rede permite transitar da dimensão prescrita dos processos de trabalho para uma dimensão ampla do agir, como potência da equipe em situação de trabalho. Essa potência do coletivo, expressa no trabalho em equipe, pode ser alterada em intensidade, dependendo da maneira como se estabelecem relações, seja entre trabalhadores ou na produção de saúde/produção de subjetividade. Assim, para que seja acionada a potência do coletivo, os processos formativos precisam criar estratégias que permitem o trabalho coletivo, que possibilitam conexões, encontros, modos de trabalhar compartilhado e criação.

Os programas ministeriais não se restringem em envolver e desenvolver diferenciais no acadêmico bolsista, mas conseguem perpassar e criar linhas de movimento dentro da matriz curricular, de acordo com o quarto objetivo do PET-Saúde, que propõe contribuir para implementar as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da saúde (BRASIL, 2010).

As discussões e materialização da mudança na formação em Psicologia permaneceram por muito tempo adormecidas, só retomadas para a elaboração das Diretrizes Curriculares, homologadas em 2004, após processo de negociações que envolveu relações de poder em disputa entre pessoas e entidades, liderado pela Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP) (BERNARDES, 2007).

Podemos considerar que o PET-Saúde tem provocando mudanças na formação do psicólogo na Unochapecó. No entanto, a ampliação da discussão sobre a integralidade e o trabalho em equipe no Curso de Psicologia requer criar e recriar estratégias de maior aproximação com o programa, indo além dos acadêmicos bolsistas ou de alguns professores, atravessando o curso como um todo. Os cursos de graduação em Psicologia precisam assumir o compromisso em inserir os princípios do SUS na proposta pedagógica, e que as teorias apresentadas sejam condizentes com a prática na saúde pública.

A reorientação da formação do psicólogo para atuar no setor saúde é necessária, pois persiste a distância entre vivências e estágios ofertados por muitos cursos de graduação em Psicologia e as características político-culturais da população. Para Bernardes (2006), as mudanças culturais parecem andar em ritmo diferente dos currículos institucionalizados na formação, pautados em critérios de uma sociedade que já não é mais a mesma, gerando desconexão entre teoria e prática.

## **Considerações Finais**

Ao longo desse estudo, tomamos como eixo principal compreender possíveis mudanças advindas da experiência dos estudantes do Curso de Psicologia da Unochapecó no PET-Saúde. O PET-Saúde está abrindo clareiras no percurso da formação na área da saúde, inserindo literalmente a formação

profissional no território do SUS e na discussão de suas diretrizes e modos de intervenção em saúde coletiva. A criatividade é favorecida por não haver uma bússola que aponte o lugar exato em que se pretende chegar, mas há um ponto de partida, o eixo orientação pedagógica do Pró-Saúde, e a aposta na qualificação de novos profissionais para atuar na área da saúde, para atuar no SUS.

O PET-Saúde provoca estranhamento ao encontro com outros modos de ver e fazer e proporciona ao estudante de psicologia pensar, experimentar e criar outros jeitos de operar. Criar um jeito de ser psicólogo no agir em equipe de saúde, que reflete mudanças significativas em práticas e estágios curriculares e na atuação profissional. Os estudantes que habitam esse lugar têm maiores oportunidades para envolver-se no processo de ensino-aprendizagem com autonomia, corresponsabilidade e comprometimento. Lugar esse, que possibilita fazer junto com o outro e entender que a atenção em saúde é feita por várias profissões, com competências e habilidades diferentes, e que no encontro pode ser potencializado algo que não é de um só, mas de um grupo.

O PET-Saúde é apenas um ponto de partida, pois quem faz operar esse lugar são os sujeitos implicados nesse fazer coletivo. Essa é a função da formação universitária, apresentar teorias e experiências, que desenvolvam competências e habilidades na futura prática profissional. Trata-se de colocar o estudante em um movimento de articulação com colegas e professores de outros cursos, com trabalhadores da saúde e usuários em um território do SUS, proporcionando encontros de diferentes saberes e a possibilidade de ser protagonista e corresponsável na construção do conhecimento. Consideramos que o PET-Saúde é um poderoso dispositivo que induz mudanças nos modos de pensar e fazer no campo da saúde co-



letiva e impulsiona a formação de habilidades e competências requeridas para o trabalho no SUS.

No entanto, fugiu ao objetivo do presente estudo a análise comparativa entre o curso de Psicologia e como seus desafios e limitações interveem na capacidade de ensino-aprendizagem dos estudantes e professores participantes da pesquisa.

O estudo em pauta atingiu seu intento de analisar se o objetivo do Pró-Saúde, no eixo orientação pedagógica, vem favorecendo o desenvolvimento de habilidades para trabalhar em contextos multiprofissionais no SUS. Depreende-se da pesquisa, que as metodologias ativas e a interação intercursos para o ensino em serviço mostraram, pela participação dos envolvidos, que podem potencializar a formação de profissionais psicólogos bem como orientar seus interesses profissionais para o SUS.

## Referências

Achcar, R. **Psicólogo Brasileiro**: práticas emergentes e desafios para a formação. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994.

Barros, M. E. B.; Barros, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: Pinheiro, R.; Barros, M. E. B.; Mattos, R. A. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e prática. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2010. p. 75-84.

Bernardes, J. S. A psicologia no SUS 2006: alguns desafios na formação. In: SPINK, M. J. (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p. 105-126.

Bernardes, J. S. Formação generalista em Psicologia e Sistema Único de Saúde. In: **I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública**: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS. Brasília: CFP; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Pró-Saúde Objetivos, Implementação e Desenvolvimento Potencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Ministério da Educação; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**: políticas e ações, Série B Texto Básico da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Portaria GM/MS Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**, 24 jan 2008a.

BRASIL. Portaria GM/MS Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Diário Oficial da União, 19 Fev 2002.**

BRASIL. Portaria Interministerial Nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET – Saúde. **Diário Oficial da União, 05 Mar 2008b.**

BRASIL. Portaria Nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União, 3 mar 2010.**

BRASIL. Resolução CNE/CES Nº 1.133, de 7 de agosto de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União, 7 Ago 2001.**

Caldas, J. B. A percepção de alunos quanto ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2012; 36(1):33-41.

Ceccim, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec; 2004. p. 259-278.

Ceccim, R. B. et al. Autogestão no trabalho com/em equipes de saúde: estudantes agindo o Sistema Único de Saúde. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e prática.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2010. p. 179-204.

Conselho Federal de Psicologia. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família.** Brasília: CFP; 2009.

Dimenstein, M.; Macedo, J. P. Formação em Psicologia: Requisitos para atenção primária e psicossocial. **Psicol., Ciênc. Prof.** 2012;(32):232-254.

Ferreira Neto, J. L. **A formação do psicólogo.** Clínica, social e mercado. São Paulo: Escuta; 2005.

Feuerwerker, L. Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério de Saúde. **Rev. Abeno.** 2003; 3(1):24-27.

Freitas, M. F. Q. Intervenção psicossocial e compromisso: desafios às políticas públicas. In: Jacó-Vilela, A. M.; Sato, L. (Org.). **Diálogos em psicologia social**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2012.

Gomes, R. S.; Pinheiro, R.; Guizardi, F. L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (orgs.). **Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO; 2010. p. 105-16.

Guareschi, N. M. F. et al. Currículo de Psicologia, a Psicologia Social e a Formação para a Saúde Coletiva. **Rev. Psicol. Saúde**. 2010; 2(2):1-11.

Herckert, A. L. C. Escuta como o cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Orgs.). In: **Razões públicas para a integralidade e saúde: cuidado como um valor**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC:ABRASCO; 2009. p. 199-212.

Lhullier, L. A. **Quem é a psicóloga brasileira?** Mulher, Psicologia e Trabalho. [Internet]. Brasília (DF): Conselho Federal de Psicologia; 2013 [acesso em 20 nov 2013]. Disponível em: <[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Quem\\_e\\_a\\_Psicologa\\_brasileira.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Quem_e_a_Psicologa_brasileira.pdf)>

Macedo, J. P. et al. O psicólogo brasileiro no SUAS: quantos somos e onde estamos?. **Psicol. estud**. 2011; 16(3):479-489.

Minayo, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

Minayo, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes; 2002.

Pinto, A. C. M. Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Ciênc. saúde colet**. 2013; 18(8):232-245.

Reis, F. L. T. et al. A Interdisciplinaridade no Grupo Tutorial Primeiro de Maio – PET-Saúde [Internet]. In: **Anais 2o Convibra-Gestão, Educação e Promoção da Saúde**; 2013; Brasília. p. 1-12 [acesso em 02 nov 2013]. Disponível em: <[http://www.convibra.org/upload/paper/2013/66/2013\\_66\\_6523.pdf](http://www.convibra.org/upload/paper/2013/66/2013_66_6523.pdf)>

Stanga, A. C.; Ferrão, A. C.; Kleba, M. E. O VIM como experiência de interdisciplinaridade no processo de formação em saúde [Internet]. In: **Anais Simpósio Internacional sobre Interdisciplinaridade no Ensino, na Pesquisa e na Extensão Região Sul**; 2013, Florianópolis, Brasil. Florianópolis: EGC/UFSC; 2013. p. 1-15. [acesso em 05 nov 2013]. Disponível em: <<http://www.siipe.ufsc.br/wp-content/uploads/2013/10/E-Stanga.pdf>>

Yin, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.





# **FORMAÇÃO E PROTAGONISMO**

## **As Significações do PET/ Redes em Quixadá: Produzindo Sentido para o Agir Profissional em Equipe**

**Mariza Maria Barbosa Carvalho  
Raimunda Rosilene Magalhães Gadelha  
Milena de Holanda Oliveira Bezerra  
Tiago de Araujo de Souza  
Maria Tatiane Silva Ferreira  
Vitoria Oliveira da Silva  
Odete Andrade Girão Neta  
Rose Eloíse Holanda**

No processo de aprender, o aluno de graduação ou o profissional de saúde quer saber porque precisa aprender determinadas coisas, e a aprendizagem potencializa-se quando as atividades formativas têm como eixo norteador situações reais e os recursos intelectuais, bem como as experiências exitosas de cada pessoa, constituindo pontos de referências para novas aprendizagens (FREIRE, 2008).

Um novo conteúdo relacionado a conteúdos prévios, importantes para quem aprende, pode tornar-se material potencialmente significativo, podendo ser traduzido em uma figura, imagem, conceito ou princípio. Nessa perspectiva, a aprendizagem significativa é considerada como um processo em que novas informações são adicionadas a uma estrutura cognitiva do aprendiz e ele atribui um significado ao conhecimento novo que o mobilize e o predisponha a aprender e, ainda, que o novo conhecimento interaja com algum conhecimento prévio (Ausubel; Novak; Hanesian, 1983).

Nesse contexto, a educação articulada em sistema saúde-escola-comunidade, nascida de projetos que agregam valor ao trabalho e ao trabalhador em saúde, constitui dimensão importante para a formação de acadêmicos e profissionais envolvidos com a produção de saúde por meio da aprendizagem significativa (BARBOSA, 2009).

A combinação entre os elementos experiência, ambiente e capacidades individuais permite a constituição de uma maneira diferente de aprender e potencializa a construção de significados e sentidos para o novo saber sobre o trabalho em saúde, e não pode ser capturado pela lógica do trabalho morto, expresso em equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois, para produzir saúde, é necessário operar as tecnologias das relações, dos encontros, das subjetividades, comportando

um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção (MEHRY, 2007).

A Lei 8080/1990, que regula as ações e serviços de saúde do SUS, aborda em seu artigo 27, em parágrafo único, que os serviços de saúde constituem campos para o ensino e a pesquisa, ou seja, são locais de ensino-aprendizagem que expressam a indissociabilidade entre a assistência, a gestão e a formação em saúde (BRASIL, 1990).

O Programa de Educação pelo Trabalho PET-Saúde, enquanto produto de política pública instituída pela portaria Interministerial MS/MEC n. 1.802, de 26 de agosto de 2008, fomenta a formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia em Saúde da Família, que busca viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização dos profissionais de saúde nos diversos contextos reais do SUS, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do SUS (BRASIL, 2008).

A implantação do SUS e a busca dos objetivos da universalidade, integralidade e equidade têm suscitado diversas elaborações e proposições referentes aos modelos assistenciais adotados e às práticas profissionais, e para os cursos da área da saúde também são solicitadas novas elaborações para atender a uma demanda crescente de profissionais de um novo tipo, capazes de atuar com autonomia, resolutividade e criatividade, em equipe multiprofissional e interdisciplinar, a partir do poder público, em articulação com a sociedade organizada (BARBOSA, 2009).

No contexto do ensino e saúde do Sertão Central do Ceará, onde se situa Quixadá, tido como município estratégico deste sertão por sua posição geográfica, o PET- Saúde tem se

destacado por promover sentido a partir do fazer/aprender em equipe na perspectiva da interdisciplinaridade, assim como sensibilizado e preparado os profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das demandas sociais e das necessidades em saúde da população por meio da construção de sujeitos autônomos, portanto críticos e reflexivos sobre sua ação e sobre a realidade em que estão inseridos.

## **O Cenário PET/Redes em Quixadá-CE**

Fruto da articulação entre Instituição de Ensino Superior e serviços de saúde, o PET/Redes teve início em Quixadá em 2013 na Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS) com o envolvimento de professores e alunos dos cursos de Fisioterapia, Enfermagem, Psicologia e Farmácia e nas redes de assistência com a participação de profissionais e preceptores da saúde no SUS.

Quixadá, segundo dados apresentados em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem uma população de 80.604 habitantes, é sede da 8ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), com cobertura populacional de 300.000 habitantes, distribuídos em dez municípios (Sampaio et al., 2006).

Historicamente, Quixadá vem implantando experiências exitosas no campo da saúde, que continuam em permanente desenvolvimento crítico até a presente data. Em uma retrospectiva de algumas dessas experiências, pode-se relatar que, em 1993, o município deu início a duas políticas originais em suas concepções: na capacidade de sobreviver a descontinuidades político-administrativas e ser espelho para experiências nacionais (SAMPAIO; VASCONCELOS, 2006).

Uma delas transformou as ideias de Médico da Família e de Agente Comunitário de Saúde (ACS) em programa integrado,

multiprofissional, interdisciplinar, de abrangência intersetorial, como uma forma de estratégia básica de atenção primária em saúde, que é o PSF, hoje ação nacional encampada pelo MS e disseminado no interior do Ceará. Outra experiência foi a implantação de um programa de atenção à saúde mental integrado, com cobertura universal para o município, com o cuidado sendo realizado desde a atenção primária até a inclusão pelo emprego, passando pelo tratamento ambulatorial e pela internação de crises em hospital geral. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Quixadá tornou-se modelo e referência nacional em assistência à saúde mental (BARBOSA, 2009).

Quixadá faz parte da Macrorregião de Fortaleza e, de acordo com o planejamento estadual, é Município Pólo nas áreas Materno Infantil e de Traumatologia, além de ser Módulo Assistencial para outros três municípios (BARBOSA, 2009; SAMPAIO; VASCONCELOS, 2006).

De acordo com Sampaio et al. (2006), em 2005, a gestão municipal propôs ao SUS local o envolvimento estratégico nas Políticas Nacional e Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde e criou o projeto “Acolher Cidadão”, com o objetivo de qualificar a atenção em saúde por meio da capacitação dos recursos humanos e das instituições de saúde, tornando-os, assim, capazes de solucionar conflitos de forma integrada a partir dos parâmetros da ética e do respeito à cidadania. Esse projeto permitiu aos trabalhadores refletirem sobre seu papel como agente de mudanças da práxis da democracia, da humanização e da própria política.

Apesar das conquistas no campo das políticas públicas de saúde, os municípios do Sertão Central carecem de maiores investimentos em formação na saúde. Frente ao reconhecimento dessa lacuna, em 2013, Quixadá foi sede do projeto de apoio ao SUS, resultado da parceria entre Instituto Sírio-Libanês



de Ensino e Pesquisa (IEP), Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários municipais de Saúde (CONASEMS). O projeto teve, entre os cursos ofertados, o de Educação na Saúde para Preceptores do SUS, que possibilitou a qualificação de todos os preceptores do PET/Redes em Quixadá.

Esse artigo objetivou conhecer os sentidos produzidos pelos acadêmicos de fisioterapia a partir da experiência no PET. A escolha dos participantes deveu-se ao fato de que a Fisioterapia, ciência da área da saúde, durante muito tempo era tida apenas como uma profissão reabilitadora, com pouco destaque profissional na atenção primária à saúde, enquanto que a reformulação dos Projetos Político-Pedagógicos dos cursos da área da saúde se impõe para atender a uma demanda crescente de profissionais de um novo tipo, capazes de atuar com resolubilidade e criatividade, em equipe multiprofissional interdisciplinar, a partir do poder público, em articulação com a sociedade organizada.

Entretanto, ao mesmo tempo em que tem se tornado crescente o debate em torno da necessidade de adequação das profissões à realidade epidemiológica e à nova lógica de organização dos sistemas de serviços de saúde, a atuação do fisioterapeuta ainda vem destinando sua atenção quase que exclusivamente à cura de doentes e à reabilitação de sequelados (LOPES JR., 2005).

Nesse contexto, o PET possibilitou aos alunos de Fisioterapia, na realidade do Sertão Central do Ceará, tendo como lócus Quixadá, a primeira oportunidade em que vivenciam, no seu processo de formação, ações de saúde coletiva, integrada, fazem parte de uma equipe interdisciplinar, em serviços articulados em rede intersetorial, diferente das outras áreas em que as próprias estruturas curriculares apresentam como disciplina obrigatória, por exemplo, estágio curricular em saúde mental.

As informações foram obtidas por meio de narrativas com o disparador temático “Eu e minha prática no PET/REDES em Quixadá”. As histórias foram narradas por estudantes de Fisioterapia dos 5º e 6º semestres, participantes do PET e coautores deste artigo. As narrativas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo com base em Minayo (2007).

## **Relatos de Acadêmicos de Fisioterapia acerca da Construção de Sentidos no PET/Redes em Quixadá-CE**

A combinação entre os elementos experiência, ambiente e capacidades individuais permite a constituição das diferentes maneiras de aprender. Ao realizar as aprendizagens significativas, os sujeitos reconstróem a realidade, atribuindo-lhe novos sentidos e significados (2013). Para tanto, Freire (2008), ao considerar o homem como um ser em permanente produção, e a produção de conhecimento como aquilo que se constrói a partir de suas relações com o mundo, aponta a problematização de sua experiência, como etapa da construção de sentido para o novo saber, como está posto na fala de um monitor do PET/Redes Quixadá:

Com a aprovação para ser monitor do PET, eu como aluno do curso de Fisioterapia não tinha ideia de como seria minha atuação, visto que se tratava de um programa que tem como preceito trabalhar na prevenção do uso de álcool e outras drogas. Qual seria minha contribuição? De que maneira eu teria meu espaço? Ou seja, teríamos que de certa forma nos inserir em algo que já estávamos inseridos. Essa era a nossa realidade nos primeiros meses de PET-Saúde. Cheguei a participar de dois acolhimentos. Em um deles, um dos pacientes en-

contrava-se em crise de abstinência e outro em estado de intoxicação. O atendimento aliviava momentaneamente o estado de cada paciente, porém se percebia a importância de saber qual o contexto que aquele usuário estava inserido, os aspectos familiares, sociais, culturais que poderiam nos dá uma ideia da raiz de todos esses problemas. Foi a partir desse momento que vi o quanto eu poderia contribuir como fisioterapeuta, visto que nossa profissão não se limita apenas à reabilitação, sendo louváveis as diversas disciplinas de saúde coletiva. (acadêmico 6º semestre Fisioterapia da FCRS)

Na experiência do monitor, o confronto com o supostamente desconhecido o mobiliza a encontrar o espaço para a aprendizagem para, a partir daí, reconstruir o saber a partir de suas aquisições cognitivas anteriores, por meio da sua ressignificação.

Para o adulto, esse significado é construído em função de sua motivação para aprender e do valor potencial que os novos saberes têm em relação à sua utilização na vida pessoal e profissional:

A experiência no PET está sendo fundamental, pois eu até já era conhecedor do papel do fisioterapeuta na atenção básica, mas, com as experiências de campo, o contato com o usuário e com outros profissionais me fez abrir mais um leque de oportunidades, deixando de se restringir apenas ao modelo de reabilitação, que é visto por muitos como a única área de atuação para o fisioterapeuta. (acadêmica 6º semestre Fisioterapia da FCRS)

Na perspectiva do fazer/aprender, a acadêmica relata que, ao aprender em situação real do trabalhado, passa a compreender as situações do cotidiano profissional, aprende a fazer, praticando, pela experimentação e pela problematização das formas existentes, visando facilitar o seu enfrentamento de maneira criativa e adequada às dificuldades que as condições de trabalho impõem (BARBOSA, 2009).

Percebemos ainda que a construção de grupos de trabalho aproxima as pessoas, possibilita a transformação de vínculos já instituídos, além de estabelecer um ambiente favorável para compartilhar tensões do cotidiano, as dificuldades do trabalho, acolher e debater os sonhos de mudança e buscar, por meio da análise e da negociação, potencializar propostas inovadoras (BRASIL, 2004). As falas ressaltam a aprendizagem significativa pelo exemplo da equipe em trabalho, seja numa ação de enfrentamentos dos desafios produzidos por uma cultura assistencialista, ou seja pela ação multidisciplinar e interdisciplinar em serviço:

Com o PET, também tive a oportunidade de ampliar minha visão quanto à responsabilidade e o compromisso de cada profissional da área. Pois com a promoção e a prevenção da saúde em um trabalho multiprofissional, quebramos com o paradigma da atenção assistencialista que culturalmente está empregado na nossa sociedade. Pensar que cada profissão tem suas ações específicas e isoladas, que independem uma das outras é não enxergar na verdade a responsabilidade do nosso papel dentro de um sistema maior de saúde. Com uma visão mais ampla da realidade das unidades do SUS que pude adquirir neste projeto, adquiri conhecimentos concretos que me ajudaram para o bom curso de minha formação acadêmica. (acadêmico 5º semestre Fisioterapia da FCRS)

A aprendizagem pelo trabalho, na nossa experiência, pode ocupar lugar privilegiado na formação e na vida de quem participa do PET, pois o trabalho articulado ao ensino não é neutro em relação ao que provoca no sujeito; nos serviços de saúde, ele é potencialmente produtor de sentido, quando conta com a autonomia dos sujeitos para criar/recriar, fazer/desfazer o modo de produzir saúde.

Em nosso contexto, a construção de sentido no campo de prática e em equipe compreende a interdisciplinaridade como uma possibilidade de troca entre áreas de conhecimento. O trabalho interdisciplinar tem como significado a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto onde estão inseridas.

Batista et al. (2005) afirmam que aprender com pessoas de diferentes áreas de conhecimento parece ser uma experiência que amplia a compreensão do trabalho coletivo e da ambiguidade da realidade que se apresenta nos cenários em saúde. No PET/Redes em Quixadá o trabalho em equipe expressa também esse sentido, o da construção coletiva do saber, para os acadêmicos:

No PET, pude perceber a importância da troca de informações entre os profissionais da equipe e usuários, principalmente os agentes comunitários de saúde, pois são estes que estão no dia-a-dia de cada local e sabem com precisão quais famílias mais precisam da ajuda da equipe de saúde em cada determinado momento. (acadêmico 5º semestre Fisioterapia da FCRS)

Lá no PET ampliei meu conceito sobre interdisciplinariedade, aprendi que toda e qualquer intervenção sempre tem que partir de um planejamento, que temos que identificar as poten-



cialidades de cada região para usá-las a favor da saúde da população. Que todo ser humano vai muito além de uma pequena queixa; que a peça principal nesse teatro da vida que nem sempre trazem sorrisos são nossos jovens, que se encontram em processo de formação moral e psíquica, e que só podemos ajudá-los indo ao seu encontro. Foi a partir dessa linha de raciocínio que juntamente com os profissionais da unidade elaboramos um projeto de educação permanente na escola, onde abordariamos a temática de álcool e drogas. (acadêmico 6º semestre Fisioterapia da FCRS)

Outro sentido construído a partir do PET/Redes é o da valorização das relações interpessoais em que se estabelece o trabalho em equipe e são valorizados e respeitados os diversos saberes, técnicos ou empíricos, seja usuário ou trabalhador de saúde, independente do seu nível de formação, em que se visualiza como importante e necessária a participação popular no planejamento e na execução das ações e do trabalho interdisciplinar. Nesse sentido, entende-se saúde não como o avesso da doença, mas como a busca do equilíbrio do ser humano, devendo-se, portanto, romper os limites da assistência curativa.

Os profissionais híbridos, que incorporam, além das racionalidades terapêuticas estruturadas, outros saberes, estariam em melhores condições de superar os limites dos protocolos e realizar uma clínica ampliada, tanto em função da diversidade de recursos terapêuticos quanto em função de uma melhor convivência com a pluralidade de verdades. Dessa forma, o trabalhador tem a possibilidade de refletir sua prática, tendo como referência as necessidades de saúde dos indivíduos, da gestão, do controle social para intervir com autonomia (CUNHA, 2005).

Nesse sentido, especialmente para os acadêmicos dos cursos da saúde, que têm um perfil do profissional de saúde previsto em suas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) como profissionais críticos, reflexivos, éticos e humanistas, competentes para atuar frente às principais demandas de saúde da população, nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, na perspectiva da integralidade do cuidado com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, muitos profissionais de saúde não receberam uma formação integrada com a extensão e a pesquisa, sendo que o ensino se constitui, embora com base nas exigências que se impõem necessária, frente aos novos desafios epidemiológicos e sociais, mas que ainda não encontrou uma integração efetiva com o serviços e os trabalhadores da saúde no contexto do SUS. Um exemplo disso é a fala da monitora do PET, que acrescenta que foi somente nesse projeto que obteve oportunidade para trabalhar em equipe:

Ser monitora do PET-saúde tem sido uma ótima oportunidade de aprender a trabalhar em uma equipe multiprofissional, assim como tem sido uma ótima oportunidade de vivenciar o trabalho ainda na graduação. Tem sido um projeto muito proveitoso e gostoso de se trabalhar, pois despertou em mim esse olhar preventivo no âmbito das drogas, e o quão importante é frisar a prevenção ao invés da cura. (acadêmico 5º semestre Fisioterapia da FCRS)

No caso do acadêmico de fisioterapia inserido no PET-Saúde, a experiência de aprendizado em campo de prática tem possibilitado romper com a barreira da atuação profissional centrada na técnica, no caráter curativista e a desconstrução da concepção de que o fisioterapeuta era tido apenas

como um profissional que não integrava o fazer nas ações primárias de saúde.

Até pouco tempo atrás, o fisioterapeuta apresentava pouco destaque profissional na atenção primária à saúde. Os currículos dos cursos de Fisioterapia existentes no Brasil priorizavam a ação curativa, baseados no modelo flexnerianobiomédico, especialista, sediado no espaço do hospital. Tal lógica de ação aguçou o caráter tecnicista, direcionou a atuação profissional para os centros de reabilitação e para os hospitais e criou uma estrutura curricular preocupada com as doenças que deixam sequelas reabilitáveis, pouco valorizando as dimensões preventivas e educacionais, o que dificultou a inserção do fisioterapeuta na Saúde Pública (RIBEIRO, 2002).

Para atender às novas políticas de saúde, a formação do fisioterapeuta atual deve objetivar sua atuação em todos os níveis de atenção à saúde, como parte de uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar, em serviços articulados em rede intersetorial. Com a urbanização, a terciarização da economia, o desenvolvimento das tecnologias médicas e o aumento da esperança de vida, o perfil epidemiológico das populações sofreu transformações substantivas, inclusive nos países periféricos, com menor grau de desenvolvimento socioeconômico ou desenvolvimento socioeconômico heterogêneo, truncado, lacunar. Esse processo histórico tem obrigado a vastas revisões nos conceitos de saúde e de doença, na formação dos trabalhadores do campo da saúde e no modelo de atenção (BARBOSA, 2009).

Dessa forma, o modelo hospitalocêntrico, curativo e reabilitador, por exemplo, vem passando, em todo o mundo ocidental, pelo menos, para um modelo produtor de saúde, equitativo, universal, público, promotor da saúde, preventivo de doenças, agravos e transtornos, e habilitador psicossocial, em base comunitária:

Minha vivência no CAPS AD foi bastante proveitosa, lá pude observar como funciona o local, como as pessoas entram e como saem de lá depois do tratamento. Pude conhecer como funciona esse tratamento e como ele é articulado pelos profissionais envolvidos no caso, e a importância do diagnóstico precoce e da vontade real do paciente em querer iniciar o tratamento. Aprendi que a sociedade está cheia de artimanhas pra fazer um indivíduo cair nos vícios, assim como tem mais maneiras ainda de tentar impedi-lo a continuar um tratamento, por isso é tão importante o envolvimento de todos os profissionais da equipe e das pessoas da família para que se consiga total êxito no final. (acadêmico 6º semestre Fisioterapia da FCRS)

Na fala vivencial da acadêmica, o processo de aprendizagem significativa requer uma postura ativa e crítica da realidade, não só da doença, mas de seus determinantes, por parte daquele envolvido na aprendizagem (COLL, 2000). O conhecimento prévio trazido pelo aluno é essencial na construção de novos saberes e a necessidade de buscar novas informações atende ao desenvolvimento de capacidades para a aprendizagem ao longo da vida e para a imprescindível análise crítica de fontes de informações e das diversas realidades complexas que se apresentam no cotidiano dos serviços de saúde.

A educação pelo trabalho em saúde é aquela que se propõe como ocasião para aprendizagem, mas que também busca ocasião de maior sensibilidade diante de si, do trabalho, das pessoas, do mundo e das realidades. Então, a melhor informação para a formação não está no seu conteúdo formal, mas naquilo de que é portadora em potencial, e, porque não dizer,

nos sentidos construídos (CECCIM; FERLA, 2009). Até aqui, esses sentidos apontam para o agir em equipe como elemento necessário para a aprendizagem significativa e para o trabalho coletivo, etapas indispensáveis na vida daqueles que se comprometem com a produção de saúde e com o bem comum do coletivo.

## **Considerações Finais**

A inclusão da dimensão política no projeto educacional PET/Redes, no sentido da valorização da saúde como um direito de cidadania e dever do Estado, promove uma reorientação dos atuais modelos de atenção à saúde do SUS, assim como da formação de profissionais da saúde, que retroalimenta esses modelos. E certamente um dos maiores ganhos desse processo é a promoção de um maior protagonismo dos sujeitos e a articulação entre ensino, serviço e comunidade, no sentido da transformação da realidade.

A construção da aprendizagem em contexto de prática, em nosso contexto, está sendo significativa, portanto, motivadora, mobilizadora e produtora de sentidos e significados.

Na experiência do PET/Redes em Quixadá, a produção de sentido para o agir profissional em equipe permitiu aos acadêmicos do curso de Fisioterapia da FCRS, participantes do projeto, perceber que o trabalho em equipe aproxima as pessoas, possibilita a transformação dos vínculos e propicia a criação de ambiente favorável ao compartilhamento dos desafios do cotidiano em saúde.

A compreensão do trabalho coletivo também significou, para os mesmos atores, uma possibilidade para a reconstrução da prática por meio da valorização das relações interpessoais e do rompimento com a barreira da atuação profissional centrada na técnica e no caráter curativista.



## Referências

Ausubel, D. P.; Novak, J. D.; Hanesian, H. **Psicologia Educativa**: um ponto de vista cognoscitivo. México: Trillas, 1983.

Barbosa, M. M. A. **Prática de Fisioterapia na perspectiva da Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão do cuidado** (dissertação). Fortaleza (Ceará) Universidade Estadual do Ceará; 2009. 151p.

Batista, N. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais de Saúde. **Rev Saúde Pública**. 2005; 39(2): 147-61.

Brasil. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS, **Cartilha PNH- Humaniza SUS**. Brasília, DF: 2004.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília. **Diário Oficial da União**, 19 set 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº 1.802**, de 26 de agosto de 2008 a. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde.

Ceccim, R. B.; Ferla, A. A. **Educação permanente em saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009.

Coll, C. **Psicologia e Currículo**: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar. São Paulo: ática; 2000.

Cunha, G. T. **A construção da clínica ampliada**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; 2005.

Freire, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 3 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

Instituto Brasileiro de geografia e estatística. Disponível em: <[http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_urb\\_rur.php?codigo=231130](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_urb_rur.php?codigo=231130)>. Acesso em: 25/08/14.

Lopes Júnior, M. M. **O princípio da equidade na práxis fisioterapêutica do cliente em estado comatoso**: repercussões orgânicas e metabólicas. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Fortaleza, 2005.

Merhy, E. E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec;2007.

Minayo, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

Ribeiro, K. S. Q. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde. **Fisio**. Brasil. 2002: v.3, n.5, p.311-318.

Sampaio, J. J. C. et al. Falando de saúde na terra dos monólitos. In: Carneiro, C.; RUIZ, E. M.; Landim, L. P.; Sampaio, J. J. C. (Orgs.). **Acolher cidadão: estratégia de aperfeiçoamento do SUS em Quixadá, Ceará**. Fortaleza. Ed. UECE, 2006.

Sampaio, J. J. C.; VASCONCELOS, E. V. Política, planejamento e administração em saúde: um desafio técnico, político e psicossocial. In: Carneiro, C.; Ruiz, E. M., Landim, L. P.; Sampaio, J. J. C. (Orgs.). **Acolher cidadão: estratégia de aperfeiçoamento do SUS em Quixadá, Ceará**. Fortaleza. Ed. UECE. 2006. p. 35-56.

Tempiski, P. **Educação na saúde para preceptores do SUS: caderno do curso**. São Paulo: Instituto de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2013.



# **FORMAÇÃO E PROTAGONISMO**

## **Tecendo conhecimentos em articulações do PET-Saúde da UNIPAMPA: um relato de experiência**

**Odete Messa Torres  
Anali Martegani Ferreira  
Andressa da Silveira  
Michele Bulhosa de Souza  
Diênice Beltran Silveira  
Évilin Costa Gueterres  
Mariele Castro Charão  
Elisiane do Nascimento da Rocha**

Muitas conquistas aconteceram no processo de reorganização do sistema de saúde no Brasil, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde e da criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, na década de 1980. Apesar de muitos conflitos, embates e diferentes interesses, ocorreram importantes mudanças, chegando à Constituição Federal Brasileira de 1988, que reconhece a saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Desde a implantação do SUS, desencadeada com a Lei nº. 8.080 de 1990, muitas estratégias foram criadas visando reorganizar o sistema. Ações em saúde envolvem o trabalho em equipe, a resolutividade da atenção e a escuta qualificada às demandas de saúde e ao controle social. Estas mudanças provocam a redefinição das práticas em saúde, exigindo que os profissionais da saúde quebrem os paradigmas dominantes por meio de novas concepções do fazer em saúde (QUINTANILHA; SODRÉ; ARAÚJO, 2013).

Apesar de muitos esforços e alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda se encontra distante do cuidado integral. As mudanças nas práticas em saúde exigem maior envolvimento e qualificação dos profissionais, distinta dos modelos vigentes, utilizando-se dos pressupostos da educação permanente em saúde, como aprendizagem significativa no cotidiano do trabalho, para o fortalecimento da integralidade na atenção à saúde (SANTOS; TESSER, 2012).

Diante das transformações desse cenário, o reconhecimento da formação profissional como uma condição fundamental para manutenção e melhoria da qualidade na produção dos serviços em saúde reforça a necessidade de redução nas diferenças entre a formação acadêmica e as necessidades do SUS. Tornando-se fundamental a mudança das Instituições de



Ensino Superior (IES), particularmente a universidade, como um grande desafio que exige redefinição dos processos de formação e adequação curricular (COSTA; MIRANDA, 2010). A participação de acadêmicos durante seus processos formativos é caracterizada como estratégia de transformação, gerando por meio da proposta de inserção nos serviços de saúde um diferencial frente à formação tradicional, tendo como cenário de aprendizagem ambientes que vão além do âmbito hospitalar e dos serviços de saúde, como em iniciativas dos estágios de vivência no SUS (TORRES, 2013).

A ideia de inserir estudantes de ensino superior da área da saúde em ambientes de prática durante a formação não é de hoje, visto que ainda na década de 50 surgiram movimentos como a Medicina Comunitária e a Integração Docente Assistencial (IDA), com o objetivo de responder as limitações de acesso ao sistema de serviços de saúde. A inserção do ensino no serviço teve crescimento nos anos 70, porém essas estratégias não modificaram o ensino na saúde de origem hospitalocêntrica e a partir de práticas fragmentadas, baseado no modelo Flexneriano. Na década de 90, identificadas as limitações dos projetos IDA, inicia-se o Programa União com a Comunidade: uma nova iniciativa em educação dos profissionais de saúde (UNI), que resgata o papel da comunidade no contexto da saúde. A integração entre estes dois Programas é proposta pelo Movimento Rede UNIDA, criticando o modelo de formulação hegemônico e propondo diversas iniciativas de mudança na formação, com intensos debates que levam às Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação na Área da Saúde (DCNs) (TORRES, 2013; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; TORRES, 2005).

A ampliação de atores em relação aos Projetos IDA e UNI, somando às instituições formadoras, aos serviços e comunida-

de, é proposta com a Educação Permanente em Saúde (EPS), a partir da inserção dos gestores, compondo o Quadrilátero da Educação Permanente em Saúde: ensino, serviço, gestão e controle social. Entende-se que a EPS contribui para qualificar a formação profissional como forma de fortalecer e consolidar o SUS, porque apresenta questões que transcendem à assistência à doença e propõe uma transversalidade formação/atenção/gestão/participação.

A EPS tem caráter descentralizador, multiprofissional, ascendente e transdisciplinar e ocorre a partir do cotidiano do trabalho. As propostas da educação permanente devem estar articuladas com as necessidades de saúde das populações, assim permitindo que as ações desenvolvidas possam efetivamente provocar mudanças no processo de trabalho. Caracteriza-se em um processo educativo que visa, além de qualificar os profissionais, proporcionar avanços sociais e proporcionar ao trabalhador o desenvolvimento do pensamento crítico, do protagonismo e da corresponsabilidade pela formação e produção em saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005; SILVA et al., 2012).

A crítica ao modelo hegemônico e hospitalocêntrico questionou a forma como as instituições formadoras se organizam, o isolamento entre os componentes curriculares e sua relação com a sociedade, buscando observar o papel social que a universidade assume perante a sociedade, constituindo-se o tripé da formação: ensino, pesquisa e extensão (TORRES, 2005; BRASIL, 2007).

Como marco histórico destaca-se a publicação da Portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Educação Permanente em Saúde e a sua reconfiguração através da Portaria 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007).

Com base nesta Política, houve em 2004 a criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, reconfigurados em 2007 em Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), de caráter locorregional, enquanto espaços de produção de encontros necessários à EPS. Destaca-se ainda, como projeto de mudança na formação, a realização do Seminário Aprender-SUS, o qual instituiu um conjunto de estratégias para possibilitar mudanças na graduação, dentre elas o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único do Brasil (VER-SUS/Brasil). Tais iniciativas mobilizaram docentes, estudantes e gestores para progressos de mudança na formação (TORRES, 2013; TORRES, 2005; FERLA et al., 2013).

Os estágios de vivências no SUS nascem com o objetivo de inserir os acadêmicos no contexto da sociedade, e são originários da década de 1980, a partir dos Estágios de Vivência em assentamentos rurais realizados pelos estudantes de agronomia (TORRES, 2013; TORRES, 2005).

A partir desta aproximação, organizada pela Federação dos Estudantes de Agronomia do Brasil (FEAB), passaram a ser inseridos estudantes de diversos cursos, entre eles, estudantes de medicina, organizados pela Direção Executiva Nacional de Medicina (DENEM). Baseados nesta iniciativa de estágios de vivências, estes acadêmicos sugeriram estágios de vivências em alguns municípios brasileiros, sendo estas voltadas ao SUS. Estas experiências subsidiaram, a partir de 2003, a criação do VER-SUS/Brasil (TORRES, 2013; TORRES, 2005).

Em decorrência da mudança ocorrida durante a gestão federal em 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito do Ministério da Saúde, fortalecendo a aproximação de estudantes na elaboração e implementação de políticas com um caráter inovador em relação à formação acadêmica tradicional. Destaca-se, neste período,

o projeto VER-SUS/Brasil como um importante componente para a mudança na formação no âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (TORRES, 2013; TORRES, 2005).

Considera-se a PNEPS, a partir da Portaria 1996, como estratégia para o fortalecimento da descentralização da gestão setorial, e ferramenta para o desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva, de forma que a sociedade tenha participação nas decisões do SUS, a partir da participação dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições formadoras e do controle social nas CIES (BRASIL, 2009).

Neste contexto, entre outras iniciativas de mudança na formação em saúde, em 2005, após mudanças em sua gestão, o Ministério da Saúde propõe o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), inicialmente com foco na Saúde da Família e voltado aos cursos de enfermagem, medicina e odontologia. A ampliação do Pró-Saúde ocorre em 2006, através de reivindicação das entidades<sup>1(a)</sup> dos cursos da área da saúde, aliados do Pró-Saúde I, para contemplar todos os cursos da área da saúde. Já o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) é instituído em 2007 pela Portaria 1.507, de 22 de julho de 2007 (BRASIL, 2007).

Dentre as iniciativas mais recentes, voltadas para vivências no ensino, pesquisa e extensão para estudantes, docentes e trabalhadores da área da saúde, de acordo com as demandas do SUS, encontra-se o PET-Saúde. Os Ministérios da Saúde e

1 <sup>(a)</sup> Após o I Seminário do Pró-Saúde, diversos segmentos solicitam ao Ministério da Saúde a ampliação para a participação de todos os cursos da área da saúde no programa, compreendendo ser esta uma aposta do Aprender SUS e da PNEPS. São atores estratégicos neste debate os estudantes das Executivas Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde e os participantes do Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS).



da Educação estão envolvidos na criação desse programa, que fomenta a formação de grupos tutoriais de aprendizagem, inseridos, inicialmente, na Estratégia Saúde da Família, ampliando-se para as áreas da Saúde Mental, Vigilância em Saúde, Urgências e Emergências, dentre outras áreas, com o incremento do PET-Saúde Redes de Atenção, contidas no Edital 24, de 15 de dezembro de 2011.

Alguns objetivos do PET-Saúde incluem: contribuir para a efetivação das DCNs dos Cursos de Graduação da Área da Saúde; promover a formação de profissionais com perfil adequado às demandas e políticas de saúde brasileiras; e proporcionar a articulação entre ensino e serviço na área da saúde (CALDAS et al., 2012).

Durante a formação, os currículos dos cursos costumam trabalhar em blocos isolados, de forma independente, direcionados apenas a sua área de atuação. Porém, o processo de formação de profissionais de saúde, perante as necessidades e demandas que o do SUS exige, cada vez mais, um ensino voltado a integralidade da atenção. Para tanto, se faz necessário o comprometimento de toda a rede de atenção à saúde, em suas diversas áreas, trabalhando de forma integrada. O fato de serem inclusos acadêmicos de diferentes cursos ao PET-Saúde proporciona maior articulação entre os mesmos no desenvolvimento de ações calcadas na interdisciplinaridade, a qual se apresenta como uma ferramenta importante na busca pela não fragmentação do conhecimento e formação dos profissionais (BISCARDE; PEREIRA-SANTOS; SILVA, 2014; GUERRA; SILVA, 2011). O fato desta articulação só ocorrer com estratégias como o Pró-Saúde e PET-Saúde sinaliza as demandas crescentes à mudança na formação, lócus arraigado de saberes fragmentados e superespecializados.



A interdisciplinaridade transforma a tendência dos profissionais trabalharem de forma isolada, fato este decorrente da formação calcada no saber isolado. Neste sentido, educação interprofissional e permanente em saúde contribuem para a qualificação da atuação dos profissionais na busca pela concepção ampliada sobre a integralidade e pela integração interdisciplinar (OLIVEIRA et al., 2011).

Profissionais com diferentes formações na saúde, dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação, articulam seu saber específico com o dos outros na organização do trabalho, o que possibilita compartilhar as ações com outros profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa. Essa flexibilidade permite otimizar os recursos e ampliar o reconhecimento e a atenção às necessidades de saúde próprias de usuários e população de cada território e serviço, visto que as necessidades são heterogêneas, singulares, complexas e requerem ser apreendidas de forma integral e não apenas focadas na demanda espontânea ou em respostas protocoláveis fornecidas pelos serviços e profissionais (PEDUZZI et al., 2013).

No sentido de buscar estratégias para a mudança na formação, um grupo de docentes da Universidade Federal do Pampa (Unipampa) vem desenvolvendo programas e projetos que integram ensino, serviço, gestão e controle social em saúde, com o intuito de provocar as necessárias mudanças na forma como ensinamos e como nos relacionamos com os serviços, gestão e controle social em saúde.

Este grupo de docentes da Unipampa vem respondendo a editais desta natureza e sendo contemplado desde 2009 com projetos e programas como o Programa Nacional de Extensão do Ministério da Educação (PROEXT MEC), o Programa de Educação Tutorial do Ministério da Educação (PET MEC) e o PET Saúde do Ministério da Saúde, através da construção de

um amplo projeto/programa interdisciplinar denominado Práticas Integradas em Saúde Coletiva (PISC).

Dentro das iniciativas que envolvem o PET-Saúde, a primeira realizada na Unipampa fora o Pet Saúde Mental, Edital Conjunto nº 27, de 17 de setembro de 2010, regulamentado pela Portaria Interministerial MS/MEC no 421/2010, desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Uruguaiana, no período de março de 2011 a fevereiro de 2012, envolvendo 3 trabalhadores preceptores, 2 docentes e 12 discentes dos cursos de enfermagem, fisioterapia, farmácia e educação física.

O Pró-Saúde e o PET-Saúde Redes de Atenção foram construídos pela Unipampa em resposta ao Edital 24 de 15 de dezembro de 2011, cujo resultado possibilitou a implementação das ações do Pró-Saúde e o desenvolvimento de 01 grupo PET Saúde, Redes de Atenção, dando continuidade às ações do PET Saúde Mental, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Uruguaiana, ampliando sua integração para o CAPS Álcool e outras Drogas (AD) e realizando atividades em um conjunto de serviços como a Atenção Básica e o Hospital Santa Casa de Uruguaiana, na perspectiva da tessitura da rede de atenção em saúde do município de Uruguaiana. As atividades do PET Saúde Redes de Atenção iniciaram-se em agosto de 2012 e seguem até o presente, tendo se desenvolvido por mais de dois anos de programa em implementação. Participam 6 trabalhadores preceptores, dos serviços de atenção básica, saúde mental e hospital; 4 docentes e 12 estudantes dos cursos de enfermagem, fisioterapia, farmácia, educação física e medicina veterinária.

Em 2013 a Unipampa é novamente contemplada com o Edital Nº 14, de 8 de março de 2013, do PET Saúde - Redes de Atenção à Saúde - 2013/2015, cujas atividades se iniciaram em agosto de 2013, e seguem vigentes nos dias atuais.

Nesta proposta foram organizados dois grupos PET's, Atenção Psicossocial e SOS Urgência e Emergência, aprovados pela Portaria Conjunta nº 9, de 24 de junho de 2013. Estes grupos mobilizam 12 trabalhadores, preceptores dos serviços, 4 docentes e 24 estudantes dos cursos de enfermagem, fisioterapia, farmácia, educação física e medicina veterinária.

Ressalta-se que o Pró-Pet Saúde é o primeiro programa da Unipampa que integra a totalidade dos cursos da área da saúde do Campus Uruguaiana, quer sejam: enfermagem, fisioterapia, farmácia, educação física e medicina veterinária. Além destes, o Pró-Saúde se propõe à integração intercampi, ao incluir os Campi São Borja e Itaqui com os cursos de Serviço Social e Nutrição, respectivamente, em suas ações.

Estas experiências vêm permitindo alguns acúmulos, que serão aqui compartilhados a partir das atividades desenvolvidas no âmbito dos serviços, da gestão e do controle social, nas tessituras da rede de atenção em saúde de Uruguaiana. Neste sentido, este artigo objetiva relatar as estratégias de inserção junto aos serviços de saúde, gestão setorial e controle social, compartilhando e discutindo as principais experiências do PET Redes de Atenção à Saúde da Unipampa - Campus Uruguaiana/RS.

## **Metodologia**

Trata-se de um relato de experiência que visa compartilhar as ações desenvolvidas a partir do PET Saúde da Unipampa, em Uruguaiana/RS, o qual conta com a participação de acadêmicos dos cursos da saúde (enfermagem, fisioterapia, farmácia, educação física e medicina veterinária) da Unipampa - Campus Uruguaiana, preceptores que são profissionais enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, psicopedagogos, nutricionistas, farmacêuticos e dentistas, tutores e do-

centes colaboradores do programa. Articula ainda docentes e estudantes dos cursos de nutrição e serviço social dos campi da Unipampa de Itaqui e São Borja, respectivamente.

O PET Saúde desenvolve ações multi e interdisciplinares, as quais abrangem diferentes contextos, como a atenção hospitalar, com foco na rede de urgências e emergências, a atenção básica e a atenção psicossocial. Para ofertar atenção as diversas áreas, que iniciaram sendo atendidas com o primeiro grupo PET Saúde, Saúde Mental, da Unipampa, após sermos contemplados com o segundo e terceiro editais, o programa se reorganiza em PET SOS Urgência e Emergência, PET Atenção Básica e PET Atenção Psicossocial. As ações desenvolvidas pelos três grupos são planejadas, executadas e avaliadas em conjunto, porém a identidade dos grupos se faz necessária para atender as especificidades e repostas que cada serviço busca construir com os grupos e para as tessituras que são desafios à consolidação da rede SUS do município.

As ações do PET Saúde são desenvolvidas em articulação com a IES, com o SUS local e regional, com a Secretaria Municipal de Saúde do município de Uruguaiiana, e envolvem os profissionais da saúde, gestores, docentes, discentes e usuários do sistema de saúde local. Suas estratégias e experiências são voltadas para a implementação e consolidação das políticas de educação permanente, atenção básica, saúde mental, humanização da assistência e segurança do paciente. Dentre as estratégias e experiências voltadas à humanização em saúde, destaca-se o desenvolvimento de ações de EPS (BRASIL, 2005; BRASIL, 2005a; BRASIL, 2004).

Entende-se que a EPS contribui para qualificar a formação no mundo do trabalho como forma de fortalecer e consolidar o SUS (BRASIL, 2005a). As propostas da educação permanente devem estar articuladas com as necessidades de saúde das



populações, assim permitindo que as ações desenvolvidas possam efetivamente provocar mudanças no processo de trabalho e na formação em saúde. Caracteriza-se em um processo educativo que visa, além de qualificar a atuação dos profissionais através de um processo de formação distinto do modelo vigente, proporcionar avanços sociais e fazer com que o estudante, o docente e o trabalhador desenvolvam o pensamento crítico e sejam protagonistas e corresponsáveis pela integralidade da atenção em saúde (BRASIL, 2004; SILVA et al., 2012).

As ações de educação permanente no âmbito do PET-Saúde são desenvolvidas, entre outras, por meio de reuniões sistemáticas e grupos de estudos, os quais visam oportunizar espaço para que estudantes, docentes, profissionais da saúde de diferentes áreas possam compartilhar as potencialidades e fragilidades da universidade e dos serviços, para que em conjunto identifiquem estratégias e proponham mudanças, com o objetivo de qualificar os centros formadores e os serviços de saúde, e assegurar os direitos dos usuários. O desenvolvimento de estratégias para qualificação dos registros de enfermagem também é uma experiência que vem contribuindo para melhorias na atenção à saúde, como a comunicação efetiva entre os profissionais de enfermagem e demais profissionais da saúde, possibilitando organizar as práticas de saúde.

O acolhimento é outra estratégia de humanização em saúde em desenvolvimento nos serviços de saúde, a partir das iniciativas do PET-Saúde, implantadas prioritariamente nos serviços de urgência e emergência, no âmbito hospitalar e nos serviços de saúde mental e atenção básica do sistema de saúde local. O acolhimento aos usuários é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização em Saúde, a qual propõe a existência de acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso dos serviços de saúde (BRASIL, 2004). Nesta



perspectiva as iniciativas do PET Saúde que contribuem para a reorientação da formação dos profissionais da saúde (estudantes, docentes, gestores e trabalhadores) se configuram em dispositivos para a efetivação do acolhimento aos usuários. Logo, essas iniciativas além de promoverem a humanização em saúde, também asseguram a segurança aos usuários dos serviços de saúde, coerente ao Programa Nacional de Segurança do Paciente, Portaria N° 529, de 1° de abril de 2013, uma nova competência na formação em saúde.

## **Discussão e resultados**

a implementação do PET Saúde, através dos subprojetos PET SOS Urgência e Emergência, PET Atenção Básica e PET Atenção Psicossocial, articulados ao Pró-Saúde, são iniciativas da Unipampa a partir das políticas públicas propostas pelo Ministério da Saúde, que possibilitam a integração ensino, serviço, gestão e comunidade na lógica do quadrilátero da educação permanente em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), constituindo-se em uma estratégia para assegurar a qualificação em serviço em diferentes áreas de atenção, organização e gestão, dos profissionais de saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidas aos estudantes de graduação em saúde, de acordo com as necessidades do SUS (SILVA et al., 2012; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Visa também garantir a qualidade da atenção em saúde e a implementação de iniciativas voltadas à humanização em saúde. Nesse contexto, as ações do PET Saúde buscam estimular e fortalecer os processos de integração e promoção de responsabilização dos sujeitos (profissionais, usuários, docentes, estudantes e gestores) com a produção de saúde nos cenários de práticas do SUS, promovendo a reorientação do processo de formação dos profissionais da saúde, e utilização da EPS

como estratégia para qualificar os serviços de saúde (SILVA et al., 2012; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Os objetivos do PET Saúde contemplam os princípios norteadores da Política Nacional de Humanização (PNH), de modo que as iniciativas do programa fortalecem o desenvolvimento de ações humanísticas nas instâncias do SUS. A PNH é importante estratégia para humanizar as práticas de atenção e de gestão nos serviços de saúde pública, e estimular a autonomia e o protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2004). A humanização em saúde perpassa as instâncias da atenção, da gestão e das políticas públicas, visto que para promover a reorientação das práticas de atenção e gestão é necessário tecer e fortalecer as redes de diálogos no processo de produção em saúde (CECCIM, 2005).

O PET Saúde da Unipampa vem proporcionando conversações entre universidade, serviço, gestão e comunidade, consolidando parcerias, qualificando a formação e potencializando os profissionais da saúde e os usuários como protagonistas na produção em saúde. Suas iniciativas possibilitam e fortalecem o desenvolvimento de ações de educação permanente, assegurando a reorientação das práticas de saúde e da formação dos profissionais da saúde; e promovem estratégias para implementação das políticas de educação permanente, humanização na assistência e segurança do paciente. Contudo, para consolidar estas ações em saúde é necessário fomentar pesquisas, promover comunicação multi e interprofissional, assegurar os direitos dos usuários, propiciar condições adequadas de trabalho e qualificação profissional (CECCIM, 2005).

As ações realizadas estão em sintonia e alinhadas às especificidades dos serviços, usuários e profissionais. Estão organizadas com base nas diretrizes do SUS, e tem como objetivos fortalecer a rede de atenção (referência e contra referência),

promoção de saúde e educação em saúde, fortalecimento e qualificação da comunicação, problematização da realidade e educação permanente. Privilegia-se a participação no Conselho Municipal de Saúde, estimulando-se a participação da comunidade para a gestão SUS. Dessa forma, os programas apresentam ações e objetivos comuns identificados a partir da escuta aos atores que integram os cenários que compõem as Redes de Atenção em Saúde do município e Unipampa.

Nesse contexto o PET-Saúde SOS Urgência e Emergência desenvolve atividades aproximando profissionais, docentes e discentes, as quais ocorrem por meio de grupos, reuniões, rodas de conversa, as quais também contam com a participação de usuários, acompanhamento de atendimentos e produção científica nas diferentes áreas que compõem a rede de urgência e emergência (Pronto socorro, Terapia intensiva adulto, Pediátrica e Neonatal, Unidades assistenciais, Ambulatório de enfermagem e traumatologia, e Farmácia hospitalar). As principais atividades desenvolvidas ocorrem por meio do Grupo de Estudos em Saúde, o qual tem foco na educação permanente e atenção em saúde aos usuários; e constituem-se em estudos de caso, oficinas, reuniões sistemáticas para formação e discussão sobre as diretrizes do SUS e rodas de conversa.

O PET-Saúde Redes de Atenção: Atenção Básica desenvolve atividades por meio de ações conjuntas com os serviços de saúde, dentre as quais, visitas domiciliares, atendimentos a grupos na comunidade, rodas de conversa e problematização da realidade. Dentre os locais de desenvolvimento destas atividades destacam-se a Policlínica Infantil, Unidade Básica de Saúde 14 Tabajara Brites, Unidade Básica de Saúde 4 Cohab I, Unidade Básica de Saúde 1 e Vigilância Sanitária em parceria com as escolas Municipais.

O PET Saúde Redes de Atenção: Atenção Psicossocial, por sua vez, desenvolve ações voltadas à atenção em saúde mental e atenção integral aos usuários dos diversos serviços de saúde, incluindo as áreas Ambulatório Especializado em Saúde Mental, Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II) “Asas da Liberdade” e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) “Homero Tarragô”, bem como outras entidades, tais como Associação Amigos dos Deficientes de Uruguaiana (AADUR) e o Centro de Atenção a Criança e Adolescente (CACAU).

As atividades realizadas por meio dos PET's são organizadas, em conjunto, por estudantes, docentes, preceptores, profissionais colaboradores e usuários dos serviços das redes de atenção do município. Ocorrem em parceria entre os três programas PET-Saúde, possibilitando aproximação e troca de experiências e vivências entre os atores envolvidos. Baseiam-se na integração dos serviços, vivências, experiências, e no compartilhar do conhecimento construído. Buscam, ainda, a efetivação do apoio matricial entre saúde mental, atenção básica e atenção hospitalar.

Os programas buscam fortalecer o diálogo entre trabalhadores do hospital e da rede de serviços de saúde do município, na tessitura da rede, para a partir da identificação das necessidades de saúde dos usuários, dos serviços e dos profissionais, consolidar a implementação das políticas de educação permanente, atenção básica, saúde mental, humanização da assistência e segurança da paciente.

Por meio da aproximação entre os serviços, também identificam-se as necessidades de formação e qualificação profissional, baseando-se no perfil epidemiológico dos usuários e necessidades de formação dos profissionais dos ser-

viços. Esta estratégia visa a reorganização dos serviços, com vistas à atenção integral em saúde aos usuários das diferentes faixas etárias e suas (Verificar frase incompleta).

Outras ações desenvolvidas referem-se às interconsultas, visitas domiciliares e sala de espera. A sala de espera ocorre com usuários enquanto aguardam atendimento. Esta atividade propicia troca de saberes, reflexões e pensamento crítico sobre as práticas de saúde realizadas, constituindo-se em espaço para ações educativas em saúde, acolhimento e desenvolvimento de habilidades relacionadas à comunicação e interação, configurando-se em espaço para a troca de conhecimentos entre os participantes, reconhecimento da realidade sociocultural, bem como crenças e a expressão dos sentimentos dos participantes (CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013).

Ademais, as ações são realizadas a partir das fragilidades evidenciadas nos serviços e demandas apontadas pelos profissionais de saúde com vistas à qualificação do atendimento, no fortalecimento da rede de atenção à saúde, trabalhando a interlocução entre os serviços a partir de ações de educação dos profissionais da rede. Estas ações somente são possíveis por meio da elaboração de estratégias em parceria com as equipes de saúde que compõe o PET Saúde, tanto em suas especificidades quanto em seus componentes comuns e integrados.

Considera que a educação é uma estratégia fundamental para a promoção da saúde, pois atua sobre o conhecimento das pessoas, para que estas possam ser empoderadas, criando condições para seu autocuidado (RODRIGUES et al., 2009). Na sala de espera ocorrem interações entre o saber científico e o saber popular, com uso de metodologias ativas



e princípios da educação popular e saúde, nas quais as pessoas expressam sua subjetividade, compartilham experiências de como são e como se cuidam. Quando estamos inseridos nesse cenário, com propósito educativo, podemos perceber as transversalidades entre as expressões psicossociais das pessoas e a linguagem técnica e científica, desconstruindo e reconstruindo saberes, na lógica de tecer conhecimentos com o outro, profissional e usuário (PONTE et al., 2006).

Contemplam as ações do PET Saúde as formações profissionais e os grupos de estudos em saúde para o desenvolvimento de educação permanente. A educação em saúde vem sendo estruturadas a partir da problematização do processo de trabalho, com ênfase na transformação das práticas profissionais e na organização do trabalho, com foco nas necessidades de saúde da população, da gestão setorial e o controle social em saúde (TEIXEIRA; VELOSO, 2006), utilizando-se dos pressupostos da EPS.

A educação permanente está pautada na descentralização, ascensão e transdisciplinaridade. Essa abordagem tem a capacidade de propiciar a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas (SILVA et al., 2012). A educação permanente vem para que a capacidade de desenvolvimento pessoal seja potencializada, promovendo uma capacitação técnica, com aquisição de novos conceitos e novas atitudes, a fim de que seja fortalecido o potencial crítico-reflexivo (TAVARES, 2006).

A educação através das iniciativas do PET-Saúde permeia todos os campos, assim a disseminação de conhecimentos, a oportunidade de aprendizado e troca de experiências dentro do PET-Saúde é algo que vem sendo realidade a partir de espaços abertos para acadêmicos, docentes e profissionais da saúde envolvidos no programa, por meio de oficinas, as quais são organizadas e realizadas pelos bolsistas e preceptores uma vez ao mês, abordando temas variados sobre saúde e políticas públicas, além dos encontros mensais do Grupo de Estudos em Saúde – com foco na Sistematização da Assistência de Enfermagem (GESSAE), realizado em parceria entre o PET Saúde da Unipampa e o Hospital Santa Casa de Caridade do município de Uruguaiana.

Outra ação do PET-Saúde é a produção científica acerca das pesquisas que são desenvolvidas dentro do projeto, como um compromisso com o serviço e com a comunidade. Quando se tem uma relação bem estabelecida entre as instituições de pesquisa e o setor público, os benefícios são recíprocos. Com apoio científico e tecnológico, as políticas públicas e os serviços em saúde podem se tornar mais eficientes e eficazes e com uma vinculação mais próxima a atividades de interesse da população (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007). Neste sentido, são desenvolvidos Trabalhos de Conclusão de Curso de Graduação pelos estudantes, Projetos de Pesquisa vinculados aos Programas de Doutorado dos docentes participantes do PET Saúde e iniciativas variadas de pesquisa junto aos profissionais dos serviços, apresentados em congressos e eventos científicos, nos quais a participação vem sendo apoiada com recursos do Pró-Saúde da Unipampa, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana.

As atividades descritas são apenas algumas das estratégias desenvolvidas pelos estudantes, preceptores e professores que integram o PET Saúde, nos desafios à tessitura da rede de atenção, na busca pela qualidade dos serviços de saúde, bem como a qualificação na formação profissional dos acadêmicos, docentes e profissionais com foco à atenção integral à saúde dos usuários dos serviços de saúde que integram o SUS locorregional da fronteira oeste do Estado do RS. Desde que iniciou as suas atividades, o PET-Saúde proporciona aos estudantes trabalhar com autonomia, tecendo conhecimentos acerca de sua área e integrando outros campos de atuação, fortalecendo a interdisciplinaridade e interprofissionalidade (SCHWARTZMAN, 2002).

### **Considerações finais**

As ações realizadas pelos participantes do PET Saúde fomentam o desenvolvimento de demandas previstas pelas políticas públicas; promovem o desenvolvimento de práticas humanísticas que asseguram atenção integral, resolutive e segura aos usuários. Além de incentivarem a realização de pesquisas, promovem atividades de EPS a partir da identificação das fragilidades dos serviços; e propiciam o planejamento de práticas multiprofissionais de produção de cuidado.

As vivências proporcionadas por meio das atividades desempenhadas pelos acadêmicos do PET Saúde oportunizam, além da ampliação nos conhecimentos práticos, a aproximação com o SUS e com a comunidade, tornando-se um espaço de troca de saberes entre acadêmicos-docentes-gestores-profissionais-usuários.

Estas práticas assumem particular importância nos serviços de saúde e formação acadêmica, pois integram a rede

de saúde e podem servir de espaço diferenciado para novas experiências de qualificação da atenção à saúde. Consolida-se assim, a partir da troca de saberes, a efetivação da inserção dos acadêmicos neste Programa, contribuindo para que ocorram mudanças relevantes no processo e percurso formativo destes.

Frente ao exposto, acredita-se que a partir desta mudança no processo de formação dos profissionais torna-se possível a formação em saúde baseada em uma educação não normatizadora e não autoritária, fomentando a flexibilização curricular e contribuindo para formação além dos saberes técnicos-científicos, voltados ao humanístico, cultural e social, necessário às práticas no SUS.

## Referências

BATISTA, K.B.C; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.** São Paulo. 2011; 20(4): 884-899.

BISCARDE, D.G.S; PEREIRA-SANTOS, M; SILVA, L.B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface** (Botucatu) [online]. 2014; 18(48):177-186.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde.** 1ª ed. Brasília, DF: SGTES; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário da União**, 20 Agosto 2007.

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: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** 2ª ed. Brasília, DF: SGTES; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** 1ª Brasília, DF: SGTES, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria 1.507, de 22 de julho de 2007. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. **Diário da União**, 22 Jul 2007.

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: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de**



Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CALDAS et al. A percepção de alunos quanto ao programa de educação pelo trabalho para a saúde - PET-Saúde. **Rev. bras. educ. med.** [online]. Rio de Janeiro. 2012; 36(1); 33-41.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: comunicação, saúde, educação.** Botucatu, São Paulo: Fundação UNI/UNIESP, v. 9, n. 16, set 2004/ fev 2005, p. 161-178.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva.** Rio de Janeiro: UERJ/REDESIRIUS/PROTAT, v. 14, n. 1, 2004, p. 41-66.

CHERNICHARO, I.M; FREITAS, F.D.S; FERREIRA, M.A. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2013 jul-ago; 66(4): 564-70.

COSTA, R.K.S; MIRANDA, F.A.N. Opinião do graduando de enfermagem sobre a formação do enfermeiro para o SUS: uma análise da FAEN/UERNa. **Esc Anna Nery Ver Enferm.** Rio de Janeiro. 2010; 14(1): 39-47.

FERLA, A. A; RAMOS, A. S; LEAL, M. B; CARVALHO, M. S. **VER-SUS Brasil: cadernos de textos/ Associação Brasileira da Rede Unida.** Porto Alegre: Rede Unida; 2013 (Coleção VER-SUS/Brasil, v. 1).

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

GUERRA, G.G; SILVA, G. A. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. **Physis.** Rio de Janeiro. 2011; 21(1): 129-146.

OLIVEIRA, E. R. A. et al. Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde.** Espírito Santo. 2011; 13(4): 28-34.

PASCHOAL, A.S.; MANTOVANI, M.F.; MÉIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP.** 2007; 41(3):478-84.

- PEDUZZI et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo. 2013; 47(4): 977-43.
- PONTE, C.M.M. et al. Projeto sala de espera: uma proposta para a educação em diabetes. **RBPS**. Fortaleza. 2006; 19 (4): 197-202.
- QUINTANILHA, B.C; SODRÉ, F.D; ARAÚJO, M. Movimentos de resistência no Sistema Único de Saúde (SUS): a participação rizomática. **Interface** (Botucatu). 2013; 17(46): 561-573.
- RODRIGUES, A.D. et al. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. **Vivências**. Erechim. 2009; 5(7): 101-106.
- SANTOS, M.C; TESSER, C.D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. Rio de Janeiro. 2012;17(11): 3011-3024.
- SCHWARTZMAN S. A Pesquisa Científica e o Interesse Público. **Revista Brasileira de Inovação**. 2002; 1(2)
- SILVA, L.A.A da; BONACINA, D.M; ANDRADE, A; OLIVEIRA, T.C. Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. **Rev Enferm UFSM**. 2012 Set/Dez;2(3):496-506.
- SILVA, L.A.A. et al. Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. **Rev Enferm UFSM**. Santa Maria. 2012; 2(3):496-506.
- TAVARES, C.M.M. A Educação Permanente da Equipe de Enfermagem para o Cuidado nos Serviços de Saúde Mental. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. 2006; 15(2):287-95.
- TEIXEIRA, E.R.; VELOSO, R.C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. 2006; 15(2):320-5.
- TORRES, O. M. Os estágios de Vivências no Sistema Único de Saúde no Brasil: caracterizando a participação estudantil. *Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro. 2013; 7(4).
- TORRES, O. M. **Os estágios de Vivências no Sistema Único de Saúde: das experiências regionais à (trans)formação político-pedagógica do VER-SUS/Brasil** [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2005.

# **FORMAÇÃO E PROTAGONISMO**

## **Formação Profissional e Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde: o que pensam os estudantes bolsistas e voluntários?**

**Maria Inês Barreiros Senna**

**Geraldo Cunha Cury**

**Fabiola Lucy Fronza Alexandre**

**Maria Silvia Bruni Fruet de Freitas**

**Raquel Conceição Ferreira.**

Políticas de reorientação da formação profissional em saúde têm sido desenvolvidas ao longo dos últimos 20 anos no Brasil e apontam a necessidade de articulação entre as políticas de educação e saúde, com o objetivo de formação de profissionais conectados às necessidades de saúde da população, comprometidos com a construção do SUS, com a produção de conhecimento relevante para o enfrentamento dos problemas de saúde em seus diferentes contextos e participantes ativos do processo de educação permanente (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; CECCIM; FEUERWERKER, 2004). A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) pelo Ministério da Saúde, em 2003, resulta da aproximação estratégica entre saúde e educação. A reorientação da formação profissional em saúde, que compreende um conjunto de ações de indução de mudanças nos cursos de graduação, tem como principais eixos a integração ensino-serviço com ênfase na atenção básica, a integralidade em saúde como eixo reorientador das práticas no processo de formação e qualificação dos profissionais para o SUS e a reformulação do projeto pedagógico dos cursos de graduação, baseada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Neste contexto, em 2005, foi instituído o Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde), que contemplou na sua primeira versão (Pró-Saúde I) 89 cursos de graduação das áreas de Enfermagem, Medicina e Odontologia. Em 2007, foi seguido do Pró-Saúde II, que ampliou o seu alcance para toda a área da saúde, abrangendo um total de 359 cursos de graduação e que de acordo com Haddad et al. (2012), desempenhou um papel importante na efetiva implementação das DCN e na reorientação da formação articulada com a rede de serviços, com ênfase na atenção básica.

Em 2008, por meio da Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, foi instituído o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) na perspectiva dos avanços obtidos com o Pró-Saúde, fortalecendo ainda mais a parceria interministerial saúde e educação (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; HADDAD et al., 2012; BRASIL, 2008).

O PET-Saúde se caracteriza como uma estratégia para o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade, cujo foco é a formação de estudantes de graduação da área da saúde na rede de serviços por meio de vivências, estágios e iniciação ao trabalho (BRASIL, 2008). Destaca a importância das necessidades da população e dos serviços de saúde em se constituírem objeto de pesquisa e fonte de produção do conhecimento nas instituições de ensino superior (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). A proposta inicial do PET-Saúde buscava favorecer a constituição de grupos de aprendizagem tutorial, a interdisciplinaridade e a integração ensino-serviço-comunidade e o desenvolvimento de um plano de pesquisa no âmbito da atenção básica (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). Em 2010, mudanças no Programa possibilitaram o desenvolvimento de grupos PET-Saúde temáticos em Saúde da Família, Vigilância em Saúde e Saúde Mental, movimento considerado relevante no seu processo de institucionalização, pois é “pautado pelo avanço na diversificação de atores e instâncias nas variadas frentes de atuação do SUS, para além da atenção básica à saúde” (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

No ano de 2011, o Ministério da Saúde, no Edital nº 24, direcionou a seleção de projetos que articulassem o Pró-Saúde e o PET-Saúde, contemplando ações baseadas no planejamento da saúde segundo as Redes de Atenção à Saúde e estabelecendo temáticas prioritárias para o desenvolvimento dos subpro-



jetos (BRASIL, 2011). Após a pactuação tripartite em 2011, foram priorizadas as seguintes temáticas: Rede Cegonha, que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial, com prioridade para o enfrentamento do álcool, crack, e outras drogas; humanização, acolhimento, acesso e qualidade no atendimento das necessidades de saúde dos cidadãos; fortalecimento das ações para a prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e de mama; promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças, com ênfase no estímulo às atividades físicas e alimentação saudável; vigilância, prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e das doenças transmissíveis de interesse da saúde pública entre outros. Este edital contemplou a participação de estudantes das 14 categorias profissionais da saúde e o grupo tutorial era composto por 01 tutor, 06 preceptores do serviço e 12 estudantes bolsistas (BRASIL, 2011).

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, é responsável pela formulação e acompanhamento destes Programas e tem como atribuições analisar as propostas, sugerir mecanismos de funcionamento, aprimoramento e avaliação dos grupos PET-Saúde. Em relação ao PET-Saúde, uma avaliação institucional em nível nacional foi realizada em 2012, pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), cujo objetivo geral foi analisar, a partir da percepção dos sujeitos (docentes, estudantes e profissionais dos serviços de saúde) integrantes do PET-Saúde/Saúde da Família, em que medida este Programa promoveu a estratégia governamental de integração entre as instituições de ensino, os serviços públicos de saúde e a co-

munidade (PASSARELLA, 2013). Recentemente, em 2014, outra pesquisa avaliativa do PET-Saúde foi realizada pelo DEGES/SGTES com foco na percepção dos estudantes bolsistas e voluntários sobre o programa. A pesquisa foi conduzida pela equipe técnica do Departamento, com a colaboração de membros da Comissão Assessora do Pró-Saúde e PET-Saúde e de estudantes de pós-graduação da UNESP de Botucatu. Esta avaliação teve como objetivos principais: acompanhar o processo de desenvolvimento dos grupos tutoriais, sua integração ao currículo dos cursos de graduação participantes do programa, a possibilidade do desenvolvimento da educação pelo trabalho interprofissional e a qualificação dos programas Pró-Saúde e PET-Saúde, tendo como referência as Diretrizes Curriculares Nacionais, os princípios do SUS, a integralidade do cuidado, a necessidade de qualificar a integração ensino, serviço e comunidade e a formação das graduações na saúde nas redes de atenção à saúde. Essa coleta de dados foi realizada com estudantes dos grupos Pró-Saúde-PET-Saúde cadastrados no Sistema de Informação Gerencial do PET-Saúde (SIG/PET-Saúde) e também por estudantes do PET-Saúde/Vigilância em Saúde e do PET-Saúde/Redes de Atenção. Esse estudo teve como objetivo identificar as possíveis contribuições do Pró-Saúde/PET-Saúde na perspectiva dos estudantes que participaram do Programa.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, conduzido a partir da análise de dados secundários da avaliação institucional, realizada no primeiro semestre de 2014, pelo DEGES/SGTES. A população deste estudo foram os estudantes, bolsistas e voluntários, participantes dos grupos PET-Saúde

selecionados no Edital nº 24/2011. A autorização para a realização deste estudo foi dada pela Coordenação do Pró-Saúde e PET-Saúde do DEGES/SGTES/MS.

O questionário utilizado para coleta de dados possuía 36 questões, algumas estruturadas e outras não estruturadas, que buscavam caracterizar o perfil dos estudantes, suas percepções sobre a proposta curricular na perspectiva da integração ensino-serviço e formação no SUS; sobre a dinâmica dos grupos tutoriais e as contribuições do PET-Saúde para a formação profissional. O questionário apresentava os objetivos da pesquisa, as orientações para o seu preenchimento e solicitava a autorização do participante para utilização das informações. O instrumento utilizado não foi pré-testado.

O acesso ao questionário foi disponibilizado aos participantes por meio do Formulário Eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), FORMSUS. O convite para a participação na pesquisa foi enviado em cinco momentos diferentes aos e-mails dos coordenadores e estudantes. O questionário esteve disponível para preenchimento no período de 28 de março a 30 de maio de 2014.

Destaca-se que este formulário possibilita a compilação dos dados em relatórios, que podem ser acessados pelos gestores, favorecendo o monitoramento da pesquisa e o trabalho de sistematização das informações levantadas. Os participantes foram caracterizados quanto às variáveis sociodemográficas (sexo, cor auto declarada, estado civil, possui renda própria), referentes ao curso de graduação (recebe outra bolsa/auxílio, curso de graduação, período do curso, localização da instituição de ensino superior (IES). Foram também avaliados quanto à motivação para o ingresso, o tipo de redes de atenção a saúde do grupo tutorial e as percepções dos estudantes sobre o currí-

culo de graduação na perspectiva da integração ensino-serviço e de formação para o SUS. A pesquisa buscou também conhecer a dinâmica de integração dos grupos tutoriais com o currículo de graduação e entre os distintos grupos PET-Saúde, no âmbito da instituição de ensino e as possíveis contribuições do PET-Saúde para a formação em saúde. Entre os estudantes que avaliaram positivamente as contribuições do PET-Saúde para a ampliação da visão crítica e maior politização sobre o SUS e sobre as políticas de saúde no Brasil, foram selecionadas aleatoriamente 10 justificativas para a resposta. Foi perguntado aos estudantes, por meio de uma questão não estruturada, se o PET-Saúde contribuiu para a mudança e/ou melhoria do curso de graduação. No sentido de explorar os dados, foram selecionados os registros dos mesmos estudantes da questão anterior. A análise descritiva dos dados foi realizada por meio do relatório gerado pelo FORMSUS disponibilizado pela Coordenação do Programa. Para as variáveis categóricas foram apresentadas as frequências absoluta e relativa, considerando o total de respondentes e de opções de respostas. As respostas às questões não estruturadas foram analisadas pela seleção de registros significativos.

## **Resultados e discussão**

### **Taxa de Participação**

O questionário eletrônico foi aplicado a 4.955 estudantes bolsistas e 1.142 voluntários participantes dos 415 grupos tutoriais Pró-Saúde/PET-Saúde cadastrados no SIG/PET-Saúde. A taxa de participação dos estudantes bolsistas foi de 79,63% e a dos voluntários 44,30%, foi de 64,81% (TAB. 1). Verifica-se que, neste estudo, a taxa de participação entre os estudantes

bolsistas aumentou, pois, na pesquisa realizada em 2012, foi de 54,1% (PASSARELLA, 2013).

**Tabela 1: Taxas de participação dos estudantes bolsistas e voluntários do Pró-PET-Saúde, Brasil, 2014.**

Variável	N	%
<b>Bolsistas</b>		
Respondentes	3946	79,63
Não respondentes	1009	20,37
Total	4955	100,0
<b>Voluntários</b>		
Respondentes	506	44,30
Não respondentes	636	55,70
Total	1142	100,0
<b>Total Geral Respondentes</b>	<b>3952</b>	<b>64,81</b>

Fonte: Questionário do Estudante Bolsista Pró-Saúde/PET-Saúde/ DEGES,SG-TES, 2014.

### **Perfil Sócio Demográfico e Acadêmico dos Estudantes Participantes dos Grupos Pró-Saúde/ PET-Saúde**

A média de idade dos respondentes foi de 23 anos (DP=3,71; 17 a 57 anos), sendo a maioria (78,9%) do sexo feminino e 58,4% se declararam brancos. Observou-se uma porcentagem significativa de estudantes que se autodeclararam pardos e/ou mulatos (31,1%) e negros (7,27%). Apenas uma pequena parcela (16%) dos estudantes declarou receber algum



tipo de bolsa além da bolsa do PET-Saúde. Estes resultados indicam que o perfil dos participantes está em consonância com as principais características dos estudantes de graduação na área da saúde no Brasil, com predomínio de mulheres e dos que se auto-declararam brancos (RISTOFF, 2014). Verifica-se que a maioria absoluta dos estudantes declara não ter renda própria, ou seja, se dedica aos estudos, o que pode estar relacionado às características da oferta de grande parte dos cursos da saúde: diurnos, com carga horária integral.

Verificou-se que a maioria (73,3%) dos respondentes se concentrava em 05 cursos de graduação: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Psicologia e Farmácia. Estes achados se assemelham aos de Passarela (2013)<sup>7</sup> onde 57% dos respondentes eram acadêmicos de Medicina e Enfermagem, seguidos pelos dos cursos de Odontologia (11%) e Farmácia (6,5%). Quanto ao percurso formativo, observou-se que o PET-Saúde favoreceu a inserção de estudantes ao longo do curso, com o predomínio dos períodos intermediários (78,8%). Estes resultados parecem indicar que o PET-Saúde favorece a inserção dos estudantes nos serviços de saúde desde os períodos iniciais do curso, importante estratégia de reorientação do processo formativo em saúde. Quanto à localização da IES dos participantes, verificou-se que 35% estudavam em IES da região Sudeste, seguidos por 31% na região Nordeste (Quadro 1). Este resultado está relacionado com a maior participação das IES localizadas nessas regiões no Programa PET-Saúde.

**Quadro 1. Perfil Sócio Demográfico e Acadêmico dos Estudantes Bolsistas e Voluntários do Pró-Saúde/ PET-Saúde, Brasil, 2014.**

Variável	Média (DP)	
Idade (em anos)	23 (3,71)	
	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	3514	78,91
Masculino	939	21,09
<b>Cor Auto-Declarada</b>		
Branco(a)	2620	58,79
Pardo(a)/mulato(a)	1385	31,10
Negro(a)	324	7,27
Amarelo(a)/origem oriental	100	2,24
Indígena ou de origem indígena	24	0,53
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro(a)	4138	92,93
Casado(a)	246	5,52
Outro(s)	69	1,55
<b>Tem Renda Própria</b>		
Não	4018	90,23
<b>Recebe outro tipo de Bolsa/Auxílio</b>		
Não	3772	84,71
Sim	681	15,29
<b>Curso de Graduação</b>		
Medicina	1195	26,84
Enfermagem	982	22,05
Odontologia	375	8,42
Psicologia	371	8,33
Farmácia	341	7,66

<b>Período do Curso</b>		
Até o 3º	447	10,04
Entre 4º e 8º	3511	78,86
9º ou mais	494	11,09
<b>Localização da IES</b>		
Sudeste	1548	34,90
Nordeste	1374	30,98
Sul	949	21,39
Centro-Oeste	360	8,11
Norte	204	4,59

Fonte: Questionário do Estudante Bolsista Pró-Saúde-PET-Saúde/ DEGES,SG-TES, 2014.

## **Motivação para participação no Grupo PET-Saúde**

Dentre as motivações para ingressar no grupo PET-Saúde, os estudantes elegeram as contribuições para a sua formação acadêmica por meio do desenvolvimento das atividades de extensão (75,5%), enriquecimento do currículo (68%) e pesquisa (50,0%) na rede de serviços de saúde. Estes motivos também foram encontrados entre acadêmicos que relataram interesse em participar do PET-Saúde novamente, com destaque para o crescimento e a aprendizagem profissional, a possibilidade de integração entre ensino e serviço e o trabalho interdisciplinar (CALDAS et al., 2012). A maioria dos estudantes (75,5%) atuava em grupos tutoriais que abordavam as redes de atenção no contexto da Estratégia Saúde da Família, dos ciclos da vida e dos agravos prevalentes e emergentes no campo da saúde pública (Quadro 2). Cabe ressaltar que os primeiros editais do PET-Saúde estabeleceram a atenção primária em saúde como área estratégica de intervenção (PASSARELLA, 2013).

**Quadro 2. Participação dos Estudantes Bolsistas e Voluntários do Pró-Saúde/PET-Saúde nos Grupos Tutoriais, Brasil, 2014.**

Variável	N	%
<b>Motivação para ingresso</b>		
Aprender e desenvolver atividades práticas sobre redes de atenção	3328	74,74
Enriquecer o currículo	3039	68,25
Aprender e desenvolver pesquisa sobre redes de atenção	2207	49,56
Receber a bolsa	1810	40,65
Indicação professor	662	14,87
Outros motivos	168	3,77
<b>Redes de Atenção ou Temas</b>		
EFS e Redes de Atenção	853	19,16
Saúde da Mulher, do Homem, Criança, Adolescente e Idoso	582	13,08
Vigilância, Prevenção e Controle de DCNT	448	10,70
Rede Cegonha	447	10,40
Rede de Atenção Psicossocial, Cuidados em Usuários de álcool, crack e outras drogas	367	8,25
Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos e Doenças, com ênfase no estímulo às atividades físicas e alimentação saudável	316	7,10
Rede de Urgência e Emergência	272	6,11

Fonte: Questionário do Estudante Bolsista Pró-Saúde/PET-Saúde/ DEGES,SGTES, 2014.

A soma não totaliza 100% porque os estudantes poderiam escolher mais de uma opção.

## **Percepção dos Estudantes sobre o Currículo de Graduação, Integração Ensino Serviço e Formação para o SUS**

A grande maioria (94,86%) dos estudantes relatou que o currículo de graduação oferta oportunidades de estágios na atenção primária em saúde, e quase a metade (49,7%) relatou que a carga horária destas atividades é igual ou maior a 20% da carga horária total do curso. Este resultado está em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da saúde, que preconiza que a formação dos profissionais de saúde deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e o trabalho em equipe e que a carga horária mínima, em média, para os estágios curriculares supervisionados deverá atingir 20% da carga horária total do curso. Verificou-se que grande parte dos estudantes considerou que o currículo de graduação propicia vivências de práticas de promoção (70,0%), prevenção (66,0%) e assistência (68,0%) nos distintos serviços e diferentes níveis de atenção à saúde por meio de um conjunto de disciplinas ou módulos curriculares. Entretanto, apenas 56,0% dos estudantes avaliou que o currículo possibilita o desenvolvimento de atividades acadêmicas voltadas para as necessidades de saúde da população. Chama atenção também que 43% dos estudantes relatou que os currículos possibilitam a participação em pesquisas e 37% formação para a gestão, enquanto que para a atuação clínica este percentual atinge 62%, todos aplicados ao SUS. Apesar do longo e intenso movimento de mudanças curriculares dos cursos da área da saúde parece que ainda persistem desenhos curriculares tradicionais, fragmentados por disciplinas e importantes lacunas, como, por exemplo, o desenvolvimento de competências para atuar na gestão dos serviços e sistemas de saúde. Parece ainda que as propostas de



inovações curriculares se restringem a certas áreas, períodos ou campos da formação profissional em saúde. Sobre o desenvolvimento de atividades integradas com estudantes de diferentes cursos da saúde, 65% dos respondentes declararam que o currículo de graduação propicia tal integração em distintas oportunidades (Quadro 3). Este resultado nos parece bastante animador no sentido de contribuir com os avanços necessários na formação dos profissionais da saúde na perspectiva do trabalho em equipe e integralidade do cuidado. Batista (2012)<sup>10</sup> considera que estas oportunidades de treinamento conjunto e aprendizagens compartilhadas induzidas pelo PET-Saúde tem se revelado como potenciais espaços para o desenvolvimento da educação interprofissional.

**Quadro 3. Percepção dos Estudantes Bolsistas e Voluntários do Pró-Saúde/PET-Saúde sobre o Currículo de Graduação e a Integração Ensino-Serviço e Formação para o SUS, Brasil, 2014.**

Variável	N	%
<b>Inserção na Atenção Primária à Saúde</b>		
(% carga horária do curso)		
20 ou mais	2214	49,72
Entre 10 e 20	1113	24,99
Entre 5 a 10	599	13,45
Menos de 5	298	6,69
Nenhum estágio	229	5,14
SE O CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO PROPICIA VIVÊNCIAS NOS DISTINTOS SERVIÇOS NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO		

<b>Práticas de Promoção</b>		
Sim, em disciplinas, módulos integradores e/ou estágios	3.118	70,02
Somente em disciplinas isoladas	928	20,84
Nenhuma experiência	301	6,76
<b>Práticas de Prevenção</b>		
Sim, em disciplinas, módulos integradores e/ou estágios	2949	66,23
Somente em disciplinas isoladas	1033	23,20
Nenhuma experiência	338	7,59
<b>Práticas de Assistência</b>		
Sim, em disciplinas, módulos integradores e/ou estágios	3028	68,00
Somente em disciplinas isoladas	917	20,59
Nenhuma experiência	352	7,90
SE O CURRÍCULO PROPICIA O DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES		
<b>Baseadas em Necessidades da População</b>		
Sim, em disciplinas, módulos integradores e/ou estágios	2481	55,72
Somente em disciplinas isoladas	1217	27,33
Nenhuma experiência	527	11,83
<b>Integradas com Estudantes de outros Cursos da Saúde</b>		
Sim, em disciplinas, módulos integradores e/ou estágios	2894	64,99
Somente em disciplinas isoladas	845	18,98
Nenhuma experiência	556	12,71
<b>Participação em Pesquisas para o SUS</b>		
Sim, em disciplinas, módulos integradores e/ou estágios	1903	42,74
Somente em disciplinas isoladas	986	22,14
Nenhuma experiência	1091	24,50

<b>Formação para Atuar na Gestão do SUS</b>		
Sim, em disciplinas, módulos integradores e/ou estágios	1647	36,99
Somente em disciplinas isoladas	1104	24,79
Nenhuma experiência	1063	23,87
<b>Formação para Atuação Clínica no SUS</b>		
Sim, em disciplinas, módulos integradores e/ou estágios	2764	62,07
Somente em disciplinas isoladas	1122	25,20
Nenhuma experiência	304	6,83

Fonte: Questionário do Estudante Bolsista Pró-Saúde/PET-Saúde/ DEGES,SGTES, 2014.

## **Integração com o Currículo e entre os Grupos Tutoriais**

Mais da metade dos estudantes (54,0%) avaliou que há integração do PET-Saúde com o currículo de graduação. Este resultado reafirma as considerações de Cyrino et al. (2012), pois

O PET-Saúde vem fortalecer uma prática acadêmica que objetiva interligar a universidade, em suas atividades de ensino, pesquisa, serviço e extensão, com demandas da sociedade, de forma extremamente construtiva (p.94).

Entretanto, Pinto et al. (2013) mostraram, na percepção dos estudantes, que o ponto de maior fragilidade foi a contribuição do PET-Saúde para a reestruturação dos currículos dos cursos de graduação. As mudanças curriculares são processos complexos e demorados, pois demandam grande mobilização e intensa negociação entre os sujeitos envolvidos. Além disso, um curto período de implantação do Programa não tem conseguido impactar na reestruturação dos currículos dos cursos de graduação. Reconhece-se, porém que a inserção dos estudantes cada vez mais precocemente na prática, em experiências como o PET-Saúde, se configura como uma estratégia excepcional para a efetivação das mudanças curriculares (PINTO et al., 2013).

Destaca-se que a grande maioria (78,95%) dos respondentes relatou que atividades de integração e troca de experiências entre os participantes dos grupos tutoriais têm sido realizadas com distintas periodicidades (Quadro 4). Estes resultados estão de acordo com o que tem sido observado e relatado durante outras atividades avaliativas do Programa, como as visitas *in loco*, assim como a grande efervescência dos grupos tutoriais por meio de realização de mostras e seminários e encontros.

**Quadro 4. Percepção dos Estudantes Bolsistas e Voluntários do Pró-Saúde/PET-Saúde sobre as Dinâmicas de Integração dos Grupos PET-Saúde, Brasil, 2014.**

Variável	N	%
<b>Integração do PET Saúde com o Currículo de Graduação</b>		
Não acontece	1429	
Acontece regularmente	1336	
Acontece apenas nas disciplinas, módulos dos tutores	1080	
Foi criada disciplina para estudantes do PET	126	
Não sabe responder	482	
<b>Eventos de Integração e Troca de Experiências entre os Grupos PET Saúde</b>		
Sim, semestralmente	1432	32,16
Sim, a cada um ou dois meses	1100	24,70
Sim, anualmente,	964	21,65
Não ocorre	447	10,04
Não sabe responder	510	11,45

Fonte: Questionário do Estudante Bolsista Pró-Saúde/PET-Saúde/ DEGES,SG-TES, 2014.

## **Contribuições do PET-Saúde para a Formação Profissional**

A vivência nos grupos PET-Saúde possibilitou a participação em eventos ou publicação de artigos para quase metade dos estudantes (47%). Este percentual é bastante significativo e superior aos encontrados em outros estudos (PINTO et al., 2013; CALDAS et al., 2012). Chama atenção também que 43% indicam que as atividades realizadas produzem desdobramentos em pesquisas originais ou a necessidade de novas pesquisas sobre a realidade local. Neste sentido, a participação de estudantes nas atividades das equipes de saúde tem sido considerada como um apoio à ampliação do conhecimento de demandas das áreas mais vulneráveis ou de problemas silenciados e uma possibilidade para o desenvolvimento de novas estratégias de enfrentamento (CYRINO et al., 2012). Quando indagados sobre as possíveis contribuições para a ampliação da visão crítica e maior politização sobre o SUS e sobre as políticas de saúde no Brasil, quase a totalidade (97,0%) avaliou positivamente (Quadro 5).

Neste sentido, o PET-Saúde tem contribuído para a reorientação da formação em saúde, por meio da iniciação ao mundo do trabalho, de acordo com as necessidades do SUS, por meio da articulação ensino-pesquisa e extensão conforme relatado em vários estudos (PINTO et al., 2013; PASSARELLA, 2013; CALDAS et al., 2012; CYRINO et al., 2012).



**Quadro 5. Percepção dos Estudantes Bolsistas e Voluntários do Pró-Saúde/PET-Saúde sobre as Contribuições da Vivência no PET-Saúde para a Formação Profissional, Brasil, 2014.**

Variável	N	%
SE A VIVÊNCIA NO GRUPO PET SAÚDE TEM PERMITIDO		
Participação em Eventos ou Publicação de Artigos		
Não	2347	52,71
Sim	2106	47,29
Observação de Desdobramento de Nova Pesquisa ou Pesquisa Originada a partir das atividades realizadas		
Não	2531	56,84
Sim	1922	43,16
Ampliação da visão crítica e maior politização sobre o SUS e sobre as políticas de saúde no Brasil		
Sim	4316	96,92
Não	137	3,08

Fonte: Questionário do Estudante Bolsista Pró-Saúde/PET-Saúde/ DEGES,SG-TES, 2014.

Os registros abaixo foram considerados significativos e ilustram os resultados anteriores:

*“A visão tanto teórica como principalmente prática, vivenciada na unidade básica de saúde, seguindo os princípios do SUS, nos permite ter um olhar mais clínico e crítico do contexto geral da saúde brasileira”* (E8, grifo dos autores).

*“A inclusão no PET possibilita a vivência de perto no que diz respeito à gestão do sistema de saúde onde nos é desperta-*

da a *compreensão* em relação à *importância dos profissionais de saúde sobre a repercussão positiva ou negativa que as políticas públicas têm sobre a situação de saúde e as condições de vida*” (E10, grifo dos autores).

“A partir das vivências e experiências unidas a estudos nos é possível refletir sobre a importância do PET-Saúde como instrumento na *qualificação dos profissionais de Saúde e adequação da formação profissional* onde os graduandos da área de saúde *são orientados em intervenção e formação de acordo com as necessidades do SUS*” (E10, grifo dos autores).

Estes resultados estão de acordo com os encontrados por Freitas et. al. (2013) que apontaram que o PET-Saúde

possibilita que os estudantes experimentem o que os profissionais vivenciam em sua realidade, instigando a um pensamento crítico e reflexivo, para desenvolver atitudes críticas, pró-ativas, criativas e transformadoras (p. 502).

Verificou-se que os estudantes indicam as potências do PET-Saúde para a melhoria do curso de graduação, tais como o favorecimento da educação interprofissional. Ao mesmo tempo, apontam suas limitações: participação restrita no conjunto das IES que ofertam cursos de graduação na área da saúde e, naquelas contempladas, a abrangência dos grupos tutoriais é limitada frente ao quantitativo de estudantes nos cursos.

Neste sentido, Freitas et al. (2013), consideraram que, para os avanços e consolidação do programa, torna-se necessário ampliar os locais de atuação atingindo outras comunidades que não fazem parte do programa, bem como ampliar o número de acadêmicos, cursos participantes, profissionais do serviço e gestores.

## Considerações Finais

Os resultados encontrados indicam que o PET-Saúde vem se consolidando como importante estratégia na formação dos estudantes de cursos de graduação na área da saúde, que prioriza a promoção de ações de pesquisa e intervenção na rede de atenção do SUS. Os resultados da avaliação dos estudantes participantes reafirmam as potencialidades e as contribuições do Programa para a reorientação da mudança da formação profissional na área da saúde por meio do aprendizado pelo trabalho, em equipes multiprofissionais, na perspectiva da integralidade do cuidado, em contextos reais, de acordo com as necessidades de saúde da população (PINTO et al., 2013; PASSARELLA, 2013; CALDAS et al., 2012; CYRINO et al., 2012). Apontam, ainda, para a necessidade de sua ampliação, articulação e consolidação no âmbito dos cursos de graduação.

Este estudo, a partir da análise de dados secundários de avaliação institucional do PET-Saúde, contribui para uma compreensão mais abrangente do Programa, e que pode ser agregada ao conjunto de avaliações que tem sido desenvolvido pelo DEGES/SGTES/MS e pelas IES participantes, com vistas ao aprimoramento do Programa. Trata-se de uma significativa fonte de dados que deve ser investigada, a partir de novas questões, hipóteses e abordagens metodológicas. Recomenda-se, também, a continuidade do processo de avaliação do PET-Saúde assim como o desenvolvimento de novos estudos, com os outros sujeitos participantes (preceptores, tutores, dentre outros) e também com os egressos do Programa, pois algumas inquietações permanecem, dentre elas: como se dará a atuação profissional destes estudantes?

## Referências:

BATISTA, N.A. Educação Interprofissional em Saúde: concepções e práticas. **Caderno FNEPAS** [periódico na internet] 2012, jan.[citado 2015 abr. 25]; 2: 25 -28. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/artigos\\_caderno/v2/educacao\\_interprofissional.pdf](http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Edital nº24, de 15 de dezembro de 2011. Seleção de projetos de instituições de educação superior para participação no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Diário Oficial da União 2011**, 16 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria interministerial nº1.082, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Diário Oficial da União 2008**; 27 ago.

CALDAS, J.B. et al. A percepção de alunos quanto ao programa de educação pelo trabalho para a saúde - PET-Saúde. **Rev. bras. educ. med.** [periódico na internet]. 2012, mar [citado 2015 abr. 25]; 36(1), suppl.2: 33-41 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022012000300006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300006&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0100-5502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000300006>.

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública** [periódico na internet], 2004 set-out [citado 2015 abr. 25]; 20(5):1400-1410. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf>>.

CYRINO, E.G. et al. Ensino e pesquisa na estratégia de saúde da família: o PET-Saúde da FMB/Unesp. **Rev. bras. educ. med.** [periódico na internet]. 2012, mar. [citado 2015 abr. 25]; 36(1) suppl.1: 92-101. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022012000200013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200013&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0100-5502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200013>>.

DIAS, H.S.A.; LIMA, L.D., TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva** [periódico na Internet]. 2013 Jun [citado 2014 Set 02]; 18( 6 ): 1613-1624. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600013&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600013&lng=pt)>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600013>>.

FREITAS, P.H. et al. Repercussões do PET-Saúde na formação de estudantes da área da saúde. **Esc. Anna Nery** [periódico na Internet]. 2013 Ago [citado 2015 Abr 25]; 17(3): 496-504. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000300496-&lng-pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300496-&lng-pt)>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300013>>.

GONZÁLEZ, AD; ALMEIDA, M.J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva** [periódico na internet] 2010 [citado 2015 abr.],20(2): 551-570. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a12v20n2.pdf>>.

HADDAD, A.E. et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. **Rev. bras. educ. med.** [periódico na internet]. 2012[citado 2015 abr. 25]; 36(1), suppl.1: 03-04 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022012000200001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200001&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0100-5502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200001>>.

PASSARELLA, T.M. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde/Saúde da Família**: um estudo sobre a percepção dos participantes acerca da integração ensino-serviço-comunidade. (Dissertação). Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2013.

PINTO, A.C.M. et al . Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [periódico na Internet]. 2013 Ago [citado 2015 Abr 25]; 18(8): 2201-2210. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000800004&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800004&lng=pt)>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800004>>.

RISTOFF, D. O novo perfil do campus brasileiro: uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação. **Avaliação (Campinas)** [periódico na internet]. 2014, nov. [citado 2015- abr. 25]; 19(3): 723-747. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-40772014000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772014000300010&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1414-4077. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-40772014000300010>>.





# **FORMAÇÃO E PROTAGONISMO**

## **Formação em saúde e extensão universitária: vivência multiprofissional no sistema público de saúde**

**Priscila de Oliveira Bolzan Bonadiman**

**Sandra Trevisan Beck**

**Elenir Terezinha Rizzetti Anversa**

**Angela Flach**

**Denise Pasqual Schmidt**

**Mírian Bolson Serafin**

**Tamiris Leal Tonetto**

**Mariane Vargas**

**Carine Pinheiro Cantarelli**

**Jocieli Kasten**

**Graciela Medianeira Rosa Ribeiro**

**Karine Menine Vielmo**

**Barbara Becker**

**Giullia Menuci Chianca**

**Daniela da Piéve**

Em que se pese a história da saúde pública brasileira, bem como a complexidade dos processos saúde-doença, a formação profissional em saúde tem se apresentado como um grande desafio às universidades. O compromisso em formar profissionais engajados nas redes de atenção à saúde e capacitados ao trabalho interprofissional tem exigido das instituições formadoras projetos capazes de superar limitações características do ensino e da pesquisa, no sentido de imersão nos cenários de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Programas extensionistas como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Redes oportunizam experiências práticas diferenciadas nos serviços de saúde e influências positivas nos cursos de graduação. Inseridos no PET tem-se distintos projetos que contemplam áreas de vulnerabilidade em saúde. Dentre eles, o projeto multiprofissional “Os desafios na assistência à saúde da mulher: fatores que interferem nas ações de prevenção para a saúde da mulher e do recém-nascido”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria e registrado sob o CAEE 12272813.9.0000.5346, que será abordado neste artigo.

O referido projeto possui um grupo de trabalho voltado ao cuidado à saúde de mulheres em tratamento oncológico para câncer de mama e câncer de colo uterino. Ele envolve acadêmicos de graduação de diferentes cursos da área da saúde, orientados por preceptores e inseridos em importantes espaços de atuação da linha de cuidado, nos quais interagem com usuários, profissionais de saúde e residentes multiprofissionais.

O PET-Saúde Redes funciona na perspectiva do trabalho coletivo, organizado em redes de atenção e linhas de cuidado. As redes de atenção à saúde definem-se a partir da autonomia dos sujeitos, inexistência de hierarquias, comunicação inter-

setorial, cooperação, cuidado integral e compartilhamento de objetivos comuns (MENDES, 2011). Assim, verifica-se um rompimento com o paradigma da atenção à saúde fragmentada, que pormenoriza a atenção primária em detrimento dos serviços de maior densidade tecnológica.

Por linha de cuidado entende-se a entrada do usuário em qualquer ponto do sistema de saúde, sendo essencial a interação entre o usuário e o profissional de saúde, bem como, a comunicação efetiva entre profissionais (MALTA; MERHY, 2010). Dessa forma, o PET configura-se enquanto ferramenta de fomento à formação de profissionais críticos e competentes, assim como, de sujeitos envolvidos com a causa social e pública, que se sintam co-responsáveis pela realidade social e econômica do país, a qual reflete as condições sanitárias e de saúde.

Sabe-se que, originalmente, há nas universidades a cultura da educação bancária (FREIRE, 1974), caracterizada pela verticalidade da “transmissão de conhecimentos”. No entanto, faz-se o contraponto com o momento atual de reflexões sobre o real papel do ensino superior e as dificuldades do modelo “transmissor de conhecimentos” diante dos desafios do aprender a aprender, do raciocínio crítico, do trabalho em equipe e, por fim, do fazer profissional efetivo.

Nesse sentido, aponta-se o caminho da extensão universitária como meio capaz de propiciar ao acadêmico o contato com a realidade, fazendo-o refletir sobre seu papel enquanto universitário (GURGEL, 1986). Assim, caminha-se no sentido de uma formação em saúde ajustada às necessidades reais da população.

Em meio a estas concepções, este artigo propõe-se a relatar esta experiência de integração entre graduação, residência

multiprofissional e profissionais da saúde. A partir do relato, objetiva-se refletir acerca das repercussões do PET- Saúde Redes no processo formativo dos acadêmicos, bem como, das experiências vivenciadas pelos mesmos no cotidiano da saúde pública, com foco na rede de atenção à saúde de mulheres.

### **A construção de um projeto de extensão: necessidades em saúde na pauta da universidade**

Com intuito de promover ações voltadas à assistência à saúde integral e qualificada, atender a demandas reais em saúde da população, bem como propiciar uma formação em saúde integrada com a realidade, o projeto “Os Desafios na assistência à saúde da mulher: fatores que interferem nas ações de prevenção para a saúde da mulher e do recém-nascido” tinha como objetivo principal evidenciar através do estudo dos indicadores das bases de dados de saúde, os aspectos frágeis no cuidado integral da saúde da mulher e recém-nascido, permitindo planejamento de ações futuras. Para tanto, havia objetivos específicos, os quais se desenvolviam juntamente a vivências *in loco* no SUS, entre eles: verificar a prevalência do câncer de mama e das lesões precursoras e câncer do colo do útero no município de Santa Maria/RS; verificar taxa de abandono e não seguimento do tratamento do câncer de colo de útero e mama; caracterizar a população vulnerável por meio de critério sócio-demográfico; relacionar as Regiões Administrativas de maior vulnerabilidade com a capacidade instalada dos serviços de saúde do município.

Diante destes objetivos, realizou-se processo seletivo e selecionou-se um grupo de acadêmicos pertencentes a diferentes núcleos profissionais da área da saúde para debruçarem-se sobre a temática do câncer feminino, mais especificamente,



câncer de mama e de colo uterino. Assim, iniciaram a “imersão” dividindo-se em grupos menores, os quais iniciaram vivências nos serviços de saúde que assistem a essas mulheres no SUS. São essas vivências que serão relatadas neste artigo.

Inicialmente, orientou-se que os acadêmicos se apoderassem de referencial teórico pertinente e indicadores de saúde da mulher em oncologia. Dessa forma, pôde-se refletir acerca dos índices no Brasil: a estimativa 2014, válida também para o ano de 2015, aponta para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, 57 mil são casos de câncer de mama feminina e 15 mil de colo do útero (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014).

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo. No Brasil, afora os tumores de pele não melanoma, é o mais frequente em mulheres residentes nas regiões Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Nordeste (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014). Seus fatores de risco incluem envelhecimento, fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher, história familiar, excesso de peso, sedentarismo e alta densidade do tecido mamário. Fatores de proteção incluem amamentação, prática de atividade física e alimentação saudável (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014).

Embora se tenha investimentos promissores no que se refere à prevenção primária e o câncer de mama seja considerado de relativo bom prognóstico, suas taxas de mortalidade encontram-se elevadas no Brasil. Possivelmente isso ocorra devido a doença ainda ser diagnosticada em estágios avançados (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014).

O câncer de colo de útero também se configura como um importante problema de saúde pública, visto seu alto índice de mortalidade contrastado com seu caráter altamente prevenível. No Brasil, sem considerar os tumores de pele não melanoma, é o mais incidente na região Norte (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014).

A incidência deste câncer destaca-se em países menos desenvolvidos, e eleva-se com a idade, presença de infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e tabagismo. A detecção precoce do câncer de colo de útero (teste citopatológico convencional - Papanicolaou) é considerada prioridade em saúde, juntamente a medidas preventivas.

Desta forma, é possível justificar a realização de todo projeto multiprofissional, o qual se mostra completamente voltado ao benefício de população vulnerável. Ainda, pode-se perceber o quanto possibilitará uma aproximação da formação universitária à realidade do SUS, fomentando os acadêmicos envolvidos ao trabalho em equipe com o uso de ferramentas essenciais para a prática de uma clínica ampliada.

### **Vivências no SUS: aprendizados para a formação profissional no cotidiano da saúde pública**

As vivências decorridas por meio do contato com a estrutura da rede de assistência à saúde, acompanhando o atendimento das usuárias nas unidades básicas de saúde, unidades da saúde da família, e serviço de quimioterapia, radioterapia e unidade de internação do Hospital Universitário de Santa Maria, tendo contato com as próprias usuárias, profissionais da rede de atenção à saúde e residentes multiprofissionais proporcionaram distintos olhares, que serão aqui refletidos.

Primeiramente, foi possível aos acadêmicos diversas reflexões acerca da prática da linha de cuidado que atende mulheres no contexto do câncer de mama e de colo uterino. Linha de cuidado é um conceito relativamente atual, o qual busca a reorganização dos serviços de saúde que atendem uma população como estratégia de superação da fragmentação assistencial, com vistas à integralidade do cuidado em saúde (MARINHO et al., 2011). Nesse sentido, as vivências permitiram visualizar potencialidades e fragilidades em pontos cruciais da atenção à saúde das mulheres.

No que se refere às potencialidades notou-se a presença de acolhimento e humanização na assistência. Em muitos momentos, tanto na atenção básica quanto no ambiente hospitalar, foi possível notar uma assistência à saúde preocupada com a integralidade do cuidado, excedendo os limites da doença.

Assim, os acadêmicos identificaram na prática a clínica ampliada, vista teoricamente nos bancos da Universidade, como proposta em ação nestes serviços. Ou seja, foi possível perceber a preocupação com a escuta dos sujeitos, criação de vínculo usuário-profissional e discussão conjunta com os mesmos sobre condutas a serem tomadas, valorizando a humanização enquanto natural e inerente ao cuidado humano (BRASIL, 2010).

A atuação de equipe multiprofissional apareceu como uma potência que proporciona um cuidado diferenciado e integral às mulheres, na medida em que há diálogo e planejamento conjunto distintos núcleos profissionais. Essa potencialidade destacou-se pela qualidade que proporciona à assistência à saúde.

Percebeu-se que presença desta equipe é realidade apenas em função de um Programa de Residência Multiprofissional

em Saúde e não pela garantia de uma equipe multiprofissional efetiva nos serviços. Ainda assim, esses residentes contribuem significativamente para a ocorrência de novos modelos de atenção, na medida em que se articulam voltados à humanização, efetividade e eficácia (FARÃO et al., 2011).

Notou-se também a presença de uma estrutura de apoio constituída pela esfera pública não estatal, caracterizada por Organizações Não Governamentais. São instituições que acolhem, oferecem moradia e alimentação às usuárias durante o tratamento para o câncer, principalmente, as que se encontram em situação de vulnerabilidade social. Com isso, complementam a assistência de maneira singular.

Nesse sentido, o PET propiciou a reflexão de que estas instituições de apoio precisam manter comunicação efetiva com os serviços de saúde, atuar em sintonia com a demanda social e parceria com o setor público. Além disso, houve o esclarecimento do quanto são essenciais para os usuários, na medida em que promovem a dignidade e os direitos sociais e buscam minimizar as desigualdades sociais (FERNANDES; MACIEL; CLOS, 2012).

No que concerne às fragilidades observadas na linha de cuidado, foi possível perceber por meio do diálogo com usuárias, por exemplo, que no universo do sistema público de saúde o tempo de espera entre diagnóstico médico e início do tratamento supera, algumas vezes, os 60 dias. Dessa forma, além de gerar angústia e prejudicar o prognóstico médico, contraria a garantia da Lei 12.732/12 (BRASIL, 2012).

Além disso, houve relatos frequentes, principalmente no ambiente hospitalar, relacionados à falta de conhecimento sobre prognóstico e tratamento, o que fere o direito à informação de pessoas assistidas sobre sua saúde, princípio básico da Lei

nº 8.080/90. Sabe-se que para um projeto terapêutico qualificado, quanto mais longo apresentar-se o tratamento, maior tende a ser a participação do usuário nesse processo, o que implicará em habilidade do profissional na criação de vínculo e no estímulo desse sujeito em prol de participação e autonomia (BRASIL, 2010).

Da mesma maneira, o contato com usuárias e familiares demonstrou que ainda existe desconhecimento sobre alguns direitos sociais importantes, como a rotina de Tratamento Fora de Domicílio (TFD). A TFD é normatizada pela Portaria SAS nº 055/1999 (PORTARIA SAS / MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999) e garante o acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais em outro município. Há garantia de transporte para tratamento e hospedagem, quando indicado, sendo exclusivo a usuários da rede pública.

Observou-se que descumprimento desta portaria tem comprometido a qualidade do tratamento oncológico, especialmente no âmbito hospitalar. Muitas usuárias experimentam sentimentos de ansiedade e angústia em virtude da incerteza do transporte para idas e vindas de seu tratamento, repercutindo em prejuízos físicos e emocionais.

Foi possível identificar, ainda, a existência de “portas invisíveis”, usadas para abreviar o tempo de espera, representadas pelo uso do sistema privado para realização do diagnóstico de câncer com, na sequência, encaminhamento ao sistema público para tratamento. Esse sistema de acesso à rede pública foi denominado pelos acadêmicos de “portas invisíveis”, visto que não seguem a referência e contrarreferência prevista na teoria.

No que se refere à relação entre profissionais da saúde e usuárias do SUS, ficou evidente em alguns momentos o preju-



ízo decorrente de posturas centralizadoras e não humanizadas, especialmente no âmbito hospitalar. A esse respeito cabe comentar que a mudança no perfil de formação é um dos caminhos mais palpáveis para a mudança de um modelo de atenção à saúde centrado na doença e superespecializado por um modelo direcionado à integralidade e à humanização (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

A ambiência foi outra questão observada nas vivências. Sabe-se que o espaço físico constitui-se ferramenta importante da Política Nacional de Humanização (PNH), pois se refere igualmente a um espaço social, profissional e de relações interpessoais, proposto a colaborar para uma assistência acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2010).

Porém, esta experiência do PET demonstrou a existência de espaços deficientes no que diz respeito à estrutura física e iluminação, prejudicando a confortabilidade e, em alguns momentos, até mesmo a privacidade de atendimentos. Sobre isso, a PNH nos trás a importância da valorização de aspectos como cor, som e iluminação, que fazem do espaço ferramenta facilitadora ao atendimento humanizado, visto que propiciam conforto aos usuários e trabalhadores da saúde (BRASIL, 2010).

Além dos aprendizados práticos acerca da linha de cuidado, é importante salientar que o projeto propiciou aos acadêmicos multiprofissionais a oportunidade de desvelar o objeto de trabalho de cada núcleo profissional. E além, possibilitou refletir a importância do trabalho em equipe no cotidiano do sistema público de saúde.

Esta experiência envolveu acadêmicos dos cursos de Serviço Social, Terapia Ocupacional, Farmácia, Odontologia, Fisioterapia e Medicina, os quais puderam interagir, compreender o trabalho do outro, posicionar-se enquanto núcleo

profissional e pensar-agir em conjunto em meio ao contexto de atenção à saúde de mulheres. Assim, constituiu-se em um processo de extrema riqueza, pois a formação de profissionais para o sistema público de saúde é um desafio, considerando-se a dificuldade de currículos fechados, pouco ou nada interdisciplinares e bastante especializados (FILHO, 2013).

O aprendizado foi enriquecido pela imersão no contexto da rede pública de atenção à saúde. Por meio do convívio com profissionais da rede, os acadêmicos puderam observar dificuldades de comunicação intersetorial que repercutem na qualidade da integralidade em saúde.

Sabe-se que a intersetorialidade ainda se configura enquanto processo desafiador. Seu funcionamento adequado é fundamental para a superação da fragmentação da assistência, porém exige competência profissional para a comunicação entre equipes<sup>15</sup>. Historicamente, profissionais de saúde tem mantido posturas não colaborativas, já advindas de sua formação prejudicada<sup>16</sup>.

Assim, há que considerar o quanto projetos como o PET-Saúde Redes propiciam a formação em saúde almejada, que constitua profissionais tecnologicamente competentes, capacitados ao trabalho interdisciplinar, criativos, resolutivos e comprometidos com a humanização da saúde (FILHO, 2013). Acredita-se que isso só é possível pela aproximação de cada núcleo ao conjunto das outras profissões no cotidiano e no cerne da atenção à saúde, o que fomenta a crítica diante da prática e modela seu fazer profissional.

## **Considerações finais**

Formar profissionais de saúde aptos e direcionados para o trabalho no sistema público de saúde tem exigido esforços e mudanças constantes de docentes e de todos profissionais

envolvidos no processo formativo. O dia-a-dia dos noticiários e jornais, aliado ao poder de expressão de uma população cada vez mais insatisfeita, têm tornado público uma série de inadequações e posturas verticalizadas na assistência à saúde.

Juntas, estas situações clamam por medidas de intervenção. Nesse sentido, reafirma-se a capacidade de programas extensionistas, tal como o PET-Saúde Redes, como ferramenta autêntica de aprendizado, diretamente na fonte dos serviços de saúde, lado a lado com colegas profissionais, residentes em formação e usuários.

Projetos como o apresentado neste artigo, “Os desafios na assistência à saúde da mulher: fatores que interferem nas ações de prevenção para a saúde da mulher e do recém-nascido”, além de repercutir no modelo de formação dos acadêmicos, consideram as necessidades em saúde da população. Neste caso, o com foco centra-se na rede de atenção à saúde de mulheres acometidas pelos incidentes câncer de mama e de colo uterino.

Dessa forma, além de contemplar um tema relevante para a saúde pública, ficou claro o quanto o PET propiciou aos acadêmicos reflexões práticas acerca de conceitos, até então, bastante teóricos. Foi possível vivenciar potencialidades e fragilidades sobre a linha de cuidado, desvelar o objeto de trabalho de cada núcleo profissional e refletir a importância do trabalho em equipe.

Acredita-se que experiências como esta precisam multiplicar-se no contexto universitário. Aliadas às atividades de ensino e pesquisa, projetos de extensão possuem capacidade singular para constituir um modelo de formação desejado e congruente com os princípios e diretrizes do SUS.

## Referências

BRASIL. Lei Nº 12.732, de 22 De Novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial da União**. [acesso em 01 de agosto de 2014] Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/112732.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.html)> .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; V2 [internet], 2010. – [aceso em 02 agosto de 2014]; 256. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf)>.

FARÃO, E.M.D. et al. Clínica Ampliada em um Hospital Universitário: abrindo caminhos para Uma Nova Forma de Cuidar. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí. 2011; 10(20): 813-16.

FERNANDES, R.M.C.; MACIEL, A.L.S.; CLOS, M.B. O perfil e a incidência do terceiro setor nas políticas públicas: realidade gaúcha em análise. **R. Pol. Públ.**, São Luís. 2012; 16 (1): 233-245.

FILHO, N.M.A. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2013; 18(6): 1677-1682.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1974.

GONZÁLEZ, A.D.; ALMEIDA, M.J.A. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010; 15(3): 757-762.

GURGEL, R.M. **Extensão Universitária**: Comunicação ou Domesticação. São Paulo, Cortez: Autores Associados; Edições Universidade Federal do Ceará, 1986.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2014**: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA [internet], 2014 [acesso em 01 agosto de 2014]; 124p. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa\\_cancer\\_24042014.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf)>

MALTA D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface** (Botucatu). 2010; 14(34): 593-605.

MARINHO, C.C.C. et al. O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as linhas de cuidado: (vi)endo o tecer dos fios. **Rev. baiana saúde pública**. 2011; 35(3): 619-633.

MATUDA, C.G.; AGUIAR, D.M.L.; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde Soc.** São Paulo. 2013; 22 (1); 173-186.

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2ª Ed. [internet], 2011. 549 p. [acesso em 03 de setembro de 2014]. Disponível em: <[www.conass.org.br/pdf/Redes\\_de\\_Atencao.pdf](http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf)>

PORTARIA SAS/MINISTÉRIO DE SAÚDE nº 055 de 24/02/1999. **Dispõe sobre benefícios de Tratamento Fora do Domicílio (TFD)**, (D.O.U. de 26/02/1999) [acesso em 01 de agosto de 2014] Disponível em: <[http://www.saude.pb.gov.br/site/nota/Manual\\_corrigido\\_II.doc](http://www.saude.pb.gov.br/site/nota/Manual_corrigido_II.doc)>.

SILVA, D.A.J. **Ação intersetorial**: potencialidades e dificuldades do processo de trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2013.



# **FORMAÇÃO E PROTAGONISMO**

## **Práticas de saúde inter e multidisciplinares motivadas pelos programas PRÓ-Saúde/ PET-Saúde em município do sul do Brasil**

**Pollyanna Kássia de Oliveira Borges**

**Maria Helena Senger**

**Erildo Vicente Muller**

**Rosilea Clara Werner**

**Lidia Dalgallo Zarpellon**

**Marcia Helena Baldani**

**Ana Paula Veber**

**Wesley Sousa Borges**

**Cibele Sales**

**Tatiana Menezes Cordeiro**

**Elaine Cristina Rinaldi**

**Fabiana Postiglione Mansani**

**Carlos Eduardo Coradassi**

**Gonçalo Cassins Moreira Carmo.**

A garantia constitucional da saúde e a criação de um sistema de saúde universal e integral trouxeram novas provocações às instituições brasileiras de ensino superior (IES) e às práticas de educação permanente dos profissionais da saúde (OLIVEIRA et al., 2008; ALBUQUERQUE et al., 2007; CECCIM, FEUERWERKER, 2004). Dentre elas, destacam-se: como preparar o futuro profissional para as necessidades da população e para atender aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS); como manter os futuros profissionais de saúde interessados e motivados a exercer sua profissão dentro deste sistema.

Estes questionamentos têm sido determinantes para a implantação de várias estratégias com o intuito de favorecer e estimular as IES brasileiras e os serviços de saúde a repensarem o processo formador dos profissionais das áreas das Ciências da Saúde. Nesta direção, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) são ferramentas de apoio institucional, com o protagonismo do Ministério da Saúde, que têm possibilitado a discussão local e nacional da formação em saúde e a integração ensino-serviço-comunidade. Espera-se com estas políticas indutoras que, em médio e longo prazo, sejam formados profissionais aptos, dentre outras coisas, a atender o princípio da resolutividade das ações, que preservem a autonomia dos sujeitos e atuem pautados na integralidade do cuidado, sob evidências epidemiológicas e com participação da comunidade na construção e implantação das redes de atenção à saúde (BRASIL, 1990).

Há um consenso de que a educação inter e multidisciplinar possibilitam o aprendizado compartilhado e interativo entre estudantes ou profissionais (PEDUZZI et al., 2013). Distintos da educação uniprofissional, onde as atividades de

educação se dão entre acadêmicos de uma única profissão, os métodos educacionais inter e multiprofissionais promovem o encontro de duas ou mais profissões ao mesmo tempo. Porém, na educação multiprofissional este encontro pode ser paralelo, e não necessariamente promover o conhecimento de outra profissão e o desenvolvimento de corresponsabilidades entre os estudantes. Já nos momentos educacionais interprofissionais, os movimentos de construção de saberes se dão em conjunto. Acontece quando duas ou mais profissões aprendem uma sobre a outra, tornam possível a efetiva colaboração e melhoraram os resultados na saúde. Portanto, é um passo necessário para preparar os acadêmicos para práticas colaborativas e para melhores respostas às necessidades locais de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Este artigo tem como proposta relatar a experiência da recente implantação dos programas PRÓ-Saúde e PET-Saúde (refere-se aqui às modalidades PET: Saúde, Vigilância e Redes) numa IES do Sul do Brasil - a Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), apresentar as potencialidades da integração inter e multidisciplinar e refletir também sobre os desafios que advêm com os programas, com a finalidade de estimular a discussão sobre o tema e promover a reflexão sobre os papéis formadores das IES e dos serviços.

## **Método**

Este artigo foi dividido em dois momentos. Numa primeira etapa, a descrição dos programas PRO-Saúde e PET-Saúde na UEPG, apresenta-se como um relato de experiência.

Num segundo momento, apresentamos os resultados de uma avaliação qualitativa realizada com integrantes de dois grupos PET-Vigilância em Saúde. Ao concluir a participação nos grupos PET, cada acadêmico elaborava com base no seu por-

tfólio (construído ao longo do estágio nos grupos PET-Saúde) uma síntese crítico reflexiva sobre o programa e sua participação neste. Além deste instrumento, ao final dos semestres letivos, os acadêmicos, preceptores e tutores também realizam sua auto avaliação e avaliam o programa e os atores envolvidos de modo geral.

Os primeiros resultados qualitativos de avaliações dos programas já foram publicados em artigo anterior (FADEL et al., 2014). Para a análise dos dados deste manuscrito, empregou-se como fonte de informação, a avaliação realizada pelos acadêmicos, preceptores e tutores do PET-Vigilância em Saúde da UEPG/SMS-Ponta Grossa em dezembro de 2013. Participavam do PET-Vigilância em Saúde, à época da coleta de dados, 21 acadêmicos, 4 preceptores e 2 tutores. A participação nas avaliações é voluntária. Portanto, os resultados qualitativos apresentados neste manuscrito, referem-se aos seguintes membros dos grupos PET-Vigilância em Saúde: 15 acadêmicos (4 de Serviço Social, 4 de Odontologia, 2 de Farmácia, 3 de Bacharelado em Educação Física, 1 de Enfermagem e 1 de Medicina); 4 preceptores (2 de Enfermagem, 1 de Farmácia e 1 de Medicina); e 2 tutores (1 de Serviço Social e 1 de Farmácia), que aderiram à pesquisa.

Após os esclarecimentos de que a avaliação teria, dentre outros, o objetivo científico, os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e este estudo faz parte de um projeto de pesquisa aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa com Seres humanos (COEP) da UEPG, sob o protocolo 172.965/2012.

Foi elaborado um roteiro de avaliação com perguntas semiestruturadas e os participantes responderam, por escrito e individualmente, sua avaliação. As respostas foram transcritas para uma planilha de computador e, então, analisadas. O

método escolhido para análise e apresentação dos dados desta etapa foi o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000).

## **Resultados e Discussão**

### ***Da elaboração da proposta à implantação***

Com relação aos programas federais PRO/PET-Saúde, a UEPG se candidatou pela primeira vez ao edital de 5 de dezembro de 2011 – PRÓ-Saúde III. Todas as propostas de atividades programadas para execução nas três diferentes modalidades de grupos de PET-Saúde (PRÓ/PET-Saúde, PET-Vigilância e PET-Redes) foram elaboradas em parceria com a gestão municipal.

A primeira proposta foi homologada com a temática do fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e o cuidado integral. Posteriormente, duas outras propostas também foram contempladas, dois grupos PET-Vigilância em Saúde e outros dois grupos PET-Redes de Atenção à Saúde, com os temas atenção às doenças crônicas (diabetes mellitus, hipertensão arterial e câncer de colo de útero) e atenção à Rede Materno-Infantil, respectivamente.

Os programas PRO/PET-Saúde foram vinculados à UEPG como projeto de extensão, projetos de pesquisa e projeto integrado de ensino-pesquisa-extensão. Dessa forma, são parceiras na execução dos programas, além da Reitoria, as Pró-Reitorias de Extensão, Pesquisa e Graduação.

### ***Métodos de trabalho nos grupos PET***

Ao todo, a UEPG tem 12 subgrupos de PRO/PET-Saúde, 4 subgrupos de PET-Vigilância em Saúde e 12 subgrupos de PET-Redes de Atenção à Saúde. Participam acadêmicos dos



cursos de graduação em Farmácia, Bacharelado em Educação Física, Enfermagem, Odontologia, Medicina e Serviço Social - nas 3 modalidades PET-Saúde (Imagem 1 e imagem 2).

Foram contemplados 16 serviços de saúde: 13 unidades básicas de saúde com Estratégia Saúde da Família (ESF), além da Vigilância Epidemiológica, Ambulatório do Recém-Nascido de Risco e o Centro Municipal da Mulher (CMM). A equipe atualmente é composta por 1 coordenador, 9 tutores (6 bolsistas e 3 não bolsistas), 28 preceptores e cerca de 90 acadêmicos da UEPG.

Os acadêmicos realizam estudo individual e coletivo e discussões *on line* sobre as problemáticas que emergem ao longo do processo de trabalho. Um recurso pedagógico que tem tido excelentes resultados é o uso da rede social, onde trocam material teórico, relatam as experiências semanais e compartilham conhecimentos e vivências.

Realizaram-se várias oficinas sobre temáticas diversas. Material pedagógico é ofertado pelos preceptores e tutores quando necessário e a base do trabalho em subgrupos são as metodologias ativas.

Desse modo, a partir do diagnóstico inicial, do estudo em pequenos grupos e do apoio das oficinas e cursos, cada subgrupo elaborou um planejamento estratégico que contemplou as necessidades que apareceram nas distintas realidades locais. Isso significa que cada equipe de ESF é contemplada com intervenções multiprofissionais (Imagem 3) que objetivam a mobilização social, o crescimento do sentido de trabalhar em grupo com foco principal na produção de saúde.

Várias atividades que integram o ensino e o serviço de saúde foram realizadas (Quadro 1, imagem 4 e imagem 5). Além daquelas pactuadas internamente em cada subgrupo

PET, as coordenações elaboraram metas a serem executadas dentro de eixos temáticos específicos. A Rede de Saúde Materno-Infantil foi alvo das ações e as gestantes atendidas pelos grupos PET são estratificadas segundo o risco gestacional, bem como os recém-nascidos.

A Rede de Doenças Crônicas, ainda em fase de construção no município e no Estado/PR, também é alvo das atividades. Os acadêmicos aprenderam a classificar o risco do portador de hipertensão e diabetes e intervir segundo o risco da doença. Em ambas as situações (usuários com condições crônicas, gestantes e recém-nascidos) foram construídas linhas de cuidado no município, tendo os fluxos destas linhas sido desenhadas e encaminhadas para a secretaria municipal de saúde (SMS) de Ponta Grossa.

### ***Potencialidades reveladas pelo PRO/PET UEPG/ SMS Ponta Grossa***

Na trajetória recente dos programas PRO-Saúde/PET na UEPG, observou-se **efetiva interdisciplinaridade nos grupos PET**. As equipes de ESF contam com os grupos PET para as ações semanais. Usuários, profissionais, docentes e acadêmicos têm compartilhado o aprendizado uns com os outros e desenvolvido a corresponsabilidade pelos cuidados dos sujeitos sob sua intervenção.

Um fator que favorece as práticas interdisciplinares nos campos de estágio, segundo proposto pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010), é que a coordenação conseguiu pactuar entre os cursos de graduação um dia único de atuação, a fim de que todos estejam presentes em mesmo horário e local, em seus subgrupos, para executar as atividades semanais programadas. A horizontali-

dade da relação entre as equipes PET e equipes de saúde foi construída com respeito e valorização individual e coletiva.

Há **comprometimento do serviço municipal com as atividades PET**, incluindo gestão e preceptoria. Os acadêmicos e preceptores têm participado de eventos importantes locais, estaduais e nacionais. O projeto de extensão que abriga os grupos PET-Saúde recebeu prêmio de melhor projeto de extensão em 2013 na UEPG. Em 2013, dos cinco acadêmicos no Brasil selecionados para relatar sua vivência no PET na Reunião Anual da Associação Brasileira de Ensino Odontológico - ABENO, um era da UEPG e, na Reunião Anual ABENO de 2014, dos 5 preceptores selecionados também para contar sua vivência na preceptoria PET, 1 era da UEPG. Os preceptores relatam que voltaram a estudar para atender a demanda dos acadêmicos. E, também, a formação curricular foi reestimulada. Atualmente os programas contemplam 5 preceptores que estão em processo de especialização em docência em saúde ou de preceptoria.

Pelo olhar da UEPG, muitos ganhos também foram disparados com o PRO/PET-Saúde: alguns professores já passaram a **empregar metodologias ativas** nos cursos. Uma das propostas do PRO-Saúde é a **humanização dos serviços de saúde próprios da UEPG** e a odontologia já incorporou algumas medidas em suas clínicas, tais como acolhimento com análise de risco e salas de espera com ambientação. A formação continuada também é contemplada com a **participação de professores no curso de Especialização em Docência em Saúde**. Alguns relatos em formato artigo, resumo e resumo expandido já foram publicados<sup>9-11</sup> (SANTOS et al., 2014; MECCA et al., 2013; BORGES et al., 2013). Há outros artigos sendo submetidos aos periódicos, à medida que os programas alcançam resultados significativos para serem divulgados.

A **Criação da Residência Multiprofissional em Saúde** e a submissão do **Projeto de Mestrado Profissionalizante em Vigilância em Saúde** são consequências diretas do desenvolvimento do PRO/PET-Saúde. Dos 23 acadêmicos egressos formandos de 2013, 7 já estão em programas de residência multiprofissional de saúde da família. A UEPG concorreu também a um edital em 2013 de residência multiprofissional e seu curso inclui 3 egressos do PET-Saúde.

No primeiro semestre de 2014, a UEPG sediou o Seminário Estadual PRO/PET-Saúde e a **participação de docentes no Seminário contribuiu para a discussão dos projetos pedagógicos**, pois foi possível a integração com outros docentes para além daqueles que já estão envolvidos nos grupos PET.

Há ainda uma **proposta para criação de uma disciplina integrada em saúde** denominada “Linhas de Cuidados Multiprofissionais” que deverá ser ofertada nos currículos dos cursos da saúde em 2015. **O curso de Odontologia passou a integrar a Rede de Saúde Bucal recém implantada no Estado do Paraná.** Houve a **criação de uma linha de pesquisa em epidemiologia** no mestrado e doutorado de Odontologia. **Os cursos de odontologia e enfermagem elaboraram um novo projeto pedagógico, com proposta de currículo integrado e com aproximação maior dos serviços.** O volume de **projetos de pesquisa** elaborados foi significativo e uma **Rede de Conversas com outras IES do Paraná** foi estabelecida. **O grande apoio da gestão universitária, da SMS e do setor administrativo universitário, com compartilhamento de decisões** entre SMS e UEPG foi decisivo para estas conquistas.

Enfim, é inegável a potencialidade dos programas PRÓ/PET-Saúde para modificar a estrutura de formação curricular tradicional em saúde. À medida que o acadêmico vivencia por tempo prolongado a rotina dos serviços de saúde, a “paciência

impaciente”, a amorosidade e a criticidade referidas por Paulo Freire como essenciais ao educador e educando são desenvolvidas (FREIRE, 1996; FREIRE, 1995). A educação deixa de ser “de A para B” e passa a ser “de A com B”, mediatizados pela vivência nas equipes e territórios PET-saúde (BARRETO, 1998).

Os acadêmicos trazem uma nova visão da realidade para as salas de aula. Seus docentes são atraídos a conhecer os programas e estimulados a repensar os processos de ensinagem. E, com relação ao PRÓ-Saúde, o apoio institucionalizado do Ministério da Saúde robustece a potencialidade do programa porque dá visibilidade, credibilidade e reforça a possibilidade de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da saúde (BRASIL, 2014; BRASIL, 2001).

### ***O Discurso Coletivo dos atores envolvidos em programas PET-Vigilância em saúde da UEPG/SMS Ponta Grossa***

Os programas PRO/PET-Saúde avaliaram qualitativamente os resultados pelo olhar dos atores envolvidos e apresentam-se no tópico a seguir. Envolveu acadêmicos, preceptores e tutores e foi realizada por meio de entrevista individual, a partir de questões semi-estruturadas.

#### **DSC Preceptores**

A interdisciplinaridade e multidisciplinaridade com os profissionais (médicos, enfermeiros, alunos das universidades, farmacêuticos, odontólogos, assistentes sociais, ACS...) tem favorecido a melhoria da qualidade do trabalho oferecido à população e fortalecimento das equipes [...] A dedicação dos alunos nas atividades é algo que chama a atenção, entretanto,



a Universidade precisa rever a carga horária em sala, pois muitas vezes as alunas têm dificuldade de conciliar os horários [...] Minhas expectativas com o PET foram superadas no quesito integração da equipe PET, penso que chegamos no fim (do ano) como uma equipe coesa, interessada, composta por acadêmicas de perfil ‘pesquisador’ e ‘problematizador’.

Nota-se que os preceptores percebem que a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade promoveram mudanças sobre a qualidade do processo de trabalho. Para a população, ser compreendida por profissionais de várias áreas pode possibilitar que as ações sejam resolutivas e que possam ir para além do cuidado tradicional, centrado em poucos profissionais. Outros olhares ampliam o reconhecimento dos problemas da comunidade e as propostas de intervenções com rearranjos inovadores nas equipes.

A “equipe coesa” na fala dos preceptores favorece a aplicação de tecnologias leves de cuidado (MERHY, 2005) como o acolhimento dos usuários, a criação de vínculo entre os profissionais e destes com a comunidade. Valores e ferramentas da política de humanização como a co-gestão, a gestão participativa e o protagonismo dos sujeitos estão diretamente imbricados com a corresponsabilidade entre os sujeitos e o compartilhamento das práticas de cuidado em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Percebe-se, também, que o perfil “problematizador” do acadêmico que está sendo formado, pode propiciar a formação de uma nova geração de lideranças entre os profissionais. Dela devem fazer parte sujeitos que serão autônomos na busca pelo conhecimento, na gestão da educação e que terão condições de gerir equipes e se solidarizar com as evidências dos determi-

nantes do processo saúde-doença vivenciados pela população. O objetivo deste novo perfil formador passa para a ampliação dos espaços de negociação entre os atores envolvidos. De forma que há uma construção compartilhada de conhecimento e da organização política necessária ao enfrentamento e superação dos problemas que os profissionais cotidianamente se deparam nos serviços de saúde (SALES, 2009).

Entretanto, é relatada a dificuldade de horários dos acadêmicos para comparecerem na unidade. Todos os cursos pactuaram um dia em comum para as ações nos subgrupos, mas, os preceptores desejariam que acadêmicos pudessem estar em outros momentos nas unidades de saúde, além do PET, porém a sobrecarga de aulas nem sempre lhes permite - o que reforça a necessidade de reflexão sobre os currículos.

### **DSC Acadêmicos**

Participando do PET aprendi e ainda estou aprendendo muito sobre o sistema público de saúde. Além disso, a integração de várias profissões me ensinou a função e responsabilidade de cada profissional dentro do sistema de saúde [...] Acredito que contribuirá e muito na minha formação profissional nos quesitos: trabalho em equipe multiprofissional, conhecimento e apreensão sobre o trabalho em comunidade, elaboração de atividades que sejam específicas para um determinado público alvo na “tomada de decisões” coletivas, no trabalho em grupo e na visão multiprofissionalizante da vigilância em saúde. Tive maior contato com as doenças crônicas, inclusive na prática quando fizemos visitas domiciliares, e procurei adequar e adquirir informações destas doenças com a minha área... Sendo assim, posso dizer

que está sendo muito contributivo e produtivo frequentar toda semana a UBS, pois a cada dia aprendemos algo de novo [...] Além da formação profissional, também estou adquirindo formação pessoal, devido ao contato com a comunidade, a real necessidade que abrange o SUS, a qualidade do atendimento, e os recursos que se encontram ou não disponíveis para atender a população.

A menção que os acadêmicos fazem em seus relatos sobre a “*tomada de decisões*” é uma competência preconizada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a formação dos profissionais na área da saúde (BRASIL, 2001). E, segundo Paulo Freire, neste processo de tomada de decisão, a partir da reflexão crítica da prática, construída com o outro, se torna possível a construção da autonomia crítica, reconhecendo a história como um tempo de possibilidades e, portanto, possível de intervenção e mudança (FREIRE, 1996).

Para atingir esta competência não existe uma fórmula, porém alguns fatores podem ajudar como o domínio do assunto referente à decisão a ser tomada, associada a uma bagagem de vida com situações semelhantes, a coragem e a segurança para assumir riscos.

A participação na “*comunidade*” que o acadêmico faz referência está em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), que ressalta a necessidade dos profissionais do SUS estimularem movimentos sociais e a organização comunitária, fortalecendo a participação popular, promovendo autonomia e empoderamento das comunidades na tomada de decisões sobre sua saúde.

Há um esforço nacional para a formulação de estratégias de reorientação do modelo assistencial em saúde, com priori-

zação para a Atenção Básica em Saúde como ordenadora do cuidado. A grande expansão das equipes de ESF é uma destas estratégias e visa, dentre outros, também a pró-atividade dos usuários na avaliação dos serviços, no autocuidado e na solidariedade com as equipes de saúde. Para que isso se torne uma realidade é necessário que os profissionais e os serviços se vinculem com a comunidade, com o uso de pedagogias não normativas e que façam sentido na vida dos usuários (SALES, 2009; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2004).

A pedagogia tradicional tem sido deixada à parte e os métodos críticos estão sendo empregados. Segundo Pereira (PEREIRA, 2003) mais vale o saber aprender, do que o conteúdo. A formação instigante, que permite a criação de vínculos de afetividade e corresponsabilização, são de extrema importância para a reelaboração do pensamento crítico e para a comunidade que é alvo das ações deste profissional.

De igual modo, nota-se na fala “*Além da formação profissional, também estou adquirindo formação pessoal...*” que mais do que os domínios cognitivos, os objetivos afetivos e psicomotores, descritos na taxonomia de Bloom (FERRAZ; BELHOT, 2010), estão sendo alcançados. A aproximação das ideias com as realidades experimentadas pelos educandos abre espaço para o diálogo e rompimento de barreiras e permitem o outro ser “o outro” (STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2008; VASCONCELOS, 1997).

### **DSC Tutor**

Percebo que a partir do PET a UEPG tem iniciado um diálogo com o interdisciplinar, tem aberto espaços nos cursos para os diferentes, para as novas possibilidades de aprendizagem. Possibilitou a aproximação de um grupo

de professores que estavam isolados nas suas áreas de conhecimento e que agora já constroem projetos conjuntos, trocam informações e atuam em conjunto nos espaços da saúde coletiva. Vários de nós têm usado métodos ativos em suas disciplinas teóricas, porque já não temos reconhecido os métodos tracionais de aula como plausíveis de serem empregados isoladamente no contexto atual de implantação do Pró-Saúde e porque nosso acadêmico se interessa mais pela aula.

Entende-se que, respeitadas as competências de cada profissão da saúde, o maior compartilhamento de responsabilidades e decisões dos profissionais nas equipes multiprofissionais que atuam nos mais diversos pontos de atenção das redes de saúde só favorece à população e a construção de um mundo mais saudável. Os tutores PET-Saúde UEPG têm deixado o isolamento de seus departamentos para estabelecer contratos de construção maior que os interesses individuais e departamentais, que é a reorientação da formação profissional para o perfil das DCN e do SUS.

Quanto mais flexíveis e versáteis os profissionais, quanto mais diversificadas e pouco ritualizadas suas ações, quanto mais misturadas e trabalhando juntas às pessoas, quanto mais aberto e acessível o serviço a todos os tipos de demanda, maior a possibilidade de a equipe imergir no mundo sociocultural de sua área de abrangência, de trocar saberes pessoais e profissionais, de realizar melhor o acolhimento e garantir o acesso (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).



O relato dos tutores faz supor que esta flexibilidade está sendo conseguida entre os docentes, e como lideranças que são, poderão inspirar seus educandos para que também estejam abertos para o trabalho em equipe.

Chama a atenção também para a implantação dos recursos de metodologias ativas nas atividades em salas de aula. Como a finalidade do PRO-Saúde dialoga com a dos programas PET-Saúde, a formação profissional nos campos de estágio PET não podem distanciar-se da academia. É fato que ainda há um caminho longo a ser percorrido para ampliar e atingir a maioria do corpo docente, mas, com pouco tempo de programas, considera-se um salto para os cursos ter algumas disciplinas que relatam o emprego de métodos ativos, críticos e reflexivos.

Assim, avalia-se que houve êxito na implantação dos programas PRO/PET-Saúde e que suas respostas dão tranquilidade de um caminho acertado que está sendo percorrido dentro da IES e nos serviços municipais de saúde. Porém, reflete-se que as certezas são essenciais para se pensar nas próximas perguntas (KNIGHT, 2010). Portanto, a reflexão feita até aqui dá algumas certezas aos envolvidos, mas movimentada também para novas perguntas e diferentes desafios.

### ***Desafios atuais dos programas PRO-Saúde e PET na UEPG e em Ponta Grossa***

A despeito das conquistas, há desafios próprios de sua recente implantação, mas também são desafios compartilhados por outros programas de instituições com mais tempo de atuação nos programas. Destaca-se: o desafio de integrar mais docentes para assumir os programas e para se envolver com “a causa” da integração entre os cursos e a reorientação da formação profissional. Outro quesito é a demora no repasse dos

recursos financeiros ou mesmo a burocracia para usar os recursos. Constatase também que em alguns casos há dificuldade de envolvimento do restante da equipe de saúde, em função da questão monetária.

Com relação aos ideais propostos pelo Pró-Saúde, a implantação de disciplinas comuns aos cursos da Saúde é um grande desafio porque envolve a pactuação de cargas horárias e a mudança de paradigma pedagógico por mais docentes dos cursos da saúde é almejada para os próximos anos na IES.

Para haver disponibilidade de carga horária compatível com as propostas PET-saúde e de outras estratégias interdisciplinares que virão é preciso rever as reais necessidades das diferentes disciplinas. Este tópico merece análise quando das revisões curriculares.

## **Considerações finais**

a implantação dos Programas PRO-Saúde/PET-Saúde ampliou a parceria da UEPG com os serviços do SUS do município. Consequentemente possibilitou espaço para o desenvolvimento de práticas inter e multidisciplinares. Na perspectiva dos acadêmicos, o PET-Saúde teve grande importância para sua formação profissional, desenvolveu suas habilidades de avaliar o serviço e de propor ações para o enfrentamento das situações vivenciadas nos serviços de saúde.

Os Programas PRO-Saúde/PET-Saúde na UEPG e SMS-Ponta Grossa estimularam o desenvolvimento de grupo de estudo/pesquisa multiprofissional entre os docentes, a criação da residência multiprofissional em saúde do idoso, o projeto de mestrado profissionalizante em vigilância em saúde. Além disso, propiciou a busca por formação em metodologias ativas e o estímulo para mudanças curriculares nos cursos envolvidos.

Portanto, evidencia-se que os programas trouxeram um crescimento institucional e para os atores participantes. Por fim, confirma-se que a participação dos acadêmicos contribui para a formação que atenda ao preconizado nas DCN dos cursos de graduação da área da saúde.



## Referências:

ALBUQUERQUE, V.S. et al. Integração curricular na formação superior em saúde: refletindo sobre o processo de mudança nos cursos do Unifeso. **Rev Bras Educ Med.** 2007; 31(3):296-303.

BARRETO, V. **Paulo Freire para educadores.** São Paulo: Arte & Ciência; 1998.

BORGES, P.K.O. et al. A integração ensino-serviço no PET-Saúde para o fortalecimento da estratégia saúde da família [Internet]. In: **Anais do XI Congresso Nacional de educação/EDUCERE; 2013; Curitiba, Paraná.** Curitiba: Pontifícia Universidade Católica [acesso 13 Set 2014]. Disponível em: <[http://educere.bruc.com.br/ANAIS2013/pdf/10001\\_6541.pdf](http://educere.bruc.com.br/ANAIS2013/pdf/10001_6541.pdf)>.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 19 Set 1990.

BRASIL. Parecer CNE/CES nº 1133, de 7 de agosto de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. **Diário Oficial da União**, 03 Out 2001.

BRASIL. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 23 Jun 2014.

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

FADEL, C.B. et al. Desdobramentos do programa de educação tutorial sobre a formação acadêmica em saúde. **Cad Cien Saúde.** 2014; 56(4):65-69.

FERRAZ, A.P.C.M.; BELHOT, R.V. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. **Gest Prod.** 2010; 17(2): 421-443.

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra; 1996.

FREIRE P. **Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar.** 6ª ed. São Paulo: Olho D'Água; 1995.

- KNIGHT, G.R. **Mitos na educação adventista**. Tradução: Ana M. M. Shäffer e Fernanda C. de Andrade Souza. 1ª ed. Engenheiro Coelho (SP): Unaspress; 2010.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C.; TEIXEIRA, J.J.V. **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **Promoção de saúde**: a negação da negação. Rio de Janeiro: Editora Vieira e Lent; 2004.
- MECCA, L.E. et al. Visitas domiciliares: vivenciando o emprego das diretrizes curriculares na odontologia, da teoria à prática. **Revista da ABENO**. 2013; 13(2):62-68.
- MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- OLIVEIRA, N.A. et al. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. **Rev Bras Educ Med**. 2008; 32(3):333-346.
- PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev Esc Enferm USP**. 2013; 47(4):977-983.
- PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad Saude Publica**. 2003; 19(5):1527-1534.
- SALES, C.M. **Possibilidades e limites de execução das ações de promoção da saúde nos moldes da educação popular em saúde na estratégia saúde da família** [tese]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2009.
- SANTOS, C.T., et al. Relato de vivência: dia rosa. **Revista da ABENO**. 2014; 14(1):87-93.
- STRECK, D.R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. (orgs). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica editora; 2008.



TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Cien Saude Colet.** 2010; 15(suppl 3):3615-3624.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular nos serviços de saúde.** 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for action on inter-professional education & collaborative practice.** Geneva: WHO; 2010.



## Imagens:



Raiana Aleixo



Raiana Aleixo





Raiana Aleixo

# **FORMAÇÃO E PROTAGONISMO**

## **Experiências Significativas na Educação Superior da UFVJM-MG: PET-Saúde Compartilhando Ideias Ensino- Serviço**

**Hellen Lilliane Cruz**

**Carlos Tobias Pires Souto**

**Elaine Angélica Canuto Sales Santos**

**Sinara Luiza Miranda Dupim**

**Flávia Karla Cruz Mota**

**Lorena Ulhôa Araújo**

**Geraldo Cunha Cury**

**Delba Fonseca Santos**



O estudo das experiências significativas do ensino-aprendizagem vivenciadas por estudantes dos Cursos das Ciências da Saúde da Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) foi objetivo principal para relatar a experiência do projeto Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde). O referido programa foi instituído pela portaria interministerial, dos Ministérios da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC), nº1802/08, que almeja fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estimulando a reformulação e orientação profissional dos cursos da saúde (BRASIL, 2008).

Estudar quais são e como acontecem os processos de ensinar e aprender nos Cursos das Ciências da Saúde vai além do interesse em refletir e discutir uma pedagogia universitária. Vem da necessidade de investigar o processo pedagógico que se realiza no espaço da formação, com perspectiva da inserção do ensino-serviço, para atender as necessidades do SUS, como fonte de produção do conhecimento e da pesquisa nas universidades (BRASIL, 2008).

Neste sentido, os eixos orientadores do processo de aprendizagem do PET-Saúde - orientação teórica, cenário de práticas e orientação pedagógica - levam em consideração os determinantes da saúde-doença, a produção do conhecimento segundo necessidade do SUS, a pós-graduação e a educação permanente, a interação ensino-serviço, a diversificação de cenários de aprendizagem, a articulação dos serviços universitários com o SUS, a análise crítica da Atenção Primária à Saúde (APS) e dos serviços de saúde, a integração do ciclo básico profissional e a mudança metodológica do SUS (Rodrigues; Souza; Pereira, 2012).

É importante ressaltar que, em relação aos instrumentos de integração dos sistemas de saúde, a APS é caracterizada

como porta de entrada prioritária, tendo como atributos essenciais a acessibilidade, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção<sup>3</sup>.

Dos atributos da APS, o interessante no presente estudo se concentra na coordenação, com perspectiva de determinar o compartilhamento de informações clínicas, nos diversos pontos da rede, possibilitando ao profissional da saúde acompanhar o cidadão. Nesta perspectiva, é possível garantir que no atual desenho organizacional da atenção à saúde no Brasil, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), operam de forma cooperativa e interdependente, em que todos os pontos da atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente (MENDES, 2010).

Portanto, torna-se reconhecido que, nesta interface reflexiva, os propósitos e práticas operacionais do projeto PET-Saúde/UFVJM perpassam por contornos desafiantes, ultrapassando os limites da organização das RAS. Ressalta-se que esta rede é definida pelo MS como arranjos organizativos de ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Esta integralidade tem por objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do SUS, quanto ao acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Desta forma, reflete-se na existência de uma rede integrada, desde a APS aos prestadores de maior densidade tecnológica, de modo que distintas intervenções do cuidado sejam percebidas e experimentadas pelos usuários de forma contínua, adequada às suas necessidades de atenção em saúde e compatível com as suas expectativas pessoais (BOERMA,

2007). Logo, a coordenação assistencial seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário (ALMEIDA et al., 2010). Com a possibilidade de monitoramento das informações geradas na APS, os gestores e profissionais da saúde terão subsídio para coordenar melhorias nas ações e práticas oferecidas a grupos específicos de usuários do SUS. A coordenação entre níveis assistenciais, pensando na RAS, pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionada à determinada intervenção de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum (NÚÑEZ; LORENZO; NAVERRETE, 2006).

Hofmarcher; Oxley; Rusticelli (2007) sugerem que a coordenação pode ser facilitada pelo aprimoramento da coleta e disseminação das informações sobre pacientes e prestadores e pela ampla utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). Para Hartz & Contandriopoulos (2004), “a integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, para assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis”.

A área da Coordenação Assistencial segue a tendência de utilizar o TIC para melhorar o processo de gestão, e vem desenvolvendo Sistemas de Informação em Saúde (SIS) com dados que englobam aspectos sobre a situação de saúde da população, podendo citar dados de mortalidade, morbidade, procedimentos ambulatoriais e hospitalares, de assistência farmacêutica, de exames laboratoriais e por fim o sistema de informação na atenção básica, entre outros (DANIEL, 2013).

Desta forma, espera-se que estes sistemas apoiem a organização administrativa e clínica das consultas, a coleta de dados, o armazenamento, o processamento das informações dos pacientes, o auxílio ao diagnóstico, à prescrição dos medicamentos e os cuidados adequados a cada situação em que o paciente estiver envolvido (GUTIERREZ, 2011; MARIN, 2010).

Visto os apontamentos sobre as experiências significativas do PET- Saúde por meio da interação ensino-serviço, as contribuições práticas e teóricas sobre os sistemas de informação buscam apoiar a reestruturação das matrizes curriculares no campo dos conteúdos programáticos sobre os SIS. Considerando as contribuições de trabalhos existentes sobre as experiências do PET-Saúde, Reibnitz et al. (2012) afirmam que é importante articular conhecimento, modelos de aprendizagem para desenvolver proposta de gestão compartilhada entre as instituições de ensino e serviço, para melhoria da assistência à luz dos princípios do SUS.

Refletindo sobre a educação como uma ferramenta de gestão, que provoca transformações nas práticas de atenção em saúde, espera-se que a formação dos profissionais na área da saúde tenham investimentos no planejamento e na gestão da educação, que repercutam positivamente na construção de novos perfis profissionais (HADDAD et al., 2009).

Neste contexto, este trabalho tem por objetivo contribuir para o desenvolvimento de pesquisas sobre os SIS por meio do PET-Saúde, com atuação da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB), e a constituição e a adoção de novas práticas de experiências pedagógicas, contribuindo para a reorientação da formação e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área da saúde.



## Contextualizando a experiência

O Sistema Saúde-Escola tem como eixo principal a construção de competências e habilidades que valorizam o significado da experiência e a individualidade do estudante no contexto real das práticas de saúde, nos diferentes níveis das redes de atenção. Este processo ocorre por meio de metodologias ativas de ensino, onde a orientação pedagógica valoriza os princípios da aprendizagem significativa e o estabelecimento de vínculo entre o conhecimento dos estudantes e a realidade de saúde a qual ele interage (MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2005).

Sendo assim, como forma de compreensão do processo de aprendizagem nos cursos das Ciências da Saúde, a Teoria da Aprendizagem Significativa de David Ausubel foi utilizada como referencial para as reflexões apresentadas. É importante destacar, inicialmente, que devido aos limites do presente texto pontuar-se-á apenas aspectos essenciais desta teoria, necessários para analisar e discutir os dados apresentados.

Baseando-se em Ausubel (AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1980), “a aprendizagem significativa envolve a aquisição de novos significados e os novos significados por sua vez, são produtos da aprendizagem significativa”. Esta aprendizagem ocorre quando uma determinada ideia, ao ser aprendida, relaciona-se com alguns conhecimentos relevantes existentes na estrutura cognitiva do aprendiz. Os conhecimentos da estrutura cognitiva é o ancoradouro para a nova informação e são denominados subsunçores. Sendo assim, quando o estudante se depara com um material de aprendizagem (e.g., conteúdo ministrado), para assimilá-lo significativamente é necessário que ele tenha subsunçores disponíveis em sua estrutura cognitiva. Caso não haja subsunçores para o material de aprendiza-



gem se apoiar, não será possível a aprendizagem significativa. Um exemplo disso é a memorização automática de definições, conceitos ou proposições.

A partir destas reflexões, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), articulado ao PET-Saúde da Faculdade de Ciência Biológica e da Saúde da UVFJM, traz no currículo e nas vivências pessoais conhecimentos e experiências que poderão proporcionar reforma curricular e integração ensino-serviço-comunidade. Neste contexto, a estratégia de educação pelo trabalho que vem sendo desenvolvida na UFVJM se fundamenta na implantação do Sistema Saúde-Escola. Este sistema propõe a orientação da formação profissional por meio da abordagem integral do processo saúde-doença, de transformações no processo de geração de conhecimento, ensino-aprendizagem e de prestação de serviço de saúde à população.

Para entendimento da construção deste trabalho, os Cursos das Ciências da Saúde estabeleceram o processo dialógico ao longo do tempo pelos parceiros da UFVJM com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Diamantina/Minas Gerais, e fomentados pelas sucessivas discussões propiciadas pelos editais Pró-Saúde/2005, Pró-Saúde/2008 e do PET-Saúde Atenção Básica e Pró-PET-Saúde. Estes editais permitiram reflexões coletivas entre os cinco cursos de saúde (enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição e odontologia) acerca da necessidade e viabilidade da operacionalização dos projetos.

Em uma análise dos projetos, as experiências significativas apontadas pelos estudantes dos Cursos das Ciências da Saúde foram trabalhadas como objeto de pesquisa, na perspectiva de entender se elas trouxeram oportunidades de vivenciar experiências não presentes em estruturas curriculares convencionais. Por esta explicitação é possível identificar que

o PET-Saúde constitui uma modalidade de investimento acadêmico em cursos de graduação que tem sérios compromissos epistemológicos, pedagógicos, éticos e sociais (FERREIRA et al., 2012).

Nossa principal preocupação centrou-se no entendimento das experiências inovadoras a respeito dos SIS. Os autores utilizaram como metodologia a entrevista semi-estruturada. O PET-Saúde é constituído por seis preceptores que representam os profissionais do município (enfermagem, farmacêutico, fisioterapeuta e nutricionista). Destes, dois estão ligados ao Consócio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha (CISAJE), dois no Centro Administrativo e um na Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Diamantina/MG. Também fazem parte do projeto doze estudantes, sendo que para cada curso, três eram de enfermagem, três de odontologia, dois de farmácia, dois de fisioterapia e dois de nutrição.

A análise dos dados das entrevistas e a compreensão das influências vividas por meio do projeto PET-Saúde sobre o SIS, com preceptores e estudantes, foram avaliadas como experiências ‘viva’. Esta prática é realizada de forma observacional; interventiva do tipo preventivo-promocional; interventivas do tipo assistenciais e interventivas do tipo administrativo-gerenciais. Neste contexto, os profissionais do serviço e estudantes, protagonistas destas experiências, trabalham em diferentes cenários da RAS do município de Diamantina/MG por meio de grupos de aprendizagens tutoriais, em áreas estratégicas para o serviço público de saúde. Nesta construção, a técnica de produção colaborativa agrega outros componentes que possibilitam o sujeito entrevistado estar envolvido na ação, compreender o movimento e interpretar a realidade.

Para a compreensão das influências vividas pelos estudantes, foram analisadas as opiniões emitidas conforme a im-

portância do projeto PET-Saúde, como estratégia para a reorientação profissional de acordo com as diretrizes do SUS.

“O PET-Saúde estimula o desenvolvimento de atividades de pesquisa e análises críticas com propostas de mudança viáveis em uma determinada realidade. A integração do ensino-serviço e a comunidade permite a identificação de limitações e deficiências encontradas na realidade prática de saúde pública, o que ajuda na construção de profissionais com senso crítico. Além disso, contribui para uma formação mais real dos serviços de saúde (estudante do curso de enfermagem)”.

“O PET-Saúde nos permite um contato à realidade dos sistemas de saúde do nosso país, onde vemos de perto os benefícios que oferecem a população e as dificuldades que enfrentam. Nos sensibilizamos como profissionais, para sermos melhores a cada dia (estudante do curso de nutrição)”.

A impressão geral, sobre a satisfação dos estudantes e preceptores sobre a importância do PET-Saúde, permitiu identificar que a permanência no campo prático possibilitou aos envolvidos no projeto uma aproximação concreta da realidade, permitindo uma diversificação na aprendizagem. Além disso, instigou aos estudantes a responsabilidade social, favorecendo o repensar sobre o papel da universidade na interlocução com a comunidade na busca pelos seus direitos sociais. Porém, é importante lembrar que se trata da resposta de pequeno número de estudantes e preceptores. Embora os estudantes e preceptores sejam protagonistas destas experiências, mesmo que, a primeira vista, pareça ser uma dimensão pouco analítica destas respostas, na educação superior, cada vez mais há uma

tendência de valorizar a dimensão da subjetividade que contrapõem à objetividade imposta pelo paradigma da aprendizagem cartesiana (CUNHA, 2014).

Nessa direção, ampliam-se as possibilidades de acordo com Giroux (1994), referindo-se a um trabalho realizado por ele e Simon em 1989, o qual aponta para o fato de “que a construção de uma nova alternativa pedagógica pressupõe uma preocupação primordial por compreender como a produção de significados se encontra vinculada a processos emocionais e à produção do prazer”. Nota-se, que por meio deste projeto o preceptor é um parceiro do professor ao considerar que “é imprescindível que os professores incorporem em suas pedagogias uma compreensão teórica do modo em que a produção de significados e de prazer se convertem em elementos mutuamente constitutivos de como são os estudantes, de como vêm a si mesmos e como constroem uma visão pessoal de futuro” (GIROUX, 1994).

Neste sentido, parte-se do pressuposto que diversas são as perspectivas de mudança na formação dos profissionais da saúde, as quais incluem a reflexão e a transformação da interface ensino-serviço, ou seja, das relações e entre o ensino e o serviço de saúde. Para Henriques (2005) tem-se visto movimentos na direção de transformações dos velhos modelos de ensino para formação na saúde, os quais se mostram incapazes de responder adequadamente às necessidades apresentadas pela população. O mesmo autor afirma que tais movimentos oscilam, ao longo das duas últimas décadas, na intensidade e na concentração nas diferentes áreas profissionais.

Vale ressaltar que com a experiência deste projeto foi possível identificar os desafios para o estudante no exercício de repensar sua prática, especialmente porque no ensino médio, e muitas vezes no curso de graduação, e em outros componentes

curriculares, a prática pedagógica ainda é cartesiana e as relações são verticais (VILLAS BOAS, 2005).

Parte daí a possibilidade de garantir mecanismos de monitoramento e avaliação deste trabalho, na perspectiva de adequar a formação acadêmica aos modelos de desenvolvimento que vem se desenhando no país, em particular aqueles que dizem respeito à formação de profissionais com competências para atuar no SUS. Tal proposta, no entanto, esbarra em um ciclo vicioso de difícil ruptura: hoje a disponibilidade de profissionais com o perfil desejado – generalista, com visão humanista e preparado para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade – é bastante pequena, fato que dificulta de sobre maneira a formação de profissionais com tais características (MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2005).

Em atenção a estes aspectos, muitas instituições de ensino superior brasileiro começaram a investir na mudança da formação profissional, buscando, neste movimento, contribuir com a transformação da atenção à saúde (SIQUEIRA-BATISTA et al., 2013). A esse respeito, Lima e Feuerwerker (2004) caracterizam como eixos da política para a mudança na graduação das profissões da saúde: (1) a implementação das DCN nos cursos de graduação da área de saúde – pelo lado da educação – e (2) a adoção da integralidade como eixo orientador da formação, objetivando a mudança dos processos de trabalho, pelo lado da saúde.

Toma-se por pressuposto que as DCN dos cursos de graduação da ciência da saúde, com a formação generalista, são necessárias para que o graduado possa vir a superar os desafios do exercício profissional e da produção do conhecimento, condiscentes com as necessidades de saúde da população brasileira (ALMEIDA, 2003).



Muitos são os desafios na educação para o SUS, e nesta perspectiva Neumann e De Miranda (2012) mostraram que ainda há dificuldades de integração com a equipe e um desejo de uma maior participação dentro dela, e também reforçaram a impressão de que o projeto PET-Saúde ainda não provocou todas as modificações esperadas nesse cenário de prática.

Em relação ao aspecto acima, foi solicitado aos estudantes informar sobre as experiências obtidas sobre os SIS e a existência de conteúdo programático em alguma disciplina e/ou treinamento ofertados. Nas falas, os estudantes demonstraram que o projeto PET-Saúde trouxe a oportunidade de identificar lacunas de conteúdo e disciplinas que ofertassem atividades teóricas e práticas sobre os SIS.

“Apesar da disciplina Saúde Pública I possuir em seu conteúdo programático os SIS, não houve nenhum treinamento prévio para utilização deste serviço. Assim, nossas dúvidas e dificuldades permaneceram durante e após a graduação (estudante do curso de enfermagem)”.

“Tive dificuldades na utilização dos sistemas de informação. Geram tabelas e gráficos de difícil compreensão. Na busca por determinado dado, é difícil encontrá-lo, pois existem várias etapas a serem cumpridas para obter a informação final e falta capacitação para acessá-los, já que não existe um conteúdo programático nas disciplinas do curso e/ou treinamento ofertado pela UFVJM (estudante do curso de farmácia)”.

Aqui reside, uma chave de explicação para o projeto de pensar a universidade e o conhecimento em uma perspectiva desenvolvimentista. Neste sentido, os argumentos de Arrais et

al. (2012) são de que com esta estratégia pedagógica pode-se vislumbrar uma primeira síntese de acordo do Paulo Freire, que lembra que a consciência reflexiva deve ser estimulada continuamente, especialmente diante de situações-problema ou relatos de práticas, quando existe a necessidade de aprender a refletir sobre sua própria realidade.

Tal abordagem não trata apenas de afirmar que são necessárias disciplinas e conteúdos programáticos sobre os SIS, mas deve-se propiciar uma interação ativa, entre estudantes, equipes de saúde, preceptores, docentes, gestores e população, que contribua para a formação de profissionais capazes de abordar integralmente o processo saúde-doença nas suas múltiplas dimensões, com ênfase na prevenção de agravos e enfermidades e na promoção da saúde (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2011).

Neste sentido foi consenso dos estudantes quanto à necessidade de realizar um levantamento sobre os projetos pedagógicos referentes aos SIS em saúde. Sobre esta atividade do projeto, algumas percepções sobre a importância da utilização dos SIS na gestão de dados na área da saúde puderam ser destacadas:

“Como em qualquer outra área, os sistemas de informação permitem um grande armazenamento de dados e facilidade de acesso aos mesmos. A partir do conhecimento dos dados podemos organizar o desenvolvimento das nossas atividades em saúde focando no que realmente é importante (estudante do curso de odontologia)”.

“Os sistemas de informação representam uma ferramenta importante para formular e avaliar das políticas públicas, auxiliando nas decisões a serem tomadas. As informações ge-

radar permitem conhecer o perfil epidemiológico tanto local, como regional e estadual e a partir daí planejar estratégias de reorganização do sistema de saúde (estudante do curso de enfermagem).

A vivência pelos estudantes e preceptores da RAS fortaleceu a integração entre a SMS/Diamantina e UFVJM; e as atividades práticas sobre os SIS possibilitaram o aprendizado no grupo e permitiram a educação no trabalho. Nos relatórios entregues aos preceptores, os estudantes descreveram de forma bastante interessante que a gestão estratégica da informação em saúde, pode ser potencializada com o uso de SIS. No entanto, em todas as discussões e atividades de grupo foi possível identificar, de forma bastante esclarecedora, que estes apresentam problemas de incoerência e duplicação dos dados e várias deficiências nos processos de tratamento e gestão da informação, dificultando, aos gestores, a decisão em processos em saúde.

Completando tal ideia, Cavalcante e Pinheiro (2011) afirmam que é preciso romper com estas lacunas para a ampliação da resolutividade do SUS, a qual propõem: registros eletrônicos integrados, interoperabilidade entre os diversos sistemas, políticas suficientes que garanta confidencialidade dos registros em saúde, e gestão colegiada da informação em saúde atuante e bem definida.

Retomam-se algumas questões importantes de situar, a incorporação de que as instituições formadoras de recursos humanos tenham conhecimento de que não basta citar ou mencionar, durante os Cursos de Ciências da Saúde, em uma ou mais disciplinas, a importância dos SIS (SANTOS, 2013). Vale lembrar que todo e qualquer atendimento em saúde pressupõe

o envolvimento e a participação de múltiplos profissionais: médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas entre outros, cujos procedimentos realizados geram informações, que irão garantir a continuidade do processo de cuidado (MARIN, 2010).

No âmbito das relações de educação ensino-serviço, o projeto PET-Saúde não traz apenas benefícios aos acadêmicos, mas proporciona a reaproximação dos profissionais da saúde à academia, permitindo educação permanente e uma visão ampla das dificuldades vivenciadas no dia-a-dia do serviço. O PET-Saúde objetiva também promover melhorias não só no atendimento profissional-usuário, mas um enriquecimento pessoal do profissional (SANTOS, 2013). Nesta perspectiva é fundamental que se articulem as relações entre os profissionais e os sujeitos e a estrutura da APS e do cuidado contínuo. Pois esta relação do cuidar fundamenta-se na troca, na comunicação e na contribuição mútua que se estabelecem entre os profissionais, os estudantes e os sujeitos.

No país, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), articulado à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), é o órgão do interior do MS responsável pela Política Nacional de Educação Permanente para o SUS. Entre os projetos desenvolvidos, alguns se direcionam para a estruturação e fortalecimento dos profissionais para a APS, tais como o Pró-Saúde e o PET-Saúde, que apoiam o desenvolvimento de atividades práticas em serviços de saúde em áreas estratégicas para o SUS nas RAS.

Com as experiências locais do PET-Saúde, é reconhecido que a consolidação da APS em uma rede encontra-se em movimento de rediscussão, com vistas ao fortalecimento do vínculo e ampliação do acesso às ações de serviços de saúde por meio de uma APS resolutiva e com as portas verdadeiramente aber-

tas ao acolhimento e à resolução dos problemas de saúde da população. Neste contexto, foi bastante usual os preceptores afirmarem, quando indagados sobre importância do PET-Saúde na reorientação da formação profissional para atender as necessidades do sistema de saúde, as oportunidades de integração multiprofissional e a ampliação do conhecimento sobre os fundamentos que alicerçam o SUS.

“Acredito que o PET-Saúde possui grande importância na formação e na qualificação dos profissionais, visto que proporciona o vínculo entre teoria e prática, bem como o acesso a novos conhecimentos e fundamentos que alicerçam o SUS (enfermeira da SMS/Diamantina)”.

“O PET-Saúde permite o contato do aluno com o serviço. Dessa forma é possível aliar os conhecimentos adquiridos na academia com a realidade dos serviços de saúde, desenvolvendo uma visão mais crítica no graduando. É de extrema importância que o aluno de uma universidade pública conheça o SUS. Para nós preceptores, é uma oportunidade de atualizarmos nossos conhecimentos, trocar ideias com os alunos e professores das Instituições de Ensino Superior, a fim de propor novas estratégias para a solução dos velhos problemas (farmacêutico da SRS/Diamantina)”.

“É uma estratégia de excelência na formação profissional e uma experiência impar na vida acadêmica. Observa-se que os benefícios são mútuos, ao aluno e ao serviço. Este pela oportunidade de inovação e integração multi e interprofissional e aquele pela oportunidade de ampliação do conhecimento conforme as práticas do SUS (enfermeira do CISAJE/Diamantina)”.



Pode se afirmar que com projeto PET-Saúde vem se tecendo uma nova pedagogia no ambiente universitário e do serviço. Neste campo, é importante considerar tamanha diversidade de organização e provisão de serviços de APS, que vai além de centros de saúde com equipe de especialidades básicas, modelo dito tradicional, equipes de Saúde da Família ou de Agentes Comunitários de Saúde. Desta forma, optou-se neste texto uma consulta e análise das diretrizes da organização da APS presente na atual PNAB, que reforça a importância da reestruturação do SUS segundo um modelo organizativo de RAS, reafirmando o princípio da integralidade que só pode ser alcançada por meio dos SIS.

“Os SIS caracterizam-se como importante instrumento de gestão administrativa e assistencial. As informações obtidas através dos vários sistemas implantados contribuem para a organização, monitoramento, avaliação necessária para tomada de decisões governamentais, Além disso, este sistema desempenha para o país em termos de gestão do SUS, diagnóstico, planejamento, monitoramento e avaliação de resultados (enfermeira da SMS/Diamantina)”.

“Apesar do SIS se propor a subsidiar as decisões governamentais, ainda há falhas, devido à qualidade, segurança, subregistros e irregularidade dos dados informados. Em nível local o que percebemos é que os dados são gerados para fins de garantia de repasse financeiro e muito poucos são utilizados como fonte de informação. No entanto, estes sistemas possibilitam identificar problemas e prioridades dentro da perspectiva do serviço ofertado pela unidade de saúde. Permite avaliar a evolução do número de procedimentos realizados, as inconsistências geradas (enfermeira do CISAJE/Diamantina)”.

“No geral, os SIS são de grande importância para a tomada de decisão. Através de informações obtidas podem ser utilizados para a Análise de Situação de Saúde, servindo assim como subsídio para implantar, implementar e monitorar políticas públicas. Dessa forma, é possível melhorar a gestão do Sistema de Saúde (farmacêutico da SRS/Diamantina)”.

É fundamental, neste contexto, que se articulem a Educação Permanente das equipes da RAS como parte da PNAB, cujo pressuposto é que seja um dispositivo de reorientação da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. Neste sentido, a Educação Permanente é voltada aos profissionais, gestores e usuários e definida como “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próxima dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá ‘no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho’ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Resultados de estudos sobre a adesão dos profissionais à APS no país mostram que, na percepção dos profissionais, estes não desfrutam do mesmo reconhecimento profissional que outros especialistas (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011). Conforme mencionado acima, várias iniciativas vêm sendo empreendidas para valorizar e fixar profissionais na APS – como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica; ampliação das residências médicas em Saúde da Família e Comunidade; abertura de campo de estágio para graduandos da saúde na APS e Equipes de Saúde da Família; Pró-Saúde; PET- Saúde. Apesar de todas as iniciativas para valorização dos trabalhadores da APS, segundo resultados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), entre os profissionais entrevistados,

41% afirmaram ser servidores públicos, enquanto 29% ainda possuem contratos temporários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Neste cenário o projeto PET-Saúde cresce e mostra as potencialidades de vivenciar, junto aos preceptores e usuários, uma compreensão a lógica do SUS e suas necessidades. Cabe destacar que no intercâmbio das experiências é consenso, por meio do estudo de Almeida (2014), que a baixa credibilidade e o insuficiente reconhecimento dos profissionais da APS representam obstáculo à coordenação dos cuidados dentro da rede. Mas, recentemente, como medidas para integrar a APS à RAS, estão sendo realizados investimentos em sistemas informatizados e descentralizados que permitem que a regulação seja iniciada nos centros de saúde (como o e-SUS); organização dos fluxos para a atenção especializada; monitoramento das filas de espera; implantação de protocolos clínicos e prontuários eletrônicos (ALMEIDA, 2014).

Outro aspecto relevante desta vivência do PET-Saúde é que o processo de trabalho se pautar na ação multiprofissional e interdisciplinar. De acordo com a PNAB: “o redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O caráter da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade se concretizam na proposta do projeto, na facilitação do acesso de um contingente de trabalhadores de saúde e estudantes das

várias áreas e recursos de formação e educação permanente em condições reais de trabalho. As ações assentadas na eminência do diálogo enfatizam a dispersão de poder ao articular os sujeitos na problematização coletiva dos processos de formação, entendendo, porém, que a ampliação dos cenários de prática e inserção do estudante na APS não garante por si só uma formação plena (ARRAIS et al., 2012).

Ao considerar o SIS como uma ferramenta de interdisciplinaridade, os estudantes foram capacitados pelos preceptores com o objetivo de orientar sobre o planejamento, a organização e a operacionalização. Neste trabalho, cabe pontuar ao longo do projeto o desconhecimento dos estudantes sobre os SIS. No entanto, acredita-se que a Educação Permanente em Saúde pode ser uma estratégia de aprendizagem significativa, levando em consideração os conhecimentos e as experiências preexistentes da equipe implantada pelo projeto PET-Saúde (EZEQUIEL et al., 2012). Dessa forma, as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores devem ser pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (LOPES et al., 2007).

Este estudo apresentou depoimentos recolhidos dos interlocutores desta investigação que incluem perspectivas que caracterizam a gênese das experiências do projeto PET-Saúde como significativas. Além disso, estas experiências transgridem o espaço acadêmico, importante para o processo de ensino aprendizagem sobre os SIS na formação de profissionais, por meio da integração de diversos cursos da área da saúde como uma promessa para o aprimoramento dos cuidados em saúde, fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS.

## Referências

ALMEIDA, M., organizadores. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários na Área da Saúde**. Londrina: Rede Unida; 2003.

ALMEIDA, P. **Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul: Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ISAGS, 2014.

ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Pública**. 2011; 29(2):84-95.

ALMEIDA, P.F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad Saúde Pública**. 2010; 26(2):286-98.

ARRAIS, P.S.D. et al. Integralidade: desafio pedagógico do PET-saúde/ UFC. 2012, **Rev. Bras. Educ. Méd.** 2012; 36(2):56-61.

AUSUBEL, D.; NOVAK, J.D.; HANESIAN, H. **Psicologia Educacional**. 2 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

BOERMA, W.G.W. Coordination and integration in European primary care. In: SALTMAN, R.S.; RICO, A.; BOERMA, W.G.W., editors. **Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care**. Berkshire: Open University Press; 2007. p. 3-21.7.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1802 de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de educação pelo Trabalho para Saúde. **Diário Oficial da União**, 27 Ago 2008. Sec 1:27.

BRASIL. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 14 dez de 2010.

CAVALCANTE, R.B.; PINHEIRO, M.M.K. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: avanços e limites atuais**. *Perspectiv Gestão Conhe* (João Pessoa). 2011; 1(2):106-19.

CUNHA, M.I. **A qualidade e ensino de graduação e o complexo exercício de propor indicadores; é possível obter avanços?** Avaliação (Campinas; Sorocaba). 2014; 19(2):453-62.



DANIEL, V.M. **Os Sistemas de Informação em Saúde e seu apoio à gestão e o planejamento do SUS: uma análise de Estados brasileiros.** [dissertação]. Porto Alegre: Pontifca Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2013.

EZEQUIEL M.C.D.G. et al. Estudantes e Usuários Avaliam Ferramenta de Educação Permanente em Saúde – Sieps. **Rev Bras Educ Med.** 2012;36(2):112 – 30.

FERREIRA, V.S. et al. PET-Saúde: uma experiência prática de integração ensino-serviço-comunidade. **Rev. Bras. Edu. Med.** 2012; 36(2):147-51.

GIROUX, H. La pedagogia de los limites y la política del postmodernismo. In: GIROUX, H; FLECHA, R. **Igualdad educativa y diferencia cultural.** 2. ed. Barcelona: El Roure Editorial, 1994. p.131-64.

GRACIANO, M.M.C.; ARAÚJO E.W.; NOGUEIRA, D.A. Sistema de informação em saúde e atuação do profissional médico. **Rev Med Minas Gerais.** 2009; 19(3):198-205.

GUTIERREZ, M.A. Sistemas de Informação Hospitalares: progressos e avanços. **J Health Informatics** (São Paulo). 2011; 3(2):1-2.

HADDAD, A.E. et al. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. **Cad ABEM.** 2009; 5:6-12.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad Saúde Pública.** 2004; 20(2):331-6.

HENRIQUES, RLM. Interlocação entre o ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** 2ª Ed. Rio de Janeiro. CEPESC/UERJ: ABRASCO; 2005.

HOFMARCHER, M.M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. **Improved health system performance through better care coordination.** Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2007.

LIMA, V.V.; FEUERWERKER, L.C.M. Formação de ativadores de processos de mudança – uma estratégia do Aprender SUS. **Olho Mágico.** 2004; 11(4):15-18.

LOPES, S.R.S. et al. Potencialidades da Educação Permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com Ciências Saúde**. 2007; 2(18):147-55.

MARIN, H.F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **J. Health Inform** (São Paulo). 2010; 2(1):20-4.

MARTINS, P.C. Conselhos de Saúde e participação Social no Brasil: Matrizes da utopia. **Physis**. 2008;189(1):105-21.

MENDES, E.V. As redes de atenção à Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2010; 15: 2297-305.

MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Brasília, DF: MS; 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: DAB; 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Banco de dados da avaliação externa do primeiro ciclo PMAQ-AB 2012**. Brasília: MS/SAS/DAB; 2012.

NEUMANN, C.R., DE MIRANDA, C.Z. Ensino de atenção primária à Saúde na Graduação: fatores que influenciam a Satisfação do aluno. **Rev. Bras Educ. Méd.** 2012; 36(2):42-49.

NÚÑEZ, R.T.; LORENZO, I.V.; NAVERRETE, M.L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gace Sani**. 2006; 20:485-95.

REIBNITZ, K.S. et al. Rede docente assistencial: reflexos da implantação dos projetos Pró-Saúde I e II. **Rev. Bras. Edu. Med.** 2012; 36(2):68-75.

RODRIGUES, A.A.A.O.; SOUZA, E.S.; PEREIRA, H.B.B.P. Rede PET-Saúde em Feira de Santana: o desafio da Integralidade. **Rev Baiana de Saúde Pública**. 2012; 2(3):652-67.

SANTOS, J.C. Conhecer para cuidar: percepção do acolhimento entre usuários e profissionais na experiência do PET-Saúde. **Rev Epidemiol Control Infect.** 2013;3(1):07-11.

SIQUEIRA-BATISTA R. et al. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio?. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2013; 18(1):159-70.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciências e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002.

VILLAS BOAS, B.M.F. Portfólio no curso de pedagogia: ampliando o diálogo entre professor e aluno. **Rev. Educ Soc**. 2005; 26(90):291-06.





## **Sessão 2: Presença e Profissionalização**





# **FORMAÇÃO E PROTAGONISMO**

## **A Experiência dos Acadêmicos do PET-Saúde/ Vigilância em Saúde em um Centro de Testagem e Aconselhamento**

**Mayara Oliveira Barrocas**

**Pollyana Apoliano Lima**

**Thalissa Lima Fontenele Moraes**

**Olinda Costa Mota Teixeira**

**Maria Luiza Rocha Barreto de Carvalho**

**Maria Eneide Almeida**

A promoção da saúde surge como importante resposta para a reestruturação da atenção à saúde, em face das constantes mudanças sociais, políticas e culturais com vistas a superar o modelo biomédico do processo saúde-doença (CARVALHO, 2004).

A efetivação desta prática abrange estratégias a serem projetadas nas políticas públicas saudáveis, na criação de ambientes favoráveis à saúde, no reforço da ação comunitária, no desenvolvimento de habilidades pessoais e na reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

Nesse âmbito da promoção da saúde, a estratégia grupal é entendida como uma ferramenta essencial para a educação e a saúde, pois viabiliza a participação e a troca de experiências, que ajuda a promover mudanças positivas no cotidiano vivencial das pessoas envolvidas (Dall'AgnoL, 2007). Nesse contexto, tendo em vista estimular a formação de profissionais com qualidade técnica e científica, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na área da Vigilância em Saúde (PET-Saúde/VS), por intermédio da Portaria nº 421 de 3 de Março de 2010 (NEVES et al., 2012).

O PET-Saúde/VS é um programa que abrange a pesquisa, o ensino e a extensão, promove a integração ensino-serviço-comunidade, possibilitando o diálogo entre acadêmicos de diferentes cursos. Tem como objetivo principal estimular a iniciação à prática profissional dos estudantes da área da saúde, incentivando o trabalho multiprofissional e interdisciplinar na Atenção Primária à Saúde (APS) (Assega, 2010).

Através deste programa os alunos puderam conviver com as atividades e serviços oferecidos pelo Centro de Testagem e Aconselhamento de uma Unidade de Atenção Primária a Saúde.

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) são serviços de saúde que, articulados aos demais serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), representam uma estratégia importante na promoção da equidade de acesso ao aconselhamento e ao diagnóstico do HIV, das hepatites B e C e da sífilis. Atuam também na prevenção dessas e das demais infecções sexualmente transmissíveis (DST), favorecendo segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, com respeito aos direitos humanos, à voluntariedade e à integralidade da atenção, sem restrições territoriais (BRASIL, 2008).

A grande relevância destes serviços do CTA é o fato de favorecer o acesso ao diagnóstico precoce, o que contribui significativamente para a redução dos riscos de transmissão, além de estimular a adoção de práticas seguras de prevenção das DST's e hepatites virais.

O objetivo deste artigo é relatar a experiência dos integrantes do programa PET-Saúde/VS na vivência nos serviços oferecidos em Centro de Testagem e Aconselhamento de uma unidade de Atenção Primária a Saúde.

## **Método**

O estudo é de caráter descritivo e nele será relatada a experiência de atividades vivenciadas por alunos da Universidade Federal do Ceará (UFC), que engloba estudantes das áreas de Fisioterapia, Enfermagem, Medicina, Odontologia e Farmácia, totalizando oito estudantes, sendo dois alunos da medicina, dois da odontologia, dois da enfermagem, um da farmácia e um da fisioterapia sob a supervisão de dois preceptores profissionais de saúde, sendo um cirurgião-dentista e um médico atuantes na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

Estes alunos foram admitidos nos campos de estágio por meio do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Vigilância em Saúde (PET-Saúde/VS). O trabalho foi desenvolvido na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Carlos Ribeiro, situada no município de Fortaleza- CE.

Os alunos tiveram contato com as atividades e os serviços promovidos no Centro de Testagem e Aconselhamento dessa UAPS durante o período de maio de 2013 a junho de 2014. As atividades ocorrem uma vez por semana e eram supervisionadas por trabalhadores específicos do serviço, denominados preceptores do PET.

Durante os estágios, os alunos acompanharam a rotina do serviço, incluindo os testes rápidos, aconselhamentos individuais e coletivos e outras atividades cotidianas. De acordo com as necessidades e interesses dos profissionais e usuários, foram elaboradas algumas estratégias como oficinas educacionais, abordando o tema hepatites virais, além de encontros semanais entre a tutora responsável pelo programa, os preceptores e acadêmicos estagiários. Esses encontros apresentavam a finalidade de relatar a experiência, discutir e refletir sobre as dificuldades e facilidades, e também as estratégias de intervenção a serem incorporadas junto ao serviço, em concordância com a equipe de profissionais atuante no local.

## **Resultados e Discussão**

### **O Projeto Pet-Vigilância**

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) constitui-se em uma estratégia de ação que possibilita uma melhor articulação entre a universidade e os serviços de saúde, através de estágios, vivências e pesquisas dirigidos aos estudantes da área de saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS (TEIXEIRA et al., 2012).

Esse programa viabiliza a vivência precoce de acadêmicos no nível de atenção primária, além de permitir o aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, na perspectiva de uma formação profissional que atenda aos princípios do SUS.

A articulação entre ensino-serviço-comunidade proposta pelo PET-Saúde proporciona oportunidades à aprendizagem significativa através do sistema tutorial, além de promover uma grande interdisciplinaridade que corrobora para o enriquecimento da vivência acadêmica (CARNEIRO et al., 2011).

Diante disto, a extensão desempenha papel mediador entre esses dois universos (serviço e comunidade), transmitindo conhecimentos e tecnologias, ampliando visões de mundo, ajudando no desenvolvimento de uma consciência crítica e política dos acadêmicos e das próprias comunidades atendidas, gerando a formação de profissionais mais comprometidos e humanizados com a atenção básica de saúde (CARNEIRO et al., 2011).

## **O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)**

O estágio dos alunos foi realizado no Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA da Unidade de Atenção Primária a Saúde Carlos Ribeiro. Esse local disponibiliza para a população de Fortaleza testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatite B e C. Dessa forma, é possível o diagnóstico desses vírus no mesmo dia e o encaminhamento do usuário para o atendimento em infectologia em um dos Serviços de Atendimento Especializado - SAE.

Esses exames podem ser feitos sem a necessidade de indicação médica. O acesso do usuário é de forma direta e não precisa de agendamento. Além da coleta de sangue e da execução dos testes, há um processo de aconselhamento, antes e depois do teste, feito de forma cuidadosa, a fim de facilitar a correta interpretação do resultado pelo paciente.



Na fase da testagem realizada no CTA, o aconselhamento é visto como uma oportunidade de atuar junto a indivíduos e/ou grupos, divulgando as informações contextuais e circunscritas à transmissão e prevenção do HIV/Aids, da Sífilis e das Hepatites B e C.

Os serviços disponibilizados no CTA acontecem de forma sigilosa, através de sessões de aconselhamento pré-teste e pós-teste realizadas por profissionais capacitados. Estes oferecem apoio emocional, independente do resultado ser positivo ou negativo, além de esclarecer sobre possíveis dúvidas ligadas às doenças como as DSTs e hepatites virais.

O aconselhamento ocorre de forma humanizada e com intuito de orientar os usuários do serviço acerca das medidas preventivas, tratamento, sinais e sintomas dessas doenças. O teste é considerado rápido e prático, pois necessita apenas de uma punção digital na qual é retirada uma gota de sangue para realização da triagem sorológica (BRASIL, 2008).

Assim sendo, incluir o aconselhamento como estratégia de percepção, avaliação, prevenção e redução de risco leva a compreendê-lo como possibilidade de encontro do sujeito com a sua história e de ressignificação de comportamentos. E o papel do profissional no aconselhamento é o de ouvir as preocupações do indivíduo, propor questões que facilitem a sua reflexão e a superação de bloqueios. Muitos pacientes não conseguem falar sobre assuntos como a sexualidade e as doenças sexualmente transmissíveis com outras pessoas, por vergonha ou por medo de ter algumas dessas doenças. Porém, momento do aconselhamento eles conversam, e muitas vezes conseguem tirar as suas dúvidas sobre esses assuntos, prover informação, apoio emocional e ajudá-lo a se decidir por medidas preventivas na busca de melhor qualidade de vida (FERREIRA, 2002).

Estão descritas, a seguir, as diversas etapas de aconselhamento previstas para os CTA, segundo o Manual de Aconselhamento do PN-DST/HIV/Aids da Secretaria de Assistência à Saúde (BRASIL, 2008) e logo depois os relatos dos estudantes:

## **1. Aconselhamento Coletivo**

Trata-se de um momento predominantemente informativo, que também deve ser considerado como uma oportunidade de acolhimento e estabelecimento de vínculo entre o paciente e o serviço de saúde. Sempre será garantido o espaço do usuário para que ele exponha seus conhecimentos e dúvidas.

Durante a realização do aconselhamento coletivo, o profissional de saúde deverá: resguardar a privacidade de cada membro do grupo; identificar e acolher a demanda do grupo; utilizar linguagem compatível com a cultura dos participantes; trocar informações sobre o sistema de teste e janela imunológica; trocar com o grupo informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste; considerar com o grupo o impacto dos possíveis resultados do teste; reforçar a diferença entre HIV e Aids; reforçar a necessidade de adoção de práticas seguras frente ao HIV e outras DST; estimular o grupo a ponderar a realização ou não do teste; considerar com o grupo possíveis reações emocionais que venham a ocorrer durante o período de espera do resultado do teste; explicar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas (BRASIL, 2008).

## **2. Aconselhamento Individual**

Este tipo de aconselhamento pode ocorrer em dois momentos distintos: antes da realização dos testes ou após, quando o cliente retorna ao serviço para receber o resultado do exame (TEIXEIRA, 2012).

De acordo com o Manual de Aconselhamento (BRASIL, 2005), os conteúdos dividem-se em: procedimentos gerais, pré-teste e pós-teste diante de resultados negativo, positivo ou indeterminado.

Nos procedimentos gerais, deve-se reafirmar o caráter confidencial e o sigilo das informações, bem como prestar apoio emocional ao cliente, facilitando a expressão de sentimentos. Ainda se deve identificar as crenças e valores do cliente acerca de DST/HIV/Aids e utilizar uma linguagem compatível com a sua cultura. Deverá também dar-se informações sobre DST e HIV/Aids, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento, com ênfase para as situações de risco do cliente, além de se avaliar possíveis dificuldades quanto ao uso do preservativo e recomendar a possibilidade de práticas sexuais seguras (BRASIL, 2005).

Já no pré-teste, o profissional deverá reafirmar o caráter voluntário e confidencial da testagem, identificar o motivo da testagem, verificar histórico anterior de testagem e riscos, trocar informações sobre o sistema de teste e janela imunológica, oferecer ao cliente informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste, reforçando a diferença entre HIV e Aids, além de reforçar a necessidade de adoção de práticas seguras frente ao HIV, também nesse período (BRASIL, 2005).

No pós-teste poderemos nos deparar com três tipos de resultados: o negativo, o positivo e o indeterminado. Então, nesse contexto, os profissionais deverão saber como proceder diante de cada caso (BRASIL, 2005).

Diante de um resultado negativo, o profissional deverá lembrar que esse resultado poderá significar que a pessoa não está infectada ou está infectada tão recentemente que não produziu anticorpos necessários para a detecção no teste, o que não garan-

te sua imunidade. Ele deverá avaliar a possibilidade de o cliente estar em janela imunológica e fazer a opção da retestagem com o mesmo, além de reforçar a prevenção através de práticas seguras com uso correto do preservativo (BRASIL, 2005).

Com um resultado positivo, o profissional deverá permitir ao cliente o tempo necessário para assimilar o impacto do diagnóstico e expressar seus sentimentos, prestando assim o apoio emocional (BRASIL, 2005).

Logo após conversar sobre as dúvidas, é esclarecido ao cliente que um resultado positivo significa que a pessoa é portadora do vírus – podendo ou não estar com a doença desenvolvida – e também que ela, mesmo sendo um portador assintomático, pode transmitir o vírus para outros (BRASIL, 2005).

Finaliza-se dando ênfase sobre a importância de um acompanhamento médico, ressaltando que a infecção é tratável e que, a partir daquele momento, a adoção de práticas seguras bem como o uso correto do preservativo se torna necessário, não deixando de orientar quanto à necessidade de o(s) parceiro(s) atual (is) realizar (em) teste anti-HIV (BRASIL, 2005).

Ao se deparar com um resultado indeterminado, o profissional deverá primeiro lembrar que o resultado indeterminado significa um falso positivo devido a razões biológicas ou um verdadeiro positivo infectado recentemente, cujos anticorpos não estão plenamente desenvolvidos (BRASIL, 2005).

Após a identificação desses fatores, deverá reforçar a adoção de práticas seguras de riscos de infecção pelo HIV e por outras DST, enfatizar sobre o benefício do uso correto do preservativo, os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas (caso seja necessário), encaminhá-lo para o apoio psicológico

(se necessário), orientando também sobre a realização de uma nova coleta para retestagem, no período definido pelo laboratório (BRASIL, 2005).

## **A Vivência Interinstitucional dos Alunos Bolsistas**

No CTA da UAPS Carlos Ribeiro, o atendimento do usuário segue um fluxograma, iniciado com o preenchimento da ficha cadastral, um aconselhamento coletivo (pré-teste), o oferecimento de orientações e esclarecimento de dúvidas aos usuários, testagem rápida e aconselhamento individual (pós-teste). Os testes rápidos utilizam os kits Rapid Check, Bio-Manguinhos, Vikia e Wama. A entrega dos exames ocorre individualmente, sendo ressaltada a questão da janela imunológica, caso seja negativo, bem como a explanação de aspectos relativos à educação, prevenção de DST/Aids, sífilis, hepatite B e C e estratégias para redução de riscos específicos diante do comportamento de cada paciente.

Os alunos integrantes do projeto tiveram a experiência de vivenciar todos os setores, como o aconselhamento coletivo, a realização dos testes e o aconselhamento individual.

No aconselhamento coletivo, os alunos perceberam que são chamadas todas as pessoas que vão irão fazer os testes rápidos no dia. Nesse aconselhamento, os profissionais falam um pouco sobre as doenças, como a hepatite B e C, a sífilis e a AIDS, e explicam como serão realizados os testes e como verificar o resultado. Esse momento é importante, pois nele são esclarecidas muitas dúvidas dos pacientes, além de ocorrer também a explicação sobre a etiologia e a prevenção dessas doenças, estabelecendo um diálogo fundamental entre os pacientes e os profissionais da saúde no que diz respeito à sensibilização e à motivação dos mesmos para o tratamento dessas doenças.



Esse momento é de grande importância para as pessoas que irão realizar o teste, pois elas tomam conhecimento de quais exames irão realizar e como é feita a realização desses exames. No aconselhamento, todas as informações são passadas com o intuito de que as pessoas se sintam com mais confiança para a realização dos testes.

Além disso, elas recebem orientação de como prevenir as quatro doenças (HIV, Sífilis e Hepatite B e C) e de como essas podem ser transmitidas. Nesse momento, as pessoas podem tirar todas as suas dúvidas quanto aos assuntos abordados. Fala-se também sobre o período correto em que o exame deve ser feito. Em seguida, os usuários vão para a sala de espera, onde serão chamadas individualmente para a realização dos testes. Os testes são realizados por meio de uma punção no dedo indicador, na qual é coletado o sangue, o qual será colocado em cada teste, pois cada doença possui o seu teste rápido. Após isso, o profissional irá colocar o soro sobre o sangue e esperar a reação.

Depois de realizado os exames, os pacientes recebem o resultado, em um momento chamado de aconselhamento individual, o qual é de grande importância, pois é nele em que se anuncia para o paciente o resultado do exame. Além disso, preenche-se um questionário com várias perguntas, incluindo as práticas sexuais. Nesse momento, o paciente tem novamente a oportunidade de tirar as suas dúvidas sobre o exame, sobre a prevenção e/ou a transmissão. Caso o resultado do teste seja positivo, realiza-se um novo teste e aguarda-se o resultado na frente do paciente. Se confirmado, é feito o encaminhamento desse paciente ao médico infectologista.

Os preceptores e os tutores incentivam, em suas discussões com os alunos, a divulgação desse serviço na comunidade e também entre os profissionais de saúde, a fim de aumentar a procura a esses serviços.

## Conclusões

Os conhecimentos adquiridos no CTA foram muito valiosos por possibilitarem entender a dinâmica de funcionamento do serviço, bem como apreciar a prática do trabalho interdisciplinar positivo, no qual há a constante interação entre os diversos profissionais da área da saúde compartilhando experiências.

Destacamos, nessa experiência, a habilidade dos profissionais em conduzir a entrega dos resultados individuais, tratando os pacientes sem discriminação e de forma holística.

A inserção do aluno nesse serviço propicia momentos de trocas de experiências, e os encontros semanais são os locais onde são relatados os casos vivenciados por cada um. Tal inserção também ajuda o acadêmico a superar a dificuldade que muitos têm em falar sobre sexualidade com o público, tornando-os mais seguros e autoconfiantes.

Vale ressaltar que o CTA, através das ações e serviços prestados, torna-se um centro de referência importante para atender à população adstrita e também para outras áreas do município de Fortaleza, fortalecendo seu papel de indutor de Políticas Públicas de Saúde.

Para a comunidade assistida, presenciou-se um atendimento de qualidade que começa no acolhimento coletivo e termina no aconselhamento individual com a entrega do resultado.

Sugere-se que há a necessidade de intensificar a divulgação desse serviço para evitar que pessoas infectadas permaneçam sem esclarecimento sobre sua condição de portadores. Assim, tal prática acabaria beneficiando a população, combatendo a cadeia de transmissão das doenças através de ações de prevenção e promoção da saúde, a fim de proporcionar qualidade de vida a todos, bem como a utilização adequada do serviço.

## Referências

Assega, M. L. et al. A interdisciplinaridade vivenciada no PET-Saúde. **Revista Ciência & Saúde** [Internet]. Porto Alegre, 2010 [acesso em 20 Jul 2014], v. 3, n. 1, p. 29-33. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/7027/5915>.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil** - Desafios para a equidade e o acesso. Brasília [Internet]: MS; 2008[acesso em 21 Jul 2014]. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_testagem\\_aconselhamento\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_testagem_aconselhamento_brasil.pdf)>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas de promoção da saúde** [Internet]. Brasília; 2002 [acesso em 10 Jul 2014]. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracoese carta\\_portugues.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracoese carta_portugues.pdf)>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de aconselhamento em hepatites virais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. [Internet] – Brasília: Ministério da Saúde, 2005[acesso em 10 Jul 2014]. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/politicas/hepatites\\_aconselhamento.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/politicas/hepatites_aconselhamento.pdf)>

Carneiro, J. Á. et al. Unimontes Solidária: Interação Comunitária e Prática Médica com a Extensão. *Rev Bras de Educ Med* [Internet]. 2011[acesso em 22 Jul 2014]; 35 (2): 283 -288. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n2/19.pdf>

Carvalho, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública*[Internet]. 2004[acesso em 13 Jul 2014]; 20(4): 1088-95. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf>>.

Dall’Agnol, C. M. et al. O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. [Internet]. 2007[acesso em 13 Jul 2014]; 28 (1); 21-26. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4690/2614>.

Ferreira, D. Contexto e Tendências Atuais da Epidemia de Aids no Brasil. In: PARKER, R. et al. (org.). **Seminário: Conquistas e Desafios na Assistência ao HIV/Aids**. [Internet].Rio de Janeiro: ABIA. 2002[acesso em

22 Jul 2014]:. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais\\_conquistas\\_e\\_desafios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_conquistas_e_desafios.pdf)>.

Neves, T. et al. Vivência de acadêmicos do Pet-Saúde/Vigilância em saúde, na cidade de palmas-to: um relato de experiência. **Gestão e Saúde** [Internet]. Brasília jul. 2012 [acesso em 18 Jul 2014]. Disponível em: <<http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/211/pdf>>.

Teixeira, S. et al. O. PET-Saúde no Centro de Saúde Cafezal: promovendo hábitos saudáveis de vida. **Revista Brasileira de Educação Médica** [Internet], 2012 [acesso em 20 Jul 2014]: 36(1, Suppl. 1), 183-186. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a26.pdf>>.



# **FORMAÇÃO E PROTAGONISMO**

## **Experiências no PET Saúde UFC: Atenção Multiprofissional a Pacientes com HIV/Aids e Sífilis**

**Francisco Cesar Barroso Barbosa  
Dimas Sampaio Cavalcante  
Jamille Barros Teixeira  
Maria do Nazaré de Carvalho  
Janice Dávila Rodrigues Mendes  
Roberta Cavalcante Muniz Lira  
Camilla Araújo Lopes Vieira**



A partir da década de 1970, o Brasil inicia o processo de modificação na saúde dos cidadãos. Espalharam-se movimentos por todo o país, de várias classes organizadas, exigindo medidas efetivas de saúde para todos os brasileiros e não apenas para os trabalhadores do país, como acontecia anteriormente. Depois de uma conjuntura política que restringiu os direitos para os cidadãos brasileiros, a mobilização social e intelectual reivindicava um país democrático com a construção de um projeto para o movimento sanitário que teve seu ápice com a Reforma Sanitarista. A reforma sanitária brasileira deve ser entendida, segundo Paim (2008), como um longo processo político de conquistas da sociedade em direção à democratização da saúde, num movimento de construção de um novo Sistema Nacional de Saúde. Seus pressupostos essenciais incluíam a compreensão da saúde como ligada às condições de vida; saúde mais que mera assistência médica, entre outros.

Dimenstein; Macedo (2012) ressaltam que a Reforma Sanitária idealiza questões além do tratamento e cura de doenças, como, por exemplo, a infraestrutura das comunidades e os aspectos culturais e socioeconômicos. A própria determinação do termo saúde implicou numa luta por questões de direitos.

Estes movimentos populacionais revelavam a insatisfação com a saúde, dentre outras reivindicações políticas. O surgimento da Constituição Federal de 1988 levou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo dever do Estado proporcionar saúde de qualidade à população, prevendo a participação social e uma atenção ampliada que perpassasse por diversos âmbitos da vida dos indivíduos.

Isto acaba remontando a um novo paradigma do que é doença, saúde e de como ocorre o processo saúde-doença. Embora na prática haja primazia do modelo biomédico, que acaba por fragmentar o sujeito determinado pela sua doença, em de-

trimento de um cuidado que valorize o sujeito como um todo, inserido em determinado contexto e possuidor de uma história de vida, perpassado por questões singulares em seu processo de saúde-doença, o que o leva a escolhas pessoais de adesão a tratamentos, processo de cura de doença e de maneiras de proporcionar saúde. Percebem-se questões ligadas ao social, ao psicológico e o biológico como importantes numa relação de cuidado.

É considerando essa visão mais abrangente do processo saúde-doença que o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) surge em uma parceria da Universidade Federal do Ceará e da Secretaria de Saúde e Ação Social de Sobral com o Ministério da Saúde, aliando ensino-pesquisa e práticas em saúde. O PET-Saúde atua com o intuito de proporcionar aos estudantes e aos profissionais (re) pensarem práticas de saúde de forma ampliada. Tem-se a possibilidade de aliar ensino com as práticas em saúde e de implementar os serviços, formando pessoas mais qualificadas no que tange as questões de saúde. De acordo com Ferreira et al. (2012), o PET-Saúde ajudou a introduzir o componente pesquisa, em especial a pesquisa clínica, a pesquisa-ação, a pesquisa sobre ensino e aprendizagem e sobre a gestão dos serviços da saúde.

Assim, considerando a atuação de monitores e profissionais de diferentes áreas, tais como psicólogos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos no referido programa, questionou-se sobre como lidar então com sujeitos que possuem a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). E mais ainda como lidar com situações discriminatórias ligadas ao contexto de surgimento do vírus, associado historicamente a grupos de uso de drogas, prostituição, homossexualidade, predomínio em pessoas do sexo masculino e apresentando-se carregada de preconceitos, estereótipos quanto às condições

físicas da aparência da pessoa e talvez o ponto principal, a falta de apropriação das informações quanto às formas de contágio do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Também quando se fala em prostituição, há uma tendência a relacionar a prática sexual ao contágio, numa relação direta e moralista entre tal profissão e a manifestação de doenças sexualmente transmissíveis (DST), dentre elas o HIV/AIDS. Como será que pensam as trabalhadoras do sexo sobre as DST? Elas realmente podem ser reduzidas a tal estereótipo? Devem, portanto, ser tratadas como “grupo de risco”, e caladas quanto às suas singularidades?

Dessa forma, através do PET-Saúde, os monitores tiveram a oportunidade de ter contato com as profissionais do sexo de Sobral. Foi em busca de suas representações quanto às DST que passaram a ouvi-las, deslocando a intervenção do modelo informativo/pedagógico, para a abertura da subjetividade e do que as tornam sujeitos para além do que impõe as estatísticas epidemiológicas. O contato se deu na Associação Sobralense das Trabalhadoras do Sexo (ASTRAS), com grupo composto por mulheres e travestis, a partir de oficinas temáticas que foram guiadas de acordo com o interesse dos participantes, geralmente assuntos relacionados ao cotidiano – como, por exemplo, discussão sobre Direitos Humanos.

Também foi possível uma aproximação com portadores de HIV (PHIV) por meio da instituição *Casa de Apoio Madre Anna Rosa Gattorno*, sediada na cidade de Sobral, interior cearense. Através de participações no Grupo de Ajuda Mútua, conseguiu-se ir além do que somente uma análise quanto às questões do adoecimento. Aqui também foi possível um aprofundamento na complexidade das relações e nas múltiplas visões que atravessam a vida dessas pessoas.

Diante desse contexto, a proposta deste artigo é apresentar vivências obtidas no projeto PET-Saúde, assim como explicitar os objetivos do programa e o fazer enquanto monitores do projeto e graduandos dos cursos de Psicologia, Odontologia e Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) em Sobral.

## **A Proposta do PET-Saúde**

O PET-Saúde na UFC em Sobral, Ceará, foi implementado desde 2012 de forma unificada, contando com alunos e profissionais dos cursos de Medicina, Odontologia e Psicologia tendo em vista uma atenção multiprofissional aos usuários da rede de saúde.

O subprojeto de “Atenção multiprofissional a pacientes HIV/AIDS e com Sífilis” dentro da proposta do PET-Saúde buscou a integração e articulação de saberes, tendo em vista que, em campo, os monitores teriam a convivência com profissionais de diferentes áreas e que isso só somaria à sua formação acadêmica. Assim, os muitos contatos com outros profissionais permitiram apoderamentos e contato com saberes diversos, tendo a oportunidade de compartilhar conhecimentos.

Dessa forma, o PET-Saúde certamente contribuiu na formação acadêmica, permitindo a reflexão sobre a prática de vários profissionais, discussões sobre o processo em saúde pública destinadas aos grupos acompanhados e, o mais importante, o contato direto com este público de portadores de HIV/AIDS e trabalhadoras do sexo. Este contato fez com que os acadêmicos treinassem a escuta sensível, percebendo sutilezas nas falas e ouvindo histórias de vida, compreendendo efeitos produzidos em cada um – inclusive nos próprios alunos –, e impactando diretamente no deslocamento da compreensão sobre a vida de tais sujeitos, os olhares que, de um lado, a política oficial tem sobre eles, através de ações formuladas pela gestão,

e outro, mais de perto, vista pelos facilitadores de grupo que puderam escutar seus dizeres e olha-los em suas especificidades.

## **Espaços Perpassados: Casa de Apoio Madre Anna Rosa Gattorno**

No decorrer do projeto os monitores foram apresentados à Casa de Apoio Madre Anna Rosa Gattorno, coordenada por Elias Nobre, que revelou sua trajetória enquanto militante dos portadores do HIV. A Casa de Apoio Madre Anna Rosa Gattorno, situada na cidade de Sobral, faz parte da Rede de Solidariedade Positiva, sendo uma organização civil sem fins lucrativos de pessoas que vivem e convivem com o HIV/Aids. Tem como intuito o atendimento temporário dos sujeitos portadores de HIV/Aids dos 61 municípios da Macro Região de Sobral.

A Casa de Apoio tem como objetivo a promoção do fortalecimento de sujeitos HIV soropositivos. Dentro de inúmeras atividades desenvolvidas pela Casa de Apoio, houve uma identificação dos monitores com um Grupo, organizado por um psicólogo e intitulado “Grupo de Ajuda Mútua”. Esse grupo é um espaço facilitado pelo psicólogo com os usuários, ocorrendo às terças-feiras, semanalmente, que tem como proposta a troca de experiências, vivências e dúvidas entre os sujeitos portadores do vírus HIV. É o psicólogo quem conduz a conversa e proporciona a fala dessas pessoas. Perceber as dificuldades e entender como cada paciente reage à doença, ao tratamento, às limitações e desafios em seu cotidiano foi uma forma de enriquecer o olhar sobre o outro e suas relações com o mundo.

O Grupo de Ajuda Mútua tem como recurso a metodologia participativa, na qual através da fala dos sujeitos se entende o seu contexto social, tendo acesso aos relatos de suas dificuldades e maneiras de se relacionar com a síndrome. A Casa de



Apoio atende a um público variado de pessoas, que vindas de outras cidades do interior do Ceará fazem acompanhamento do seu estado de saúde na cidade de Sobral. Em geral, essas pessoas fazem os exames de carga viral e de células CD4+ para verificarem a quantidade do vírus em seu organismo e a relação deste com as suas células de defesa, para a partir disto, receberem os medicamentos ou recomendações devidas. Estes procedimentos e acompanhamentos são realizados pelo *Centro de Referencia e Apoio Sorológico (COAS)* de Sobral, contando com uma equipe multiprofissional, como psicólogo, assistente social, médico e enfermeiro. Podemos citar ainda outra instituição que atende pacientes que estejam em estado grave e debilitados, a *Santa Casa de Misericórdia de Sobral*, que tem uma ala da infectologia reservada para atender esses sujeitos.

Pode-se perceber que o grupo tem possibilitado aos participantes expressões de afetos, dificuldades e preconceitos, em que os indivíduos compartilham suas principais experiências vividas, os usos e efeitos dos medicamentos e os desdobramentos da vida cotidiana.

Os monitores também vivenciaram a questão da atuação do psicólogo com grupos e como seriam trilhados esses caminhos. O sujeito portador do HIV, muitas vezes, sofre isolamento da família, de amigos e da sociedade em geral, sendo frequentes situações de violência e julgamentos errôneos quanto à condição destes. Por se tratar de uma enfermidade que ataca o sistema imunológico, os portadores do vírus podem adquirir diversas doenças infecciosas oportunistas que levam, muitas vezes, a um estado de debilitação física, o que levou a criação de um estereótipo.

Pode-se se deparar com muitas histórias de vida em que essas pessoas antes de se descobrirem como portadoras do vírus HIV contraíam algum tipo de infecção, como pneumonia,

ou uma simples diarreia que os levavam a uma perda progressiva de peso e estados de total impossibilidade de fazer tarefas básicas, como andar. Um dos relatos foi o de uma portadora que ficou de tal forma debilitada que passava dias deitada em uma rede e não conseguia cuidar dos filhos, nem alimentar-se, disse ter ficado neste estado por quase um ano, a família a abandonara por medo de contrair a doença que havia então sido diagnosticada – uma amiga a levou para a Santa Casa de Misericórdia de Sobral e lá detectaram a presença do vírus. A mulher relatou que começou então a tomar os medicamentos e, depois de ficar algum tempo internada, pôde voltar ao seu lar e levar uma vida normal. Contudo, percebeu-se um profundo sentimento de dor pelo abandono da família e também pelo preconceito de vizinhos. Ela afirmou que preferiu não contar sobre o HIV, pelo menos por enquanto, para ninguém, a não ser para a amiga que a ajudou.

Em outro relato, uma portadora do HIV foi expulsa do local onde trabalhava, tendo os seus pertences jogados na rua e, através de insultos, foi também expulsa da casa onde morava – que pertencia a pessoas para quem trabalhava. Após este acontecido a casa foi demolida, o que mostra ainda um grande preconceito social e, mais do que isso, a total falta de informação. Isto leva a esses tipos de atitudes sofridas por PHIV e que acarretam mais sofrimento à sua condição. Mais um relato parecido com o citado acima pode ser observado a seguir:

Eu fui expulsa da casa de família onde trabalhava, e a minha patroa disse que a casa estava infectada, que os filhos dela estavam infectados, que ela ia desinfetar tudo com álcool [...] depois eu ainda arranjei outro emprego numa casa, mas quando minha patroa descobriu me botou pra fora, aconteceu a mesma coisa...

Desde então, eu não trabalho mais, sabe como é né? Cidade pequena, todo mundo fica sabendo e também eu não quis, com medo de passar pela mesma coisa e eu não ia aguentar” eu, desde os 13 anos, trabalhava em casa de família, minhas irmãs todas trabalham, têm emprego e eu fiquei um pouco assim né? Dá vontade de trabalhar, mas tenho medo de passar tudo de novo... (Relato do Grupo de Ajuda Mútua da Casa de Apoio Sobral - CE)

Percebe-se com esses diálogos que a epidemia da AIDS, desde o seu início, colocou no cenário público a discussão acerca da sexualidade e da vida privada das pessoas; muitos estigmas e preconceitos surgiram e outros foram reforçados. Atualmente, muitas pessoas ainda são discriminadas em função do diagnóstico de HIV/AIDS ou mesmo por suspeita de serem soropositivas. As discriminações ocorrem nas interações sociais e violam os direitos humanos das PHIV, muitas vezes com graves consequências para a vida amorosa, social, familiar, profissional e mesmo no cuidado à própria saúde (CREPOP, 2008).

Com o Grupo de Ajuda Mútua foi possível perceber que tal experiência indica que os atores envolvidos no processo têm descoberto novos modos de conviver com sua condição de portadores do vírus, proporcionando uma melhora na autoestima, uma vez que podem contar com o auxílio e compreensão de profissionais e de outras pessoas que partilham da mesma situação.

## **Espaços Perpassados: Associação Sobralense das Trabalhadoras do Sexo**

Na observação das questões ligadas à sexualidade, os monitores perceberam também a importância de estarem atentos não apenas às pessoas que já possuem o HIV, mas aquelas que

são consideradas mais vulneráveis. *Vulnerável* no sentido de como a saúde pública brasileira sempre conduz, e que normalmente tem programas voltados para alguns grupos como as trabalhadoras do sexo, sendo permanentes ações de prevenção às DST para este público. Desta forma, a ASTRAS é uma associação muito preocupada em diminuir o índice dessas doenças, promovendo várias palestras com profissionais da saúde. Também auxilia o grupo na promoção da saúde, e com o PET-Saúde foi possível propor um espaço de diálogo para essas mulheres e travestis.

Na execução das atividades relacionadas ao PET-Saúde, os acadêmicos não estavam interessados apenas em conhecer os aspectos das doenças e de um modelo de prevenção pautados nestas ações da saúde, mas em descobrir os processos implicados nestes sujeitos, os processos de construção de suas singularidades. Se a psicologia trabalha com o que é o subjetivo no ser humano e se este se dá através da linguagem, ou melhor, ele se apresenta através da fala, nada melhor do que se poder ouvir o que as pessoas dos grupos têm a dizer. Esta escuta possibilita a compreensão de seus estados e do que há de singular nestas pessoas. Buscou-se compreender concepções amplas acerca de sua sexualidade, de seu trabalho, de sua relação com a sociedade e de seus conhecimentos acerca de doenças sexualmente transmissíveis.

Através dos discursos, há como perceber as relações que atravessam o indivíduo “a maneira como o sujeito se relaciona com as várias formações discursivas – maneira que irá desenhar o modo de o sujeito funcionar – irá formar sua subjetividade que é algo particular, que traz, porém, elementos do coletivo” (SILVA; FERRAZ; 2010, p. 1361).

Quando se fala em prostituição, há uma tendência a se fazer uma relação direta com as doenças sexualmente trans-

missíveis. Há uma atitude preconceituosa e muitas vezes “o enfoque dado às profissionais do sexo é de transmissoras em potencial de DST, não sendo estas mulheres vistas em sua integralidade” (Esposito; Kahhale, 2006, p. 329).

Considerando-se as condições de trabalho as quais estão submetidas, tem-se logo a ideia de relações complicadas e muitas vezes de condições que não permitem o cuidar ou o pensar sobre si. Pois, “no que se refere às profissionais do sexo, a questão torna-se ainda mais delicada, visto que a atividade sexual é seu instrumento de trabalho” (Esposito; Kahhale, 2006, p. 330).

No entanto, no decorrer das atividades desenvolvidas na ASTRAS, pode-se perceber que, nesses espaços de convivência e de trabalho, essas relações são bem mais complexas e envolvem uma série de fatores que perpassam e afetam a vida desses sujeitos. Assim, podemos ressaltar alguns pontos que foram discutidos durante os encontros e que chamaram atenção por referir ao modo de vida, bem como a percepção que essas pessoas possuem a respeito de seu trabalho e a significação deste para elas, referindo-se, assim, à construção de sua subjetividade. Compreendemos também a importância do trabalho nesse processo e “que a atividade profissional está intrinsecamente relacionada à qualidade de vida e de saúde do cidadão” (Esposito; Kahhale, 2006, p. 334).

Ressalta-se que as atividades de discussão que ocorreram em reuniões mensais com as trabalhadoras do sexo, foram guiadas de acordo com o interesse das mesmas, que propuseram temas a serem abordados, os quais geralmente eram relacionados ao cotidiano como, por exemplo, solicitaram uma discussão sobre Direitos Humanos. Procurou-se também incluir assuntos sobre DST, com o intuito de descobrir o que elas sabiam a respeito, bem como quais os posicionamentos



das mesmas diante disso, tentando compreender como se dá atribuição de sentidos no que se refere à contextualização do HIV/Aids no seu ambiente de trabalho. Desta forma, foram selecionados os temas que guiaram as conversas com o grupo. Dado que a metodologia de:

Trabalho com grupos, possibilita um enriquecimento das discussões e uma expansão de conhecimentos, viabilizando sentimentos de inclusão, equidade e valorização, pois os participantes se identificam entre si e desenvolvem um fortalecimento entre as relações humanas que, posteriormente, se transformam em aprendizado (MORAES et al., 2008, s/p).

Considerando isso, escolheu-se trabalhar em forma de grupo para que as discussões pudessem ser mais bem aproveitadas pelas profissionais, tomando cuidado para que não houvesse constrangimentos para as mesmas.

Quando interrogadas sobre o uso de camisinha, todas afirmaram fazer uso do preservativo como algo essencial na prática sexual. Em situação de recusa do uso, por parte do cliente, elas relataram que costumavam utilizar modos de convencer os parceiros, utilizando-se de falas carinhosas e persuasivas não tentando se impor, mas através de brincadeiras e agra-dos para convencer a pessoa a utilizar a camisinha. Podemos destacar uma fala “é melhor agente brincar com o bichinho vestido... é mais gostoso...”. No entanto, em muitas pesquisas, destaca-se que:

O uso do preservativo masculino nem sempre é a melhor alternativa para a prostituta, questão essa que muitas vezes nem pode ser discutida e/ou negociada antes da relação sexual, se

o cliente não quiser. Essa situação em que a prostituta se encontra depende da aceitação do parceiro, já que é ele que o utiliza, sendo este cliente portador de valores e iniciativas que demonstram preconceitos, e podem produzir constrangimentos à mulher, quando não as submetem a ações coercitivas ou, muitas vezes, agressivas (MOURA et al., 2010, p. 549).

Um aspecto observado foi que a afetividade envolvida pode decidir o uso ou o não uso do preservativo, assim as profissionais tendem a não usá-lo quando a relação se dá com uma pessoa que mantém um relacionamento fixo, pois para as mesmas seria como se quebrassem a relação de confiança com o parceiro fixo ao exigir que ele use camisinha. E ao acreditarem na fidelidade do parceiro têm a sensação de sexo seguro, o que faz com que elas optem pelo não uso do preservativo, mesmo quando sabem da possibilidade de infidelidade. Dessa forma:

ao se relacionar afetivamente com alguém, o uso do preservativo pode ser visto como um “marco divisor” entre o trabalho e a afetividade. Explicando melhor, o uso do preservativo pode estar associado ao trabalho e, para a separação entre ele e a vida afetiva ser bem estabelecida, na ocasião de um envolvimento amoroso, ele pode ser dispensado (ESPOSITO; KAHHALE, 2006, p. 333).

Muitas relataram o uso de drogas para conseguir “aguentar trabalhar”, justificando que as jornadas de trabalho são intensas e exigem muito esforço físico da profissional. Assim, o uso de drogas pode acalmar, ajudando a trabalhar “inconscientemente”, sem refletir sobre o que se está fazendo, por aliviar a

sua tarefa. Na fala da maioria delas pode-se destacar o “tomar coragem” como uma justificativa para o uso de drogas. Todas disseram que é comum o uso de drogas como condição para aguentar os programas. Contudo, algumas concluíram que antigamente era assim, mas que hoje em dia todas usam porque gostam, porque querem. As “donas de bar” presentes dizem que proibem, mas que é quase impossível ter controle, pois elas não sabem se os clientes portam essas drogas e se oferecem às trabalhadoras dentro do próprio bar. E que elas, as “donas”, acabam acolhendo as meninas mesmo drogadas por precisarem dos serviços delas para se manterem.

Vale ressaltar que a Legislação Brasileira proíbe locais em que haja a exploração sexual. As donas de bares presentes nas oficinas relataram que as trabalhadoras do sexo servem para atrair clientela para o bar e se mantêm com o lucro advindo do consumo de bebidas dos clientes. Como em geral esses lugares são bares, utiliza-se a designação “donas de bar”.

As drogas são vistas pelas prostitutas como “instrumentos de trabalho” e alguns estudos demonstram que:

O uso de drogas e a prostituição estão estritamente ligados, na medida em que o primeiro possibilita a entrega do corpo como mercadoria, isentando a mulher de um aprofundamento reflexivo. A droga impõe-se por seu poder medicamentoso: poder aguentar os imperativos que a prostituição lhe proporciona (MOURA et al., 2010, p. 551).

Assim, as drogas passam a ser vistas como um fator tentador que podem amenizar os prejuízos que a prostituição causa. Outro fator que podemos destacar refere-se à questão das drogas diminuírem a consciência da necessidade do uso do preservati-

vo, assim seu uso pode aumentar muito “a vulnerabilidade para contrair ou mesmo transmitir uma ou mais DST/HIV/AIDS, pois podem diminuir a capacidade de negociação do uso de preservativos com os clientes” (MOURA et al., 2010, p. 552).

Procurou-se discutir também sobre como elas se sentiam em relação à profissão e ao dinheiro. A maioria disse estar satisfeita financeiramente e algumas destacaram que possuem outras fontes de renda. Percebeu-se nos discursos de muitas uma contradição em suas falas. Apareceram também relatos de como o trabalho e o dinheiro ganho sustentavam a família e a si, o que na maioria das vezes justifica a permanência na vida de prostituição. Há muitos relatos de rejeição, embora a maioria declare que as famílias sabem da atividade e apoiam essa decisão, mais por necessidade do que por respeito. E, embora alguns familiares se mostrem contra, eles não interferem na vida das profissionais, como relata uma das mulheres: “minha mãe me apoia muito... ela sabe de tudo e me ajuda muito”.

Quando interrogadas sobre a relação entre trabalho e prazer, fica nítido que para elas “trabalho é trabalho e prazer é prazer”, ou seja, dizem não sentir prazer no ato sexual pago na maioria das vezes, pois tratam essa relação apenas como um momento de trabalho. Destacaram ainda que, quando sentem prazer, o cliente torna-se um caso e não mais um cliente, como se houvesse nesta situação outro tipo de relação e, pelo que ficou subentendido, quando isso acontece, elas não cobram mais e o cliente passa a ter uma relação mais íntima com as mesmas. Também foi relatado sobre a questão do “beijar na boca” como sendo algo que não é feito com tanta frequência, pois “não se beija qualquer um, apenas aqueles nos quais de alguma forma há um envolvimento afetivo”.

Quando se pediu para que elas falassem sobre seu trabalho, não houve unanimidade para essa definição e foram

muitas as opiniões que na maioria das vezes divergiam entre si. Algumas julgam não ser uma profissão por não ter carteira assinada e benefícios. Outras disseram que querem mudar de trabalho, mas por enquanto não o fazem, por não encontrarem outro serviço. Algumas disseram que gostam, mas que ainda assim queriam mudar o que fazem.

Quando o tema da conversa passou a ser sobre DST e HIV/Aids, as mesmas demonstraram que têm conhecimento vasto sobre o assunto e que se preocupavam com a saúde. Em linhas gerais, sabiam que através do sexo se pode transmitir e adquirir alguns tipos de doenças sexuais, e também possuíam informações sobre a transmissão vertical, que se dá por meio do aleitamento materno. Demonstraram saber que adquirir uma DST depende da postura delas, de como cada uma se comporta em seus relacionamentos sexuais. Dessa forma, têm consciência que não é porque são prostitutas que irão obrigatoriamente contrair uma doença. Cabe destacar que,

O risco de contaminação das DST/HIV/AIDS está associado a uma avaliação da própria vulnerabilidade e à identificação de comportamentos chamados de “risco” que influenciam nessa contaminação. As prostitutas, devido às condições, nas quais estão inseridas e nas quais realizam seu trabalho, encontram-se em uma situação de grande vulnerabilidade social, que expõe o indivíduo ao risco de infecção das DST. Muitas vezes esta mulher não apresenta condições efetivas de fazer valer seu desejo de se proteger, devido à ação de fatores externos, que é mais forte que sua capacidade de agir contra as DST e a AIDS. (MOURA et al., 2010, p. 550)



Como visto, são muitos os fatores que envolvem essa questão, o reconhecimento dos prováveis riscos da profissão e a tentativa de procurar adotar comportamentos “mais saudáveis”, que possibilitariam uma atitude de enfrentamento de sua condição.

Pode-se questionar sobre como essas profissionais buscam e recebem assistência, principalmente em saúde, e como elas compreendem este processo, dado que, ao mesmo tempo em que isso é um direito delas, também perpassa pela compreensão de cada uma na construção de sua própria saúde. Ressaltando-se que:

O conhecimento que temos sobre os riscos para a nossa saúde é adquirido de duas formas: pela experiência individual (e direta) ou pela experiência coletiva (mediada pelos grupos sociais); no caso da AIDS, o segundo modo é o mais comum. (OLTRAMARI; CAMARGO, 2004, p. 318)

O cuidado com o próprio corpo e a responsabilidade pela sua saúde deve partir primeiramente da própria profissional. Mas, muitas relataram que são discriminadas quando procuram os serviços de saúde.

Quanto à aceitação social, todas afirmaram que já passaram por alguma forma de preconceito. Relataram situações de xingamentos e violências. Algumas já passaram por situações de violência, inclusive sendo elas próprias as agressoras. Em uma situação relatada, ela agrediu o cliente, que chegou a sair sangrando do quarto em que estavam.

Elas se dizem felizes com suas vidas. Mas no futuro algumas sonham em sair da prostituição, se casar com um homem

bom e montar um bar. Dizem terem ouvido histórias de amigas que “saíram” da vida assim. Outra relatou que no futuro queria poder estar com seus filhos, poder criá-los. Todas afirmaram que, apesar de tudo, se sentem bem com a imagem e com o seu corpo. Também disseram serem possíveis os relacionamentos amorosos, algumas relataram casos que mantiveram ou mantêm, que acabam namorando homens que antes eram seus clientes.

## **Considerações Finais**

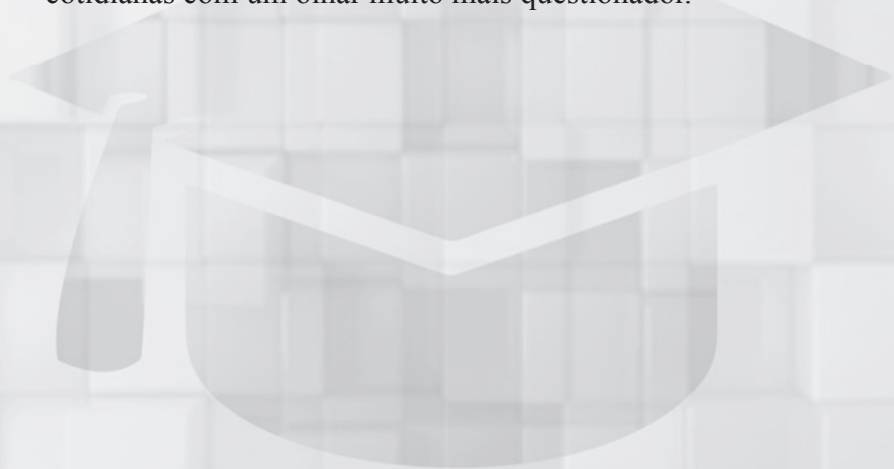
Com o desenvolvimento das atividades do PET-Saúde, percebeu-se a importância do Programa para a capacitação profissional, uma vez que possibilita mais que o aprendizado, a convivência com o cotidiano dos indivíduos que são atendidos pelo projeto, além do exercício de novas metodologias e práticas. A grande contribuição que o PET-Saúde traz para as graduações é principalmente a vivência com a complexidade do campo. Nesses momentos, é possível a correção das lacunas de aprendizado e prática que são comuns em todos os cursos de graduação e que deixam os profissionais egressos inseguros quando no início de sua prática profissional.

A experiência reservou rever novas práticas profissionais tanto aos estudantes em graduações, quanto aos tutores e preceptores, ressaltando a dimensão da linguagem como essencial no processo de saúde e bem-estar.

Na metodologia de grupo foi possível dar espaço para os anseios, esperanças, perspectivas, sofrimentos, tristezas, amores, desilusões e outras histórias particulares que muitas vezes o modelo de políticas públicas de saúde renega.

Constatamos ainda que é preciso construir e disseminar novas formas de intervenção que considerem as especificidades dos sujeitos incluídos nas políticas públicas de saúde para

que o abismo entre o Sistema Único de Saúde que temos e o que desejamos seja diminuído. Neste sentido, são as tecnologias leves, de acolhimento e escuta, por exemplo, que devem ser objeto de investimentos das políticas de saúde. Não há humanização sem a construção de espaços que acolham as queixas e as palavras. O exercício da cidadania implica a consideração de que, somos iguais perante a lei, mas precisamos garantir as diferenças e preservar o que é próprio a cada um: o estatuto da linguagem. Portanto, essas vivências podem modificar a formação profissional levando a repensar as práticas cotidianas com um olhar muito mais questionador.



## Referências

Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). Referências técnicas para a atuação do (a) psicólogo (a) nos Programas de DST e AIDS. **Conselho Federal de Psicologia (CFP)**. [Internet], 2008 [acesso em 04 de maio de 2013]; 94p. Disponível em: <[http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2010/11/DST\\_AIDS.pdf](http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2010/11/DST_AIDS.pdf)>.

Dimenstein, M.; Macedo, J. P. Formação em Psicologia: Requisitos para Atuação na Atenção Primária e Psicossocial. **Psicol., Cienc. Prof.** [Internet], 2012 [acesso em 10 de julho de 2013]; 232-245. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000500017>>.

Esposito, A. P.G.; Kahhale, E. M. P. Profissionais do Sexo: Sentidos Produzidos no Cotidiano de Trabalho e Aspectos Relacionados ao HIV. **Psicol. Reflex.Crit.** [Internet], 2006 [acesso em 08 de agosto de 2013]; 329-339. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722006000200020>>

Ferreira, J. R. et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: Experiências Exitosas de Integração Ensino-serviço. **Rev. Bras.Edu. Med.** [Internet], 2012 [acesso em 02 de agosto de 2013]; 34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a01v36n1s2.pdf>

Moraes, M. L. C. et al. Educação em saúde com prostitutas de Fortaleza: relato de experiência. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], 2008 [acesso em 17 de agosto de 2013]; 1144-1151. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n4/v10n4a27.html](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/v10n4a27.html)>.

Moura, A. D. A. et al. O comportamento de prostitutas em tempos de AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis: como estão se prevenindo? **Texto Contexto Enferm.** [Internet], 2010 [acesso em 29 de julho de 2013]; 545-553. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000300017>>.

Oltramari, L. C.; Camargo, B. V. Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a AIDS. **Estudos de Psicologia** [Internet], 2004 [acesso em 27 de setembro de 2013]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n2/a13v9n2>>.

Paim, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis** [Internet], 2008 [acesso em: 20 de junho de 2013]; 625-644. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000400003>

Silva, A. C. B.; Ferraz, C. O grupo como produtor de singularidades: o processo subjetivo como forjador de singularidades frente às pessoas que vivem com as DSTs. **Rev. Mal-Estar e Subj.** [Internet], 2010 [acesso em 07 de julho de 2013]; 1355-1364. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482010000400013-&lng=pt&nrm-iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000400013-&lng=pt&nrm-iso)>









**FORMAÇÃO  
E PROTAGONISMO**

**Movimento de Reorientação  
da Formação em Saúde:  
Percepção dos Alunos de uma  
Universidade Pública**

**Daiana Kloh  
Kenya Schmidt Reibnitz  
Margarete Maria de Lima  
Aline Bússolo Corrêa**

A formação de recursos humanos para área da saúde representa um dos maiores desafios enfrentados na esfera dos sistemas de saúde e educacional no mundo contemporâneo. Embora tenhamos avançado em alguns aspectos, ainda encontramos um perfil de profissionais de saúde com qualificação insuficiente para gerar mudanças nas práticas de saúde, estando muito distante de um cuidado integral prestado à população (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro tem contribuído para a priorização da área de Trabalho e Educação na saúde na agenda governamental em diversos níveis, instigando a formulação e a implementação de políticas públicas (PINTO et al., 2013) que visam à reorientação da formação para as necessidades de saúde da população brasileira.

Nesse sentido, em 2003 o Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Ministério de Educação (MEC), por meio do Decreto 4.726, cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com o intuito de ampliar ações que estimulem políticas para a formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho no SUS, de forma articulada com as instâncias federativas gestoras do sistema (BRASIL, 2011). Com a reconfiguração das políticas de educação, o Ministério da Saúde, por meio da SGTES, em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (SESu) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação, elaborou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde (BRASIL, 2007).

No ano de 2005, a SGTES divulgou o edital do Pró-Saúde I, que contemplou os cursos de graduação das profissões que integram a Estratégia de Saúde da Família (ESF): Enfer-

magem, Medicina e Odontologia. Em novembro de 2007, o Programa foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da Saúde, com o objetivo de promover a aproximação do ensino com serviços ligados à atenção básica para a reorientação da formação profissional numa abordagem integral e contextualizada do processo saúde/doença na comunidade, sendo reconhecido nacionalmente como Pró-Saúde II (BRASIL, 2007).

Com o Pró-Saúde I e II foram selecionados 354 cursos. No Pró-Saúde II foram selecionados 68 projetos que contemplaram 265 cursos das 14 áreas da saúde envolvidas. Destes projetos, 42 foram de instituições públicas e 26 de privadas. Dentre as 68 instituições selecionadas pelo Pró-Saúde II, 31 estavam localizadas na região sudeste, 16 na região sul, 15 no nordeste, três no centro-oeste e três no norte (BRASIL, 2011).

A Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) foi contemplada em 2005 com o Programa Pró-Saúde I, envolvendo os cursos de enfermagem, medicina e odontologia. Em 2007 a UFSC foi novamente contemplada com edital que incluiu os cursos de nutrição, psicologia, farmácia, serviço social e educação física. Este foi denominado Pró-Saúde II – Centro de Referência em formação para o SUS. O Programa Pró-Saúde II da UFSC foi desenvolvido entre os anos de 2009 a 2012 com o objetivo de reorientar o processo de formação dos cursos de saúde desta instituição para o desenvolvimento de ações de promoção e proteção da saúde, em nível individual, comunitário e populacional (BRASIL, 2011; BRASIL, 2007). Além de integrar e articular as suas ações em andamento com os cursos que compõem o Pró-Saúde I.

A implementação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde e do Programa Pró-Saúde têm como integrantes fundamentais os alunos dos cursos da área da saúde, pois ao de-

envolverem suas atividades acadêmicas próximas às realidades dos serviços têm a oportunidade de vivenciarem situações de saúde reais e concretas.

O projeto Pró-Saúde II da UFSC foi construído para ser desenvolvido em um período de três anos e teve por objetivo reorientar o processo de formação dos cursos de saúde da UFSC para o desenvolvimento de ações de promoção e proteção da saúde, em nível individual, comunitário e populacional, fortalecendo as articulações já institucionalizadas com o SUS, em particular a Rede Docente Assistencial (RDA) –UFSC – Secretária Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS).

A UFSC tem desenvolvido experiências de articulação entre ensino e serviço, incentivando a geração de conhecimento e profissionais engajados no processo de mudança no setor da saúde. Para possibilitar essa articulação ensino serviço, foram pactuados diretrizes gerais entre os cursos que compõem o Pró-Saúde e a SMS, dentre as quais se destacam (REIBNITZ, 2012): rearticular as matrizes curriculares dos cursos, numa perspectiva usuário-centrada; programar discussões conjuntas sobre a integralidade, na avaliação dos projetos políticos pedagógicos para consolidar o perfil dos profissionais; promover ações sócio-educativas mobilizadoras da comunidade para fortalecer os canais de expressão do controle social; conhecer e compreender o papel de cada uma das profissões na equipe de saúde, visando à integralidade do cuidado (reconhecer o núcleo comum e o núcleo específico de cada profissão); promover encontros de formação coletiva com ações de Educação Permanente e pesquisa integrada; criar espaços de encontro e identificação das potencialidades e limitações das diferentes profissões para construção de estratégias interdisciplinares de mudança e inovação nos serviços e no ensino; trabalhar em equipe multiprofissional e de caráter interdisciplinar, que en-



volva profissionais e estudantes, favorecendo a integração das ações de saúde e atividades didático-pedagógicas que ocorrem no nível local, proporcionando vivências coletivas dos acadêmicos dos diferentes cursos, por exemplo, em planejamento comunitário, disciplinas comuns como territorialização e atividades práticas.

Destaca-se ainda que as especificidades de cada curso foram respeitadas, assim como, o tempo para que cada curso da área da saúde promovesse as mudanças curriculares necessárias à formação de profissionais engajados com SUS e articulados com as demais profissões (REIBNITZ, 2012).

Acredita-se que o exercício de aplicar os princípios e diretrizes do SUS durante o processo de formação contribuiu para fundamentar as práticas dos alunos de acordo com os fundamentos teóricos e filosóficos do sistema de saúde brasileiro, propiciando que estes futuros profissionais possam trazer mudanças significativas em suas práticas de saúde à população. Busca-se, assim, uma formação coerente com as prerrogativas do atual sistema de saúde brasileiro. Todavia, cabe questionarmos: os alunos, dos Cursos da área da Saúde da UFSC, estão cientes do processo de reorientação da formação em saúde brasileira?

Este estudo é um recorte do projeto “AVALIAÇÃO DO PROJETO PRÓ-SAÚDE II – Centro de Referência em Formação para o SUS”, que investigou as transformações ocorridas no processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população nos cursos que compõem o Pró-Saúde II da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Assim, este estudo tem como objetivo identificar a percepção dos alunos do curso de graduação em nutrição, psicologia, serviço social, educação física e farmácia sobre o Programa Pró-Saúde II da Universidade Federal de Santa Catarina.

## Método

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa realizado com 25 discentes dos cursos de graduação de nutrição, farmácia, psicologia, serviço social e educação física da UFSC. Foram selecionados cinco alunos de cada curso, sendo três alunos cursando o segundo ano e dois alunos no último ano dos cursos listados anteriormente. Como as respostas começaram a replicar-se, o número de estudantes participantes foi considerado adequada.

Esses participantes foram escolhidos conforme as suas localizações no processo de formação, levando em consideração que os participantes do segundo ano estavam cursando o novo currículo do curso, estruturado a partir do Programa Pró-Saúde. Os alunos do último ano do curso foram convidados pela condição de terem tido a oportunidade de auxiliar nas modificações curriculares de seus respectivos cursos, junto a docentes e técnicos administrativos dos mesmos.

A seleção dos participantes foi feita a partir da lista de aprovação no vestibular da UFSC correspondente à fase na qual se encontravam. O único critério para seleção foi ser estudante de um dos cinco cursos que compõem o Programa Pró-Saúde II. Utilizou-se o blog SorteiosPT para realizar o sorteio de forma aleatória dos números que correspondiam à ordem alfabética do nome dos alunos na lista de aprovação do vestibular.

O convite aos participantes se realizou através da rede social de relacionamentos Facebook. Foram encaminhadas mensagens explicando o projeto e convidando-os a participarem da pesquisa. Aqueles que não responderam as mensagens no prazo de sete dias, foram substituídos, com a realização de novos sorteios.

As entrevistas ocorreram nas dependências da UFSC, a partir de um questionário aberto, contendo os seguintes elemen-

tos: (1) Identificação do sujeito, (2) Percepção sobre o Programa Pró-Saúde, (3) identificação das ações que o Programa Pró-Saúde desenvolveu, (4) percepção sobre a integração entre os cursos da área da saúde, a partir do Programa Pró-Saúde.

Os participantes foram entrevistados entre os meses de abril e junho de 2012. A análise dos dados ocorreu pelo método de análise temática sugerido por Minayo (2010). As entrevistas foram processadas a partir de leitura temática e os extratos pertinentes foram codificados, identificando-se argumentos, significados e relatos de práticas relevantes, em face dos objetivos do trabalho. A análise teve caráter exploratório, sendo usadas medidas estatísticas descritivas (frequências simples). A seguir, levantaram-se os significados das relações e representações dos diferentes participantes, na busca de uma visão abrangente e compreensiva do processo de mudança da formação em saúde. Emergiram duas categorias centrais de análise: Reconhecimento das ações do Programa Pró-Saúde e Integração entre os cursos que participaram do Programa Pró-Saúde.

Esta pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer 2018/2011. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **Resultados**

### **Reconhecimento das Ações do Programa Pró-Saúde**

A UFSC, preocupada em buscar novas experiências que possibilitem os alunos a compreenderem e se aproximarem do SUS, bem como, ciente da necessidade de revisitar a estruturação dos currículos dos cursos de graduação em saúde, tem desenvolvido experiências de articulação entre ensino e serviço,

incentivando a geração de conhecimento e profissionais engajados no processo de mudança no setor da saúde. Nesta perspectiva, a construção dos eixos Pró- Saúde II e a matriz operacional foi realizada através de reuniões conjuntas com a participação dos coordenadores e docentes dos cursos do Pró-Saúde II da UFSC, representantes da Universidade Aberta do SUS (UNASUS)/UFSC, Setor de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, Residência multiprofissional em Saúde, Pró- Saúde I (Enfermagem e Odontologia) e representação dos alunos de todos os cursos envolvidos.

Mesmo com esse movimento de **reorientação curricular**, articulação ensino serviço, é perceptível na fala dos discentes que o reconhecimento do Programa Pró-Saúde da UFSC e as ações desenvolvidas ainda estão distantes da realidade dos alunos, tendo em vista que 76% do total de entrevistados não souberem responder o que é o Pró-Saúde e quais ações desenvolve. Uma pequena parcela (12%) relatou dificuldade em descrever quais as ações desenvolvidas por esse Programa.

Não. Pró-Saúde só se talvez você me esclarecer. (Estudante, Farmácia, 3ª fase)

Olha, eu ouvi falar tanto nas aulas, mas como eu não fui a fundo eu não posso te dizer que eu conheço. Se tu falar eu vou até começar a lembrar. (Estudante, Educação Física, 8ª fase)

Para os alunos do Curso de Psicologia (12%), as ações desenvolvidas pelo Pró-Saúde estavam mais claras em comparação com os alunos dos demais cursos, sendo evidenciadas por intermédio das mudanças no novo currículo (ensino-teoria) implantada no semestre de 2010.1 e com a participação no Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (Pet-Saúde)

da Família e da Saúde Mental, proporcionando maior aproximação com o sistema de saúde brasileiro na atenção básica.

Sim, ele (curso de psicologia) passou por uma reforma curricular. Ele entrou no Pró-Saúde II e com isso no processo de reforma curricular. (Estudante, Psicologia, 8ª fase)

Ressalta-se que a compreensão sobre o Programa Pró-Saúde e a associação do mesmo ao Programa Pet-Saúde estão relacionadas à participação dos alunos no Centro Acadêmico de Psicologia (estrutura formada por alunos da UFSC destinada à discussão dos principais assuntos que envolvem o curso) e no Centros Acadêmicos da Saúde (CASA), composto atualmente por membros dos cursos de educação física, enfermagem, farmácia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia e psicologia, atuando, desse modo, fortemente, na construção e desenvolvimento dos projetos vinculados aos Programas Pró-Saúde e Pet-Saúde.

Conheço o PET (Pet-Saúde) que vem do Pró-Saúde, não participei, mas tive um amigo que participou. Conheço as ações bem por cima, porque eu estava envolvida no Centro Acadêmico e tem o CASA (Centro Acadêmicos da Saúde). E estão sempre participando disso, participaram da construção do projeto, então eu sei algumas coisas em relação a isso que está acontecendo. (Estudante, Psicologia, 8ª fase)

A reforma curricular nos cursos que participam do Pró-Saúde II/UFSC ocorreu em períodos distintos através de um processo de discussão e revisão curricular, sendo que o cur-



so de nutrição implementou seu novo currículo em 2009.1, o de psicologia em 2010.1, o de farmácia em 2012.1, o de serviço social havia realizado a revisão curricular e finalizado em 2012, porém ainda não havia implementado e o curso de educação física incluiu uma disciplina optativa sobre o SUS, disponibilizada em 2012.1. Ao serem questionados sobre a reforma curricular do curso, os alunos entrevistados, na grande maioria (96%), consideram que a reformulação curricular só tende a melhorar os cursos e que gostariam que melhorasse a integração entre os mesmos.

Nesse último ano com a mudança do currículo o curso é generalista. Eu sou do currículo antigo. Essa é a mudança mais significativa, porque ela muda toda a direção do curso. Agora, pelo que eu vi do currículo, o curso está mais voltado para o SUS, que antes não era. (Estudante, Farmácia, 8ª fase)

A minha turma é a última turma a se formar do currículo antigo. Senti que os professores trouxeram metodologias novas, mais práticas, que eram coisas que até então a gente não tinha tanto. (Estudante, Nutrição, 8ª fase)

Apenas um aluno da terceira fase do curso de farmácia referiu estar se sentindo prejudicado com o novo currículo, pois percebeu que não havia professores capacitados para tal.

Porque primeiro que eles querem capacitar a gente para o SUS, mas também não tem professores capacitados para nos capacitar para o SUS. Porque eles também não foram capacitados e eu tô vendo essa dificuldade [...] (Estudante de Farmácia, terceira fase)

## **Integração entre os cursos que participam do Programa Pró-Saúde**

O movimento de reorientação da formação a partir do Programa Pró-Saúde visou aproximar os cursos da área da saúde, incluindo também aqueles cursos que participaram do Programa Pró-Saúde I. A sede da UFSC em Florianópolis é dividida em 11 centros de ensino, sendo que, desses centros quatro localizam os nove cursos da área da saúde e englobando também os cinco cursos que participaram do Pró-Saúde II. O Centro de Ciências da Saúde (CCS) integra os cursos de graduação de enfermagem, farmácia, fonoaudiologia, medicina, nutrição e odontologia; o Centro de Desportos (CDS) o curso de educação física; o Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFH) o curso de psicologia; e o Centro Socioeconômico (CSE) o curso de serviço social.

A percepção dos alunos frente à integração entre os cursos é distinta entre os alunos dos cursos pesquisados. Todos os cursos realizam atividades práticas em instituições de saúde, uns às vezes em mais de uma fase e com maior número de alunos do que outros. Os cenários de práticas envolvidos nos processos de aprendizagem desses cursos foram: Unidades Básicas de Saúde, escolas, restaurantes, locais que comercializam alimentos, instituições nas quais a UFSC tem convênios, hospitais principalmente o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU), conselhos municipais e estaduais de saúde, CAPES, farmácia escola, centro de informações toxicológicas e academias.

Para 60% dos alunos do curso de educação física entrevistados, há integração com os demais cursos, embora prejudicada pelo afastamento geograficamente com os demais cursos da área da saúde (cerca de 1 quilômetro). Muito desta aproxi-

mação se devia à inserção do curso no Programa Pet-Saúde e Núcleo de Apoio à Atenção Básica. Para 40% não existia integração ensino-serviço.

Os alunos do curso de Farmácia entrevistados (20%) reconheceram que existia integração entre os cursos a partir do Programa Pet-Saúde, todavia tratava-se de uma integração realizada em momentos pontuais. Já 40% afirmaram que a integração existia apenas no mercado de trabalho, isto é, observam a integração apenas por profissionais de saúde na assistência, e não durante o processo de formação. E, para 40%, não existia nenhuma integração entre os cursos.

Dos alunos pesquisados do curso de nutrição, apenas 20% informaram que não há integração entre os cursos de graduação. Já 60% buscaram integração entre os cursos, todavia foram atividades pontuais e sendo realizada pelos alunos. E, 20% percebem integração entre os cursos apenas do programa de Pós-Graduação (residência multiprofissional da UFSC).

Na percepção de 60% dos alunos do curso de serviço social entrevistados não há integração, embora reconheçam a importância da mesma. A integração ocorre apenas na teoria para 20% dos alunos. E, assim como os alunos do curso de educação física, 20% alegam que a integração é prejudicada pela localização geográfica do curso de serviço social.

Dos alunos pesquisados do curso de psicologia, 40% dos alunos percebem que a integração parte dos alunos a partir dos Centros Acadêmicos. Enquanto 20% afirmam que a integração entre os cursos está iniciando com as reformas curriculares, em busca do fortalecimento do SUS. Um parcela pequena (20%) desconhece movimento de integração entre os cursos pelo fato de não ser bolsista do Programa Pet-Saúde; e 20% não reconhecem qualquer integração entre os cursos da UFSC.

## Discussão

Este estudo revelou que, na percepção dos alunos, ocorriam modificações curriculares focadas para o sistema de saúde brasileiro e que havia uma aproximação entre os cursos da saúde a partir do Programa Pet-Saúde<sup>(2)</sup> e em momentos pontuais, todavia não identificaram isso como produto ou algo vinculado ao Programa Pró-Saúde.

Destaca-se que o processo de formação de recursos humanos para saúde no Brasil vive um momento de profundas e intensas transformações. Estas são evidenciadas por diversos fatores, tais como ampliação da importância da prática na formação profissional cada vez mais cedo na trajetória formativa do aluno; acelerado processo de produção de conhecimento junto aos serviços de saúde, incluindo a necessidade da educação permanente para os profissionais. Também se observa o aumento do número de cursos de graduação e de pós-graduação na área da saúde, bem como do número de vagas. Ainda, o incentivo crescente do Ministério da Saúde para promover ações de integração entre ensino e serviço, como a criação e ampliação das residências (multiprofissionais e médicas) e o programas como os Pró e Pet-Saúde, que são voltados à reorientação da formação profissional em saúde (NEVES; AZZI, 2013).

Ressalta-se que a articulação entre MEC e MS, identificando objetivos comuns entre os dois ministérios, foi essencial para que se pudessem lançar políticas de reorientação da formação de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro efetivas e de extensão nacional.

---

2 O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) visa “Ampliar e qualificar a força de trabalho em saúde, caracterizando-a como um investimento essencial para a perspectiva de evolução do SUS”<sup>(7:59)</sup>. Para tal, estimula a inserção precoce dos alunos na atenção básica visando à utilização desse meio como cenário de aprendizagem<sup>8</sup>

Estas transformações no ensino eram percebidas pelos alunos, pois os currículos estão gradativamente oportunizando momentos que visam aproximar-se do serviço e perceber como a integração entre as profissões da área da saúde ocorre no campo da prática. Todavia, alunos de alguns cursos conseguiram ter maior clareza do processo de transformação (exemplo do curso de psicologia), e isso pode estar vinculado ao processo de reorientação curricular de cada curso, que ocorreu em momentos distintos, respeitando a necessidade dos atores envolvidos no processo de refletirem e perceberem as mudanças necessárias para uma formação pautada nos fundamentos teóricos e filosóficos do sistema de saúde brasileiro, bem como práticas de ensino que sejam mais dialógicas.

A percepção dos alunos apresenta um alerta no momento de redesenhar os currículos da área da saúde em busca de uma integração focada no trabalho interdisciplinar e em prol do sistema de saúde, que é considerar o espaço geográfico da escola. É necessário pensar em estratégias que aproximem estes campos para além de atividades pontuais e teóricas.

Para tal, o governo brasileiro investiu no Programa Pet-Saúde, através da concessão de bolsas que visam à iniciação dos alunos por meio de estágios, vivências nos serviços de saúde, aproximando-os da realidade e necessidades do sistema de saúde brasileiro, percebendo o processo de trabalho em ato. Destaca-se que o Programa Pet-Saúde concretiza no campo da prática as ações de reestruturação da formação iniciadas pelo Programa Pró-Saúde, ou seja, são programas complementares. Entretanto, estas bolsas são limitadas a um número pequeno de alunos, o que pode gerar nos alunos uma percepção de que as ações do Programa Pró-Saúde são pontuais, em momentos teóricos, ou que é necessário ser bolsista Pet-Saúde para reconhecê-las.



Considera-se também que a orientação curricular proposta pelo Programa Pró-Saúde visa à maior inserção dos alunos nos Centros de Saúde. Nesse sentido, a inserção dos alunos dos diferentes cursos nos Centros de Saúde, após a implantação dos Programas Pró-Saúde e Pet-Saúde sofreu um aumento considerável. Pode-se informar que, no ano de 2005, 18 Centros de Saúde eram campos de prática para o processo de ensino de 647 estudantes e, em 2010, trabalhou-se nessa parceria em 37 Centros de Saúde e em seis outros Centros de Saúde, entre Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Unidades de Prontos Atendimentos (UPAs) e Policlínicas Municipais, com a participação de 1.422 estudantes<sup>10</sup>.

Assim como aumentou o número de alunos na rede realizando estágios curriculares e extracurriculares, tem aumentado significativamente o número total de alunos entre os anos de 2000 a 2010. Somente no curso de psicologia, nos últimos 10 anos foram inseridos 65 alunos; no curso de educação física, foram inseridos 89 alunos; no curso de farmácia, 188 alunos inseridos; no curso de nutrição, foram incluídos 568 alunos e no curso de serviço social foram inseridos 98 alunos nas Unidades Básicas de Saúde de Florianópolis (REIBNTZ et al., 2012).

Desse modo, a imersão dos alunos utilizando o serviço como cenário de desenvolvimento de suas práticas de ensino está favorecendo a sintonia das iniciativas de formação com os princípios do SUS e iniciando a formar profissionais que exercem funções generalistas, habilitados para trabalhar neste sistema (MORAIS et al., 2010).

Em um estudo realizado sobre a percepção dos alunos em relação ao Pet-Saúde (PINTO et al., 2013), os resultados evidenciaram que os mesmos o consideravam como um ponto positivo para gerar discussões e reflexões sobre as atividades

desenvolvidas na atenção primária a saúde. Essas experiências mudam o foco tradicional dos currículos do ensino superior, com foco em conhecimentos e habilidades intelectuais (ATHARI et al., 2013), para um currículo que almeja que o aluno pense criticamente sobre o que está aprendendo. Outro destaque importante em relação à percepção dos alunos frente à integração dos cursos diz respeito a atividades pontuais realizadas interdisciplinarmente. A interdisciplinaridade torna-se sem dúvida um dos grandes desafios do Programa Pró-Saúde, a fim de disseminar saberes e melhorar o aprendizado e construção coletiva sobre o pensar e fazer saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Este mesmo resultado é também percebido em um relato de experiência de uma outra escola sobre as ações e estratégias que estão sendo desenvolvidas pelo Pró-Saúde/Unifor, no qual o maior desafio enfrentado pelo Programa consiste em fortalecer a atuação interdisciplinar, embora esteja caminhando para possibilitar a integração de todos os processos de formação da rede (educação permanente, graduações, especializações e residências) (ALMEIDA et al., 2012).

A partir dos resultados desta pesquisa, torna-se visível a necessidade de investir em divulgação das atividades realizadas pelo Programa Pró-Saúde, bem como em seminários e fóruns para que os alunos e demais membros da comunidade acadêmica possam acompanhar e contribuir com os atuais processos de reorientação da formação.

Como evidenciado em estudo (KLEBA et al., 2012), apesar de persistirem desafios na efetivação das práticas dialógicas, ocorrem processos de modificações da formação significativos, tanto para o serviço como para as escolas de saúde, partindo desde o maior vínculo de professores às ações desenvolvidas pelo Programa Pró-Saúde; aproximação entre profissionais, pro-

fessores e alunos dos diferentes cursos, nas atividades de ensino, pesquisa e encontros de estudos; realização de ações intersetoriais e parcerias e acordo com a comunidade, promovendo a promoção da saúde e o empoderamento de atores e organizações; diversificados cenários de desenvolvimento das práticas pedagógicas dos diferentes cursos, ampliando o diálogo entre os cursos e destes com o serviço e com a comunidade; uso de metodologias ativas no processo de formação, gerando a discussão sobre a realidade dos profissionais de saúde e a união dos diferentes saberes na perspectiva da atuação multiprofissional, entre outras conquistas citadas pelos autores do estudo.

Como afirmam os editores da revista Lancet (HADDAD, 2011), o Brasil foi capaz de implementar reformas profundas em seu sistema de saúde, conseguindo colocar a equidade da atenção à saúde no centro da política nacional, bem como destacar pesquisadores na área da saúde, todavia, possui como desafio o engajamento contínuo da sociedade brasileira para garantir o direito à saúde para todos os brasileiros (VICTORA et al., 2011), e a academia possui, como um dos desafios, o engajamento de todos os seus alunos para reorientação do processo de formação de recursos humanos voltados ao sistema de saúde brasileiro.

Desse modo, o Programa Pró-Saúde é considerado a maior e mais consistente iniciativa à mudança de ensino em curso no mundo, e se tem a convicção de que o SUS precisa de profissionais conscientes e motivados (BRASIL, 2007) para serem cidadãos-profissionais críticos e reflexivos, com conhecimentos, habilidades e atitudes que os tornem aptos a atuarem em um sistema de saúde qualificado e integrado. Todavia, as mudanças nas estruturas curriculares, para alcançar o almejado, irão demandar múltiplos esforços e tempo para se consolidarem (FONSÊCA et al., 2014).

## Considerações

Os resultados desta pesquisa sobre a percepção dos alunos dos cursos da área da saúde que participaram do Programa Pró-Saúde podem influenciar na reorientação das ações e relações pré-estabelecidas entre os atores que viabilizam esta proposta de mudança na formação dos futuros profissionais de saúde, uma vez que a proposta do Programa, como ação estruturante para a reorientação da formação, não era familiar aos alunos. Contudo, isso não significa que o Programa não apresentou mudanças efetivas na formação destes futuros profissionais, mas sim que se faz necessário ampliar o diálogo e elaborar estratégias que esclareçam e fortaleçam as ações propostas e em andamento pelo Programa.

Como recomendação, destaca-se a necessidade de fortalecer a divulgação e estimular um maior envolvimento dos estudantes nas ações desenvolvidas, para que as reorientações realizadas se tornem algo concreto. É importante que esses alunos percebam a real finalidade da sua formação voltada a princípios e diretrizes do SUS e que há uma política governamental com incentivo financeiro para tal, oportunizando melhores condições para a aprendizagem na atenção básica, focalizando o trabalho interdisciplinar e a promoção da saúde e conseqüentemente uma mudança no processo de formação desses futuros profissionais.

## Referências

ALBUQUERQUE, V.S. et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2008; 32(3):356-362.

ALMEIDA, M.M. et al. Teoria à Prática da Interdisciplinaridade: a Experiência do Pró-Saúde Unifor e Seus Nove Cursos de Graduação. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2012; 36 (1): 119-126.

ATHARI, Z. et al. **Assessing critical thinking in medical sciences students in two sequential semesters**: Does it improve?. *JEdu Health Promot.* 2013; 2:5.

BATISTA, K.B.C; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.** São Paulo. 2011; 20(4):884-899.

BRASIL. Ministério da Educação. Série B. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: **SGETS**: políticas e ações. 2011: pp 1-32.

BRASIL. Ministério da Educação; Série C. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. 2007: 1-86.

BRASIL. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802 de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. **Diário Oficial da União.** Brasília, 14 jan. 2008; Seção 1, p. 37.

FONSÊCA, G.S. et al. Education through work: reorienting healthcare professionals' education. **Interface** (Botucatu).[Internet], 2014 mai [acesso em 20 mai 2014]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2014nah-ead/1807-5762-icse-1807-576220130598.pdf>>

HADDAD, A.E. A enfermagem e a Política Nacional de Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS. **Rev Esc Enferm USP.** 2011; 45( 2): 1803-1809.

KLEBA, M.E. et al. Práticas de reorientação na formação em saúde: relato de experiência da universidade comunitária da região de Chapecó. **Cienc Cuid Saude.** 2012; 11(2): 408-414.



MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: HUCITEC; 2010.

MORAIS, F.R.R. et al. A reorientação do ensino e da prática de enfermagem: implantação do Pró-Saúde em Mossoró, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.** 2010 set; 31(3): 442-9.

NEVES, J.M.D; AZZI, L.M.W. A integração ensino e serviço como uma política estratégica. In: FELLA, A.A.; ROCHA, C.M.F.; SANTOS, L.M, editores. **Cadernos da Saúde Coletiva** – integração ensino-serviço caminhos possíveis? Porto Alegre: Rede UNIDA; 2013.

PINTO, A.C.M. et al. Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Ciênc. saúde colet.** 2013; 18(8): 2201-2210.

PINTO I.C.M. et al., Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. **Ciênc. saúde colet.** 2013; 18(6):1525-1534.

REIBNITZ, K.S. et al. Rede Docente Assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: Reflexos da Implantação dos Projetos Pró-Saúde I e II. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2012; 36(1): 68-75.

REIBNITZ, K.S. **AVALIAÇÃO DO PROJETO PRÓ-SAÚDE II** – Centro de Referência em Formação para o SUS. Relatório Final PIBIC, 2012. Trabalho não publicado.

VICTORA, C.G. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet.** 2011;377(9782): 2042-53.

# **FORMAÇÃO E PROTAGONISMO**

## **Vivência de Discentes do Programa de Educação pelo Trabalho na Vigilância em Saúde do Município de Itabuna, Bahia: Relato de Experiência**

**Ângela Aparecida Barreto Barros**

**Gabriela Cerqueira dos Santos**

**Ellen da Anunciação**

**Vitória Solange Ferreira Coelho**

**Alba Lucia Santos Pinheiro**

**Soraya Dantas Santiago dos Anjos**

Num contexto de transição demográfica e epidemiológica, as condições de vida e saúde da população brasileira apresentam importantes alterações retratadas pelo envelhecimento populacional, redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas, além da crescente incidência e prevalência de antigas doenças (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ, 2013).

Reveste-se de importância o papel da Vigilância em Saúde (VS), com práticas voltadas para a observação, monitoramento e avaliação da situação de saúde da população e a implementação de ações capazes de intervir sobre os determinantes, riscos e danos à saúde individual e coletiva de grupos populacionais.

A integração da VS a programas que desenvolvam processos de trabalho envolvendo profissionais, docentes, acadêmicos da área de saúde e a comunidade é necessária para melhor enfrentamento das concepções tradicionais de currículos, que, em geral, impõem “[...] uma cultura da conformidade, da convergência”[...] (Araújo, 2007, p. 34) e regularidade por capturar a criatividade dos alunos e desconhecer impasses socioculturais da comunidade.

Conceber o social como eixo curricular pressupõe pensá-lo, de um lado, como dispositivo articulador de disciplinas na perspectiva acadêmica, de ensino, de extensão, de pesquisa e do mundo do trabalho e, de outro, como orientador de perfis éticos humanistas necessários à formação dos profissionais de saúde (Bosch et al., 2012).

As reformas ocorridas na educação superior tendem a associar flexibilidade, competitividade e avaliação, trazendo a ideia de que a elaboração ou reestruturação dos currículos devam se preocupar, além de suas especificidades, com as exi-

gências do mundo do trabalho e a visão de mundo que se pretende imprimir nos alunos (Marran; Lima; Bagnato, 2015).

A atual forma de ensino dificulta a interdisciplinaridade, visto que se estrutura de forma disciplinar em conteúdos, contribui para execução de ações isoladas pelos membros das equipes de saúde, valorização de práticas fragmentadas, individualizadas e voltadas para o corpo em sofrimento, o que prejudica a articulação de saberes e a produção de um cuidado integral.

Esse modo de operar presente nos currículos conservadores aponta para a necessidade de estruturas curriculares sensíveis às mudanças no mundo do trabalho e às demandas locais (Braid; Machado; Aranha, 2012), tendo o aluno como centro do processo de ensinagem (Aqueveque et al., 2011).

Esse cenário de frequentes mudanças nas instituições gera necessidade de repensar novas modelagens de trabalho e formação que exijam de profissionais, docentes e alunos o aprendizado e a construção de conhecimentos coerentes com as características do contexto sociocultural no qual estão inseridos e em que são desenvolvidas as práticas sanitárias voltadas para a comunidade atendida pelo SUS.

Com o propósito de atender as necessidades de saúde da população e de reorientar a formação e o processo de trabalho dos profissionais de saúde, o Ministério da Saúde (MS), em 2003, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), torna-se responsável pela gestão dos Recursos Humanos em saúde no Brasil.

A implementação de políticas, a exemplo, do Aprender SUS, Programa Nacional de Reorientação da Formação dos Profissionais de Saúde (PRÓ-SAÚDE)<sup>1</sup> e o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde)<sup>2</sup> toma como

ideia síntese a integralidade, a aprendizagem significativa e a Educação Permanente em Saúde (EPS), que influencia os processos formativos com mudanças no modo de ensinar e operar o cuidado dos futuros profissionais.

O PET-Saúde/VS<sup>3</sup> surgiu através de edital temático com o propósito de potencializar a capacidade dos serviços para detecção precoce, avaliação, monitoramento e implementação de respostas apropriadas aos eventos que possam se constituir em emergência de saúde pública.

Esse Programa teve como estratégia de implantação a articulação entre as Instituições de Ensino Superior (IES) e serviços de saúde, visando transformações na formação e na prestação de serviços à população. É entendido como instrumento integrador por fomentar a articulação teórico-prática no cotidiano dos serviços, estimulando a interdisciplinaridade e a abordagem integral do processo saúde-doença e formação de grupos de aprendizagem tutorial (BRASIL, 2007).

Um ensino de qualidade deve assumir o compromisso com uma orientação pedagógica voltada para necessidades dos serviços, da comunidade e dos profissionais de saúde, oportunizando aos discentes vivenciar processos de aprendizagem significativa, contribuindo com a formação de profissionais éticos e políticos comprometidos com a defesa da vida e qualidade da assistência.

A UNESCO (1998) recomenda que a educação superior seja pautada na produção de estudantes cidadãos e cidadãos bem informados, motivados, reflexivos e capazes de analisar e solucionar os problemas da sociedade e de aceitar responsabilidades sociais. Torna-se importante respeitar o educando, no reconhecimento de seu “saber ingênuo”, ou seja, do “conhecimento de experiência feito” proveniente de vivências em va-



riados contextos e práticas sociais e da compreensão de mundo resultante dessas vivências cotidianas (FREIRE, 1996).

Nesse sentido, o PET Saúde/VS poderá contribuir efetivamente na formação de profissionais com visão integral do fazer saúde, na qualificação em serviço dos profissionais, bem como a iniciação ao trabalho, estágios e vivências dirigidas aos acadêmicos da área de saúde.

Assim, a elaboração do presente relato justifica-se por proporcionar uma reflexão acerca das contribuições do PET/VS na formação dos acadêmicos, por possibilitar vivência precoce nos cenários de práticas, estimular o trabalho em equipe, fomentar a criatividade de alunos-docentes-profissionais no estabelecimento de novos modos de educar/ensinar e cuidar, estimular a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e o fortalecimento do SUS.

Além de contribuir com a produção do conhecimento ao estreitar a distância entre teoria e prática, e facilitar a aproximação “práxica” enquanto estratégia rica e produtiva para favorecer o crescimento do conhecimento e [...] estabelecer uma ‘intimidade’ entre os saberes curriculares fundamentais aos alunos e a experiência social que tem como indivíduos [...] (FREIRE, 1996; p. 30) no mundo.

Considerando esses pressupostos, o estudo em questão tem por objetivo compartilhar as experiências vivenciadas pelos discentes da linha de pesquisa Vigilância, Prevenção e Controle da Dengue, no município de Itabuna-BA, que valoriza a práxis acadêmica do ato de conhecer, a indissociável articulação ensino-serviço-comunidade, o trabalho em equipe e a relação dialógica em busca de uma aproximação entre o ideal teórico e a realidade prática inserida nos complexos contextos sócio-histórico-culturais em que modos de ensinar diferenciados podem ser produzidos.

## Produção de uma Trajetória

Este estudo relata as vivências, contribuições, dificuldades e perspectivas na formação acadêmica dos bolsistas que atuam no PET-Saúde/VS do curso de Enfermagem e Biomedicina da UESC, no período de 2013-2014. Quanto ao método optou-se pelo relato de experiência<sup>4</sup>, uma vez que as práticas inseridas precocemente na realidade social visam à melhoria da qualidade de atenção à saúde.

O PET-Saúde/VS Itabuna/UESC/2013-2015 é constituído por dois grupos tutoriais, composto por dois Tutores – docentes do Departamento de Saúde, quatro preceptores, sendo dois da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e dois da 7ª Diretoria Regional de Saúde (7ª DIRES) e dezesseis alunos bolsistas, graduandos dos cursos de enfermagem, biomedicina e medicina veterinária, distribuídos em grupos de quatro para cada preceptor.

Estes atuam em duas linhas de pesquisa: Vigilância, Controle e Prevenção da Dengue; e Vigilância do Óbito Fetal, Materno e por Causas Mal Definidas. O *locus* das vivências são os espaços da SMS e da 7ª DIRES.

O município de Itabuna localiza-se no sul do Estado da Bahia, é sede de Região de Saúde com 22 municípios, possui área de 584 Km<sup>2</sup>, população em torno de 204.667 habitantes e integra a 7ª região administrativa. O Sistema Municipal de Saúde apresenta organização composta por quatro módulos assistenciais, tendo por base a distribuição geográfica por bairros e equipamentos de saúde.

Na SMS, o PET-Saúde/VS<sup>5</sup>, em articulação com a UESC, priorizou como linha de pesquisa a Vigilância, Controle e Prevenção da Dengue, agravado este, epidêmico no município de Itabuna-BA. As ações foram iniciadas em maio/2013 na perspectiva de contribuir com as atividades realizadas para o controle.

Essa linha de pesquisa fundamenta-se em dois subgrupos: Implementação do Sistema de Informação da Febre Amarela e Dengue (SISFAD) e Especialização da Dengue do município de Itabuna-BA. Estes são constituídos por quatro discentes dos Cursos de Enfermagem e Biomedicina, uma preceptora e uma tutora docente da UESC, graduadas em Enfermagem.

Os caminhos percorridos que possibilitaram a produção desta trajetória metodológica foram divididos em dois momentos:

- Inserção e aproximação com o mundo de trabalho

A primeira aproximação com o cenário de prática deu-se por meio da cartografia dos diversos espaços com a intenção de sensibilizar, estimular a criatividade, capacidade de observação, percepção, iniciativa e o potencial crítico dos petianos que atuariam na VS. Realizou-se apresentação do programa e do projeto aos gestores e profissionais da VS-SMS, com o propósito de socializá-lo, apontando suas contribuições para formação, serviços e comunidade.

Após esquadrinhamento, ocorreu o acompanhamento da execução das atividades dos profissionais técnicos pelos bolsistas. Desse modo, as aproximações com o objeto a ser conhecido se deram como uma tentativa de permitir a compreensão e a internalização do arcabouço epistemológico da VS em primeira instância, e na sequência da linha de pesquisa e atuação específica houve a roda de conversa com o entomologista sobre o *Aedes aegypti*, leitura e discussão de protocolos e manuais do MS sobre a temática (gestão, assistência e controle vetorial).

A partir do investimento em conhecimento nacional acumulado sobre o tema que fazem sentido para o cotidiano da VS e possuem relação com os saberes e as práticas do trabalho (embora o conhecer e aproximar-se do objeto permeie todo o

tempo e esteja aberto em várias direções), iniciou-se um planejamento e programação da linha de pesquisa em seus respectivos subgrupos iniciando-se o segundo momento:

- A interpretação do experienciado e vivido gera atos e opera transformações

O incentivo à pesquisa, realização dos tutoriais e rodas de conversas fazem parte do elenco das prioridades do PET Saúde-VS, sendo parte das atribuições desenvolvidas pelos bolsistas no cotidiano dos serviços.

Estes encontros dispararam alguns movimentos que apontaram para a construção de uma caixa de ferramenta<sup>6</sup> que envolveu, dentre outras, a produção de um artigo de Revisão Integrativa de Literatura (RIL), com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre a linha de pesquisa. Para tanto, ocorreram rodas de discussão em que a tutora orientou como pesquisar nas bases indexadas da Biblioteca Virtual de Saúde, visando o levantamento bibliográfico e a definição de palavras-chave a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

A processualidade da construção dessa caixa acerca dos aspectos teórico, conceitual, técnico, metodológico, subjetivo, informacional e midiático permitiu a antropofagia de materiais de expressão que poderiam contribuir com as ações desenvolvidas, novas abordagens de aprendizagem, novos modos de produzir, de fazer, de pensar e ensinar.

A RIL foi apresentada e discutida no encontro mensal com todos os integrantes do programa, o que possibilitou ampliar o debate e socializar as informações adquiridas, horizontalizando as relações de poder e saber entre os envolvidos. Esta revisão já está em fase de finalização e será submetida à publicação.

Tendo como substrato o desenvolvimento das atividades, foram produzidos Boletim Epidemiológico e Entomológico

da Dengue, elaborados resumos e confeccionados pôsteres apresentados em Congresso de Biomedicina, I Encontro do Pró-Saúde e PET-Saúde na UESC e Seminário de Iniciação Científica da UESC.

Foram realizadas análises de relatórios obtidos através do tabulador para *Windows* (TABWIN) dos Sistemas SISFAD e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), apresentações de seminários no âmbito da educação em saúde e manuseio do Sistema de Informação Geográfica da Dengue (SIG-DENGUE).

Outras atividades, mesmo não tendo ligação com a linha de pesquisa adotada, foram executadas por fazerem parte das ações da VS: campanhas de vacinação (Poliomielite e *Influenza*); crítica de fichas de investigação de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT), Declaração de Óbito (DO) e Declaração de Nascidos Vivos (DNV); participação em reunião da Câmara Técnica para análise de óbitos maternos, infantis e fetais investigados; participação no Seminário promovido pelo Fórum de Proteção ao Meio Ambiente do Trabalho (FORUMAT) - Sul/BA e a participação do grupo do PET no treinamento do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP/UESC.

A partir dos encontros dos discentes com o mundo do trabalho, foi construído esse Relato de Experiência composto por diversos olhares com visões objetivas/técnicas, subjetivas, pequenos fragmentos captados das rodas de conversas e dos diálogos empreendidos entre os participantes, os quais muitas vezes as falas de uns se acrescentam às dos outros e reforçam a importância e contribuição do PET-VS para a formação profissional. Dessa forma, se tece a história coletiva construída pelas vivências e experiências apontadas pelas riquezas e desafios.



Por se tratar de um relato de experiência não houve submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Entretanto, foram assegurados os aspectos éticos em estudos que envolvem seres humanos em conformidade com Resolução 466/12 no sentido de preservar o sigilo e a identidade de trabalhadores ou situações que possam ferir os princípios éticos estabelecidos nessas resoluções (BRASIL, 2012).

### **Reflexões e Conexões acerca do Vivido em Ato**

O modelo hegemônico de formação na área da saúde, dito biomédico, baseia-se numa visão cartesiana de divisão corpo e mente, teoria e prática, normal e patológico, desqualificando os aspectos psicológicos, sociais, culturais e ambientais envolvidos no processo de adoecer, gerando uma visão fragmentada de mundo e distanciada das necessidades do ser humano (Braid; Machado; Aranha, 2012; Silva-Júnior, 1998; Franco; Merhy, 2003; Medrano; Díaz; Hoz, 2012).

Essa visão de ensino e mundo tem dificultado a integração e articulação dos diversos conteúdos disciplinares por estarem organizados em uma lógica dicotômica com ênfase em uma concepção de aprendizagem voltada para transmissão do conhecimento que pouco estimula o exercício da criatividade, da autonomia e da reflexão crítica dos alunos ao separar problemas concretos do contexto social.

A vivência no PET/VS abre a possibilidade de outras conexões e arranjos no modo de ensinar, de aprender e de cuidar na singularidade de ser e existir. Conviver e viver precocemente o cotidiano de diversos cenários de aprendizagens descortina para nós um mundo repleto de novidades que passamos a experimentar, a interrogar e a participar da experiência de ensinar e aprender.

Experiência esta que, para Merhy e Abrahão, citando Bondía, deve ser entendida como “aquilo que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca (Abrahão; Merhy, 2014). Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece”.

Para os estudantes, o programa ultrapassa os obstáculos do ensino tradicional por favorecer a experiência de vivenciar o SUS precocemente, permitir a construção coletiva e a “busca de estratégias de superação para problemas/agravos identificados” (SANTOS et al., 2011, p. 580), formando profissionais de saúde conhecedores da realidade social, críticos, questionadores, criativos e capazes de intervir, também, frente às situações de ordem subjetiva.

Caberia acrescentar ainda, que provoca na equipe profissional a reflexão e necessidade de rever conceitos pré-estabelecidos para agregar ao cotidiano, potencializando a apreensão de um novo conhecimento e a produção de outras práticas que articulem modos de saber-fazer com a prestação de uma assistência de qualidade.

A esse respeito, Albuquerque *et al* refere que diversas são as perspectivas de mudanças na formação dos profissionais da saúde, as quais incluem a reflexão e transformação das relações entre o ensino e os serviços de saúde (ALBUQUERQUE et al., 2011).

Para dar conta das ações e atividades da especialização da dengue e do SISFAD, foi produzido ao longo deste trabalho uma caixa de ferramentas que tem subsidiado um saber-fazer implicado com as necessidades dos serviços, indivíduos e coletivos e com a consolidação do SUS.

Aprender, fazendo e mudando e o exercício de um planejamento participativo cheio de movimentos e transversalidade, permitiu a implementação de um conjunto de atividades de cunho informativo, investigativo, analítico e educativo, com características e complexidades diversificadas e diferentes. O fazer interdisciplinar representa possibilidade de aproximação ou estreitamento entre as partes.

A interdisciplinaridade não representa a anulação da disciplinaridade, nem a especificidade de cada saber, mas a possibilidade de uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença [...]. (PINTO et al., 2013, p. 460)”

### **Produção da Caixa de Ferramenta: (Re)significação de um Saber-fazer Operante na VS**

As ações e atividades realizadas na linha de pesquisa Vigilância, Controle e Prevenção da Dengue possibilitaram a integração ensino-serviço-comunidade, exercício da intersectorialidade e interdisciplinaridade, diagnóstico situacional a partir da utilização do SISFAD e Espacialização da Dengue, interação multiprofissional, organização de atividades de educação em saúde, realização da RIL e participação em eventos científicos e cursos.

Ademais, a sistematização e divulgação do conhecimento compartilhado e produzido com os alunos, preceptores, tutores e profissionais da VS através de boletins, nas rodas de discussão, nos estudos de casos dirigidos, aulas dialogadas e seminários nas reuniões mensais com o grande grupo, apontam para o surgimento de práticas e abordagens de ensino-aprendizagem inovadoras e capazes de induzir novos modos de ensinar e cuidar.

O trabalho em equipe no cotidiano dos serviços se apresentou como um dispositivo importante no processo de tomada de decisões mais eficazes, adequadas e oportunas às necessidades de saúde no SUS. É relevante reconhecer que os indivíduos não escolhem arbitrariamente viver ou trabalhar juntos, mas formam novos agrupamentos e diante de cada situação que se apresenta pode, com criatividade, desenvolver novos *modus operandi*, uma vez que trazem consigo suas representações, conhecimentos e vivências anteriores (Navarro; Guimarães; Garanhani, 2013).

No relato de experiência de Nascimento *et al* (2007), o compartilhamento de saberes e a introdução de metodologias ativas facilitou a articulação teoria e prática, melhorou as relações interpessoais no serviços, a postura ética e a implicação e compromisso dos alunos com os serviços e modos cuidadores de assistir (NASCIMENTO *et al.*, 2007).

Acompanhar o processo de trabalho na operacionalização dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) possibilitou conhecer e processar os dados; fazer análise epidemiológica da dengue, traçando o perfil epidemiológico; e as ações de prevenção e controle, buscando integração em todas as etapas do processo de trabalho da dengue.

Esse processo possibilitou a identificação de algumas deficiências dos SIS, como a alimentação irregular dos dados, inconsistência e não preenchimento de alguns campos nas fichas de investigação (SANTOS *et al.*, 2011).

Além destas atividades, foi feito trabalho de campo com os agentes de endemias com o propósito de conhecer a realidade local e supervisionar a execução das ações desenvolvidas; utilizou-se o georreferenciamento como ferramenta para mapear os casos suspeitos de dengue a fim de direcionar as ações e atividades.

Apesar das ações estarem direcionadas ao âmbito da vigilância, prevenção e controle da dengue, o programa possibilitou a integração com outros setores, linhas de investigações e projetos e realização de outras atividades no cenário de prática da VS.

Nesse sentido, houve a participação em reunião da Câmara Técnica para análise de óbitos maternos, infantis e fetais investigados, e também elaboração de relatório de recomendações para os serviços que realizaram o atendimento das mulheres e crianças que foram a óbito. Isto levou à reflexão dos aspectos éticos, humanísticos e deontológicos no exercício profissional.

Na sequência, ocorreu a participação nas campanhas de vacinação contra a Poliomielite e *Influenza*, vacinando, registrando, supervisionando e alimentando o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), atividade esta que tem por objetivo a prevenção de doenças imunopreveníveis.

Ainda houve crítica de fichas de investigação (VIVA, DANT e outros agravos constantes na Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória) e de DO e DNV para alimentação dos SIS, visando a redução de inconsistências das informações coletadas e o seu encaminhamento para outros setores para intervenções pertinentes a cada caso. Corroborando com o exposto neste relato, outros estudos afirmaram que o PET Saúde/VS é um dispositivo facilitador para a integração entre teoria e prática, estímulo ao trabalho em equipe, realização de pesquisa e produção científica, contribuindo para a formação de profissionais que atendam as necessidades do SUS e da sociedade com responsabilidade e postura ética (Nascimento ET AL., 2007; Freitas ET AL., 2013; Pinto ET AL., 2013; Carvalho ET AL., 2015; Ferraz, 2012).



## **Tecendo alguns Comentários e Trilhando outras Possibilidades**

O PET-Saúde/VS promove a qualificação técnica e científica dos discentes através do contato com a comunidade, serviço e a articulação das atividades com o ensino, pesquisa e extensão.

A oportunidade oferecida propiciou aos acadêmicos da área da saúde, enquanto integrantes, um contato mais aprofundado com a realidade da vigilância e controle da dengue num contexto real do SUS, na medida em que houve uma aproximação entre estes, a comunidade e os profissionais de saúde.

As práticas interativas no âmbito da vigilância à saúde proporcionada pela troca de conhecimentos entre acadêmicos de diferentes áreas de saúde, docentes e preceptores foram fundamentais para uma abrangência maior de conhecimento e capacitação profissional dos bolsistas e educação permanente dos trabalhadores e profissionais de saúde.

Além do ganho de experiência em pesquisa científica, os acadêmicos adquiriram conhecimento, informações sobre o sistema de saúde, e principalmente aprenderam e vivenciaram os desafios e o intercâmbio enriquecedor com os profissionais que atuam na promoção de saúde, prevenção e controle de agravos do município de Itabuna-BA, bem como as práticas da equipe da 7ª DIRES.

A interface desenvolvida pelo PET-Saúde/VS, assegurada pela articulação ensino-serviço-comunidade-pesquisa, permitiu aos acadêmicos se envolverem e ampliarem suas visões nas ações e estratégias da VS, na perspectiva de conhecer para intervir. Essa experiência reflete na formação de profissionais de saúde cada vez mais racionais, humanizados e competentes, o que implica no fortalecimento do SUS.

## Notas

<sup>1</sup> O PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2010b) I instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101/2005 (BRASIL, 2005), contemplava inicialmente os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia e foi ampliado para os demais cursos da área de saúde (PRÓ-SAÚDE II) mediante publicação da Portaria Interministerial MS/MEC 3.019/2007.

<sup>2</sup> Criado pela Portaria nº 1.507/2007 e substituído pelas Portarias nº 421 (BRASIL, 2010a) e 422/2010 (BRASIL, 2010b).

<sup>3</sup> O PET Saúde/VS foi lançado pela Portaria Conjunta nº 3/2010 (BRASIL, 2010c), sendo convocado em 2010 e 2012, através dos Editais nº 07 e 28, respectivamente, publicados no Diário Oficial da União.

<sup>4</sup> O relato de experiência descreve e analisa a aplicação de processos, métodos ou ferramentas, contextualizando a experiência, mostrando os resultados e lições aprendidos em uma experiência prática que contribua com avanço do conhecimento. Relatar o processo de desenvolvimento de uma ação social protagonizada pelos alunos como um todo (SANTOS, 2011).

<sup>5</sup> Foram aprovados pelo MS dois grupos tutoriais alinhados a agenda estratégica da VS: Vigilância, prevenção e controle da Dengue e Vigilância do óbito fetal, infantil e materno e por causas mal definidas.

<sup>6</sup> As caixas de ferramentas para Merhy, dos saberes que o trabalhador dispõe para a produção do cuidado em saúde, que quando utilizada, “maior será a possibilidade de compreender o problema de saúde enfrentado e maior a capacidade de enfrentá-lo de modo adequado, tanto para o usuário do serviço quanto para a própria composição dos processos de trabalho”.

## Referências

Abrahão, A. L.; Merhy, E. E. Formação em Saúde e Micropolítica: conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface** (Botucatu). 2014; 18(49): 313-24.

Albuquerque, V. S. et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Rev. bras. educ. méd.** 2008; 32 (3): 356 – 362.

Aqueveque, A. M. V. et al. Construcción en red de un currículo basado en competencias. **Cienc. enferm.** 2011; 17(3): 35-42.

Araújo, D. Noção de competência e organização curricular. **Rev Baiana Saúde Pública** 31.Supl 1 (2007): 32-43.

Araújo, M. B. S.; Rocha, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva.** 2007; 12(2):455-464.

Bosch, M. C.; Rodríguez, R. E.; Victoria, N. P.; García, F. D.; Cruz, L. M. D. Lo social en el currículo de formación de profesionales de la salud. **Educ. med. super.** 2012; 26(3): 450-8.

Braid, L. M. C.; Machado, M. F. A. S.; Aranha, A. C. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. **Interface** (Botucatu) [online]. 2012, vol.16, n.42, p. 679-692.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 12 dez. 2012.

BRASIL. Portaria Conjunta nº 3, de 3 de Março de 2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), o PET Saúde/Vigilância em Saúde. **Diário Oficial da União**, 5 Mar 2010c.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.507, de 22 de junho de 2007. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. **Diário Oficial da União**, 25 Jun 2007.

BRASIL. Portaria Interministerial Nº 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em

Saúde - Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. **Diário Oficial da União**, 4 Nov 2005.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. **Diário Oficial da União**, 5 Mar 2010a.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 422, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. **Diário Oficial da União**, 5 Mar 2010b.

Carvalho, S. O. B.; Duarte, L. R.; Guerrero, J. M. A. Parceria ensino e serviço em unidade básica de saúde como cenário de ensino-aprendizagem. **Trab. educ. saúde**. 2015; 13(1): 123-44.

Ferraz, L. O PET-Saúde e sua Interlocação com o Pró-Saúde a partir da Pesquisa: o Relato dessa Experiência. **Rev. bras. educ. méd.** 2012; 36(1): 166-71.

Franco, T. B.; Merhy, E. E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado a mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy, E. E.; Magalhães Júnior, H. M.; Rimoli, J.; Franco, T. B.; Bueno, W. S. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.

Freire, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa**. 33ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

Freitas, P. H. et al. Repercussões do Pet-Saúde na formação de estudantes da área de saúde. **Esc. Anna Nery**. 2013; 17(3): 496-504.

Marran, A. L.; Lima, P. G.; Bagnato, M. H. S. As Políticas Educacionais e o estágio curricular supervisionado no curso de graduação em enfermagem. **Trab. educ. saúde**. 2015; 13(1): 89-108.

Medrano, T. R.; Díaz, T. T.; Hoz, G. P. La formación de recursos humanos em salud necesarios para el mundo y los paradigmas vigentes. **Educ. med. super**. 2012; 26(4): 635-41.

Nascimento, M. S. et al. Oficinas pedagógicas: construindo estratégias para a ação docente – relato de experiência. **Rev. Saúde.com**. 2007; 3(1): 85-95.

Navarro, A. S. S.; Guimarães, R. L. S.; Garanhani, M. L. Teamwork and its meaning to professionals working in the family health strategy program. **Rev Min Enferm**. 2013 Jan/mar; 17(1): 69-75.

Pinto, A. C. M.. et al. Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2013; 18(8): 2201-10.

Santos, G. Como escrever um relato de experiência. In: **VII Workshop Anual do MPS**; 2011; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação para Promoção da Excelência do Software Brasileiro (Softex); 2011 [acesso 30 Ago 2014]. Disponível em: <<http://www.softex.br/wp-content/uploads/2013/09/Como-escrever-um-relato-de-experi%C3%Aancia.pdf>>

Santos, R. M. et al. Contribuições do PET para a formação de profissionais de saúde: a experiência do PET-Saúde/VS. **Rev Saúde em Debate**. 2011; 35(91): 577-86.

Silva-Júnior, A. G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde**: debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1998. p. 41-52.

UNESCO. **Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI**: Visão e Ação. Paris, 9 de outubro de 1998.

Universidade Estadual de Santa Cruz. Secretaria Municipal de Saúde, 7ª Diretoria Regional de Saúde. **Projeto Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde**. Itabuna, BA: 2013.





# **FORMAÇÃO E PROTAGONISMO**

## **A Práxis da Educação em Saúde: Contribuições na Formação Profissional para o SUS**

**Alice Prearo**

**Renata Leite Alves de Oliveira**

**Márcio Pinheiro Machado**

**Tiago Rocha Pinto**

**Renata Maria Zanardo Romanholi**

**Douglas de Aguiar Manso Ribeiro**

**Marinana Gonçalves Roseghini**

**Ana Clara Ribeiro.**

A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na constituição federal de 1988 pode ser compreendida como uma conquista resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos (CUNHA; CUNHA, 2001).

Nesse processo, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira foi o grande protagonista, aglutinando numa mesma bandeira de luta insatisfações de toda ordem com o sistema público de saúde, fomentando reivindicações pelo reconhecimento da saúde como um atributo de cidadania a ser assegurado pelo estado (FAVARET; OLIVEIRA, 1990).

Desde então, uma série de transformações na lógica da organização do sistema e das práticas em saúde vem ocorrendo no cenário nacional, a exemplo da criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que desde 1994 passou a figurar um novo modelo assistencial capaz de potencializar a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e ordenadora dos cuidados ofertados no SUS (BRASIL, 2006).

Se por um lado há todo um movimento para a adequação do sistema público de saúde às necessidades da população, constata-se que este esforço não vinha ocorrendo no âmbito das Instituições de Ensino Superior (IES) na área da saúde. Deste modo, as IES também foram levadas a reformular a maneira com que vinha formando seus alunos, aliando, entre outras estratégias, uma maior aproximação de alunos de graduação que desde os primeiros anos se utilizam da APS enquanto campo de aprendizagem, favorecendo uma formação profissional condizente com os princípios do SUS e em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Área de Saúde (ROMANHOLI; CYRINO, 2012; DIAS; CYRINO; LASTÓRIA, 2007; FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013;

TRAJMAN et al., 2009; MASSOTE; BELISÁRIO; GONTIJO, 2011; LEITE et al., 2013).

Para tanto, desde 2001, os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) têm formulado uma série de políticas destinadas a promover mudanças na formação e na distribuição geográfica dos profissionais de saúde. De modo geral, as propostas indutoras têm oportunizado uma maior integração entre IES e serviços de saúde, contribuindo para a troca de experiências e transformações nos currículos e cuidados ofertados a população<sup>10,11</sup>. (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005)

Dentre estas, o Programa de Educação pelo Trabalho – Saúde (Pet-Saúde), em particular, foi concebido como uma importante estratégia conectada aos princípios norteadores do SUS, tendo como objetivos a valorização da ESF, na formação permanente e na implantação de projetos coletivos de todos os sujeitos (CYRINO et al., 2012).

### **Contextualização e pressupostos teórico-metodológicos da experiência**

No intuito de consolidar as propostas e estratégias de trabalho entre docentes, profissionais de saúde e estudantes, foi firmada em 2008 a parceria entre a Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/UNESP e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Botucatu-SP.

Uma importante contribuição surge da experiência promovida pelo desenho de trabalho do PET-Saúde, particularmente no trabalho articulado com os profissionais da ESF e nas configurações de ensino-aprendizagem entre os vários atores envolvidos: tutores, preceptores, estudantes monitores bolsistas e estudantes não bolsistas, e no qual está incluso também os agentes comunitários de saúde, a residência mé-

dica e multiprofissional na ESF e a comunidade local (CYRINO et al., 2012).

No arranjo utilizado para viabilizar esta proposta, foi fundamental a articulação de docentes, estudantes, membros da comissão Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-Saúde), profissionais da universidade e dos serviços ligados à disciplina Interação Universidade Serviços e Comunidade (IUSC). A mesma é oferecida aos graduandos do primeiro ao terceiro ano de medicina e do primeiro e segundo ano de enfermagem, sendo considerada fundamental na proposição e consolidação de novos preceitos teórico-metodológicos no processo de formação (PREARO et al., 2009).

Dentre os projetos desenvolvidos no PET-Saúde da FMB/UNESP está o “Adolescer e não adoecer – buscando espaços para o adolescente na atenção primária no interior de São Paulo” que tem como objetivos: 1) identificar entre os adolescentes as demandas de saúde e elaborar estratégias para abordagem destas questões de forma que apropriem destes conhecimentos para aplicá-los e incorporá-los em seu estilo de vida; 2) promover entre os profissionais de saúde a identificação das necessidades de saúde da população adolescente na busca de estratégias para ampliar o acesso aos serviços.

Constituído em 2009, priorizou como foco central de suas ações o levantamento e análise da situação vacinal dos adolescentes do município. Ao longo do tempo, constatou-se a necessidade de ampliar a temática e as propostas de atuação, e em 2013, direcionou sua proposta de trabalho com adolescentes do ensino médio de duas escolas públicas, dentro do espaço de sala de aula.

Atualmente, o grupo é composto por dois tutores docentes do Departamento de Pediatria e de Saúde Pública da FMB/



UNESP, dois preceptores profissionais da SMS, além de seis alunos dos cursos de graduação em medicina e enfermagem. Ainda cabe ressaltar que 24 alunos já participaram do projeto desde o início de suas atividades.

Suas ações seguem um planejamento realizado em reuniões semanais com todo o grupo. Os encontros são fomentados pelo estudo individual e coletivo do tema a ser trabalhado em cada atividade, além da utilização de vídeos, artigos e materiais ilustrativos que possam auxiliar na compreensão do assunto e na sistematização das estratégias de intervenção.

Em 2014, o grupo trabalhou com alunos do primeiro e do terceiro ano do ensino médio em encontros mensais. Os mesmos foram conduzidos a partir da apresentação dos objetivos do projeto e do levantamento de temáticas de interesse dos alunos. Dentre estas: tabagismo, sexualidade/gravidez e DSTs, preconceito, futuro profissional, dentre outras.

Por intermédio do grupo PET- Saúde, a proposta também assumiu o desafio de integrar o conhecimento produzido ao cotidiano da ESF de referência da escola, no intuito de ampliar a troca de saberes e qualificar, principalmente, as possibilidades de abordagem dos Agente Comunitário Saúde (ACS) junto a este seguimento na perspectiva de continuidade deste trabalho pela equipe de saúde.

O grupo tem se apoiado no uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, assim como técnicas e abordagens interativas em todas as suas ações. Nessa perspectiva, a proposição de “Rodas de Conversa” como eixo norteador são compreendidas como facilitadoras do processo comunicacional, e potentes em aproximar e estabelecer espaços de diálogo de forma dinâmica e interativa (MELO; CRUZ, 2014).

Dado o seu caráter de reflexão, as rodas de conversa podem potencializar a construção coletiva de conceitos e pressu-

postos, assim como a desconstrução de saberes prévios e ideologizados, preocupando-se com o debate de diferentes ideias e percepções dos envolvidos. Em síntese, é uma estratégia de educação em saúde que utiliza atividades lúdico-educativas para a promoção da saúde (CARPES et al., 2012).

O marco teórico-conceitual norteador das atividades tem sido pautado no modelo dialógico de educação, direcionado e particularizado para abordagens de temáticas no âmbito da saúde (FREIRE, 2001). Seus ideários apontam para a necessidade de uma nova articulação entre educação e saúde, rompendo com o modelo prescritivo, autoritário e de culpabilização dos indivíduos (VASCONCELOS, 2000).

A partir deste referencial teórico-metodológico é que o grupo PET-Saúde tem conduzido sua proposta de trabalho, promovendo espaços de troca e de reflexão, favorecendo o acesso a informação sobre temas na área de saúde e de importância social, apontadas como áreas de interesse pelo próprio grupo de adolescentes.

Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo apresentar a experiência deste grupo PET-Saúde e suas contribuições no processo de formação profissional ao aproximar alunos nos cenários da APS em espaços de reflexão e prática na área da educação em saúde, balizados por atividades intersetoriais e multidisciplinares direcionadas ao público adolescente.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, desenvolvido a partir de informações obtidas em instrumento formal de avaliação junto aos graduandos que participaram e ainda estão no grupo PET-Saúde, que serão utilizadas para ilustrar e problematizar a experiência apresentada neste estudo.

Para tanto, foram aplicados questionários contendo questões semi-estruturadas que buscaram captar suas percepções e aprendizagens durante todo o processo de vivência no projeto. Além disso, também são trazidos elementos de avaliações realizadas em “rodas de conversa” com o grupo, que permitiram ampliar a compreensão sobre o papel da experiência na formação dos graduandos.

Na análise das informações obtidas nos instrumentos de avaliação, foi utilizada a Análise de Conteúdo, desenvolvida a partir de um recorte transversal e da identificação e sistematização de conteúdos significativos nos relatos (BARDIN, 1988).

Com isso, foi possível estruturar três categorias que expressam questões relevantes em todo processo vivencial representadas como: A educação em saúde como mecanismo de reflexão e instrumentalização profissional; A importância da integração ensino-serviço para o desenvolvimento e fortalecimento das ações; O reconhecimento da interprofissionalidade e do aprendizado para produção científica na formação profissional.

## **Resultados e discussão**

A fim de preservar o anonimato dos graduandos de medicina e enfermagem que são atualmente participantes do projeto, os relatos colhidos dos mesmos foram identificados a partir da letra G (graduandos) e sequência numérica de 1 a 6, ficando assim organizados (G1, G2, G3, G4, G5 e G6).

### **A educação em saúde como mecanismo de reflexão e instrumentalização profissional**

Nesta categoria, estão reunidos relatos que trouxeram inúmeros aspectos de aprendizado que se fizeram possíveis a partir do planejamento e execução das atividades. Os alunos PET-Saúde apresentaram um amplo espectro de questões que

colaboraram para que as atividades tivessem seus objetivos atingidos, ou que demonstraram fragilidades em sua organização e desenvolvimento.

Dentre esses pontos, ressalta-se a preocupação com as particularidades e singularidades do público adolescente ao se planejar e desenvolver as intervenções na escola.

Adolescentes precisam de uma relação de confiança entre eles e aqueles a quem devem ouvir. O que não acontece sem abertura e esforço de ambas as partes. (G2)

Levantar assuntos do seu interesse faz parte da nossa tentativa por conquistar sua atenção. (G4)

Nota-se que G2 enaltece a necessidade de aproximação e estabelecimento de vínculo com os alunos, bem como em direcionar as atividades a partir do levantamento prévio de interesses do grupo alvo. Por sua vez, G4, reforça que as características dos adolescentes devem ser respeitadas e levadas em consideração desde o planejamento, proposição e condução das ações.

Tais apontamentos mostram-se coerentes com orientações de autores da área, quando afirmam ser imprescindível levar em consideração as características e particularidades que envolvem o período da adolescência, uma vez que ela compreende uma série de aspectos marcados por ambivalência de sentimentos e significativas transformações biológicas, sociais e psicológicas (MEYER; KLEIN; ANDRADE, 2007). Além disso, é necessário reconhecer a busca pelo pertencimento e identificação grupal, acompanhadas muitas vezes por experi-

mentações, descobertas, rupturas com valores familiares e sociais e maior exposição a riscos como um todo.

Neste processo de evolução durante o percurso, G1 e G2 percebem a importância de também se preocupar com particularidades de personalidade na interação com os adolescentes e reconhece junto com G6 a necessidade da superação de sua timidez.

Tanto a parte prática, “de mão-de-obra”, quanto à escolha específica da linguagem, mostraram-se indispensáveis no trabalho como os adolescentes. Um público difícil e inteligente. Inteligência esta que precisa ser explorada para o seu desenvolvimento. (G1)

Creio que deveríamos controlar um pouco mais para que todos se soltem e com maior participação dos tímidos. (G2)

Achei que evoluímos bastante em questão de nos aproximarmos dos adolescentes, sentindo-nos menos tímidos e articulando melhor as atividades de apresentação... (G6)

As percepções dos graduandos se assemelham a outras experiências em curso pautadas na perspectiva e nos pressupostos do processo grupal. Entre estas, ressaltam-se a importância de ações que privilegiem a construção de vínculos (saber ouvir, respeitar, incentivar o estudo, estar disponível para dúvidas, ter paciência com o não saber), com foco nos sentimentos de pertencimento, cooperação, tolerância para com os erros e a criatividade<sup>19, 20, 21</sup>. (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008; MEYER; KLEIN; ANDRADE, 2007; VIGOTSKI, 2000)



Nessa perspectiva, G6 e G1 apresentam aspectos que ainda merecem maior atenção e cuidado pelo grupo PET-Saúde, o que revela um amadurecimento quanto ao seu papel e na definição das melhores abordagens e estratégias em cada ação.

Nós acabamos não nos comunicando antes da atividade. Nós sempre fazemos, mas desta vez senti que faltou organização se comparar com as anteriores. (G1)

Faltou discutir mais sobre gravidez na adolescência, já que temos duas grávidas na sala. Como um todo, achei que fomos bem, mas acho que deveríamos focar mais coisas que fizessem parte do cotidiano deles. (G6)

Conforme Meyer, Klein e Andrade (2007) apresentam, torna-se imprescindível compreender a instituição escolar como uma instância envolvida na produção de identidades, bem como com a validação de determinadas formas de viver. É preciso questionar, conhecer e analisar as situações de vulnerabilidade a que estão expostos os/as estudantes, assim como estabelecer parcerias e ações intersetoriais destinadas às particularidades dos jovens nesse contexto.

Como foi exposto, observa-se um grande movimento de aprendizado em todo processo grupal. Questões que vão desde uma maior preparação para atuar junto a especificidade do público, do reconhecimento de temáticas do seu interesse e que façam sentido nas atividades de educação em saúde, passando a ser vistas como fundamentais pelo grupo PET-Saúde.

Os depoimentos dos estudantes ilustram que a experiência proporcionada pelo trabalho de Educação em Saúde alinhada ao modelo dialógico contribuiu para o aprendizado e o desen-

volvimento de novas habilidades. Seus reflexos se fizeram notar numa maior segurança e instrumentalização para a atuação junto ao público adolescente, fomentadas pela discussão teórica e execução das atividades *in locu* nos diferentes momentos.

Tais constatações encontram amparo nos pressupostos da abordagem histórico-cultural e da pedagogia histórico - crítica (SAVIANI, 2008), ao reconhecerem o papel fundamental da atividade e da linguagem na constituição e desenvolvimento humano. Nessa perspectiva, o desenvolvimento sócio-histórico do homem se dá a partir de sua interação com o meio social, da apreensão dos conhecimentos historicamente construídos e contato com os outros indivíduos. Num movimento dialético de apropriação/objetivação é que são forjados os Processos Psicológicos Superiores” ou Funções Tipicamente Humanas (tais como a memória, raciocínio lógico e atenção), as quais não seriam constituídas e evoluídas apartadas de processos de mediação e internalização da cultura humana (VIGOTSKI, 2000; VIGOTSKI, 2001).

### **A importância da integração ensino-serviço para o desenvolvimento e fortalecimento das ações**

Em consonância com outros autores como Ceccim (2004), Feuerwerker (2004) e Albuquerque (2008), este grupo Pet considera a integração ensino-serviço como um trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores com os trabalhadores das equipes e gestores do município, com vistas a favorecer a qualificação profissional e potencializar as possibilidades de cuidado à saúde ofertadas à população.

No contexto local, as reflexões e discussões entre os atores envolvidos apontaram para a importância de se manter o compromisso com os adolescentes mesmo após o término deste projeto. Assim, foram desenhadas novas possibilidades para

a sua continuidade, que foram materializadas em uma nova parceria com os ACS da equipe de saúde de modo concomitante às atividades na escola do bairro.

A partir da construção desta frente de trabalho, foi possível compartilhar a experiência em curso com os adolescentes na escola, além de levantar necessidades e temas considerados importantes na abordagem dos adolescentes que são por eles acompanhados. Com isso, pode-se efetivar espaços de educação permanente, atentando-se para a reflexão e capacitação nos temas levantados, a fim de aprimorar o atendimento e estratégias de atuação junto ao público adolescente.

Com base no instrumento de avaliação respondido pelos graduandos, pudemos reunir nesta mesma categoria, questões fundamentais que tratam da importância do compartilhamento e envolvimento dos profissionais da ESF nas ações desenvolvidas pelo grupo.

De modo geral, os discursos salientam a necessidade de ampliar os espaços de reflexão e de integração com a equipe de saúde:

Mostrar um pouco mais o nosso trabalho para os agentes comunitários foi, acredito, importante para que soubessem que estamos juntos por melhores intervenções em prol da saúde da comunidade. Percebemos quantas dificuldades eles enfrentam para atingir esse público. (G2)

Como podemos perceber em seu relato, G2 ressalta a necessidade de aproximação e reconhecimento das atividades direcionadas ao público adolescente, assim como passa a valorizar ainda mais a importância do trabalho dos ACS diante das dificuldades existentes.

Do mesmo modo, G5 enfatiza os momentos de troca com os ACS, e da importância de apropriação da proposta pelos mesmos a fim de que sejam empoderados para dar continuidade aos trabalhos.

Achei super proveitosa. As agentes se envolveram bastante com a temática e estavam interessadas no nosso trabalho, o que é essencial para a continuidade do projeto mesmo que o grupo Pet não exista mais.

Nesse intuito, corroboramos a constatação do potencial das rodas de conversa como estratégia de intervenção e potentes em provocar mudanças nos modos de produzir saúde. A insistência pela realização de atividades em grupos se deve pela possibilidade do indivíduo criar passagem para o plano coletivo, e assim experimentar o que está além de si, podendo reinventar-se (GADELHA, 2014).

Outros pontos são trazidos na fala da G6 em relação à integração das atividades com os profissionais da unidade, atendo-se para a maior liberdade de expressão na medida em que o vínculo e a confiança vão se construindo.

Gostei quando comentaram e disseram o que queriam e o que poderíamos ajudá-los... Percebi que nesta atividade eles se sentiram mais à vontade com nosso grupo e foi mais proveitosa.

Apesar dos aspectos positivos apresentados anteriormente, G3 também expõe fragilidades nas tentativas de integração, assim como do papel dos graduandos PET-Saúde em conseguir conduzir e escolher estratégias que produzam um maior envolvimento.

Certo que algumas ACS mal participaram da conversa e não expuseram suas opiniões. Mas nesse ponto, creio que poderíamos ter feito alguma coisa mais interessante para incentivar mais a participação de todos.

Autores como Albuquerque et al (2008), ao discutir integração ensino e serviço, destacaram que é preciso investir na sensibilização dos atores inseridos nos cenários onde se desenvolvem os cuidados e o processo de ensino-aprendizagem. Operacionalmente, a universidade deve se preocupar em identificar necessidades dos serviços e cenários de prática, estabelecendo pactos que viabilizem uma aproximação real e duradoura.

Podemos avaliar, a partir dos discursos, que os alunos valorizam e sentem-se úteis ao ter a oportunidade de discutir as experiências em curso com os ACS. Passaram a reconhecer a importância de integrar e somar esforços junto aos profissionais da equipe na condução das atividades, identificando aspectos que possam potencializar e efetivar as relações e intervenções conjuntas.

### **O reconhecimento da interprofissionalidade e do aprendizado para produção científica na formação profissional**

Nesta categoria, procuramos destacar as percepções dos estudantes de medicina e enfermagem no trabalho com profissionais de outras áreas do conhecimento, assim como da valorização de espaços de instrumentalização teórica e preparação para apresentação em eventos científicos.

O conceito de interprofissionalidade adotado neste artigo está em acordo com as proposições de Peduzzi et al (2013), que a compreendem numa perspectiva de aprendizagem comparti-



lhada, catalisada pela interação entre estudantes e/ou profissionais de diferentes áreas, num processo de reconhecimento e troca de saberes que se conectam e ampliam as possibilidades de cuidado em saúde.

G3 ilustra como foi ter participado de uma intervenção que contou com a colaboração da dentista e da nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município.

Foi a atividade mais enriquecedora pra mim, pois a ajuda das profissionais somaram muito na atividade. Seria bom se sempre tivéssemos esse apoio.

De modo semelhante, G5 avalia positivamente a articulação interprofissional nas atividades, embora destaque que isso não garante maior envolvimento dos alunos com as propostas.

Gostei dessa atividade e acho os temas importantes e muito relevantes. Apesar de não ter tido muita atenção pelos alunos, foi muito rico a presença de outros profissionais na atividade.

Já em relação à produção científica, G6 e G1 partilham suas vivências como momentos que lhe exigiram muito empenho, mas também de grande crescimento.

Foi o maior trabalho que tivemos no semestre. Foram várias reuniões e horas extras escrevendo resumos, pôsteres e se preparando pra apresentação oral na frente de uma banca avaliadora. Mas acredito que foi de grande ganho pessoal, e acho que me saí muito bem! (G6).

Pra mim foi algo novo. Nunca tinha apresentado trabalho em congressos antes, mas gostei bastante e com certeza faria de novo (G1).

Tais constatações se assemelham a observações de outras experiências PET-Saúde, que identificaram o potencial de aprendizagem em atividades práticas inseridas no cotidiano das Unidades de Saúde, e de sua contribuição para real integração entre ensino e serviço, assim como na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades necessárias a uma formação condizente com os princípios do SUS (OLIVEIRA et al., 2012).

Com estes autores percebeu-se que as experiências e possibilidades fomentadas pelo grupo foram extremamente significativas e relevantes para a formação dos alunos. Tal como a importância de tornar público o trabalho que se orgulham por estar diretamente implicados em todo processo.

Cabe ressaltar também a participação deste grupo PET-Saúde na disciplina de Interação Universidade Serviço Comunidade (IUSC), principalmente no que tange a educação em saúde voltada para adolescentes. Em vários momentos este grupo de pesquisa foi convidado para discutir e subsidiar os alunos da disciplina em ações voltadas à saúde dos adolescentes.

## **Considerações Finais**

Com base no que foi apresentado, podemos afirmar que a experiência dos graduandos no grupo PET-Saúde tem sido significativa e relevante para formação profissional dos participantes. A educação em saúde assume aqui um papel fundamental para o desenvolvimento de habilidades e atitudes mais compromissadas e condizentes os preceitos do SUS.

Da mesma forma, podemos avaliar que as estratégias têm sido potentes ao gerar espaços de maior reflexão e apropriação teórico-metodológica, principalmente no que tange as proposições de um modelo pautado na comunicação dialógica,

conectada e direcionada ao contexto em que as ações se desenvolvem.

Temos que o projeto tem conseguido superar o modelo biomédico hegemônico, na medida em que tem privilegiado suas atividades em ações intersetoriais, multiprofissionais e com enfoque na integralidade do cuidado em saúde. Além disso, elegeu como foco de suas intervenções o público adolescente, considerado um seguimento que historicamente não procura as unidades de saúde e nem é alvo de ações específicas.

As ações de integração junto aos profissionais da equipe de saúde ainda são pontuais e restritas aos ACS, contudo já é possível perceber um maior envolvimento e reconhecimento do projeto como um todo e, principalmente, no desejo dos profissionais de se instrumentalizar e qualificar suas ações no cotidiano de trabalho.

**Colaboradores:** agradecimentos aos estudantes bolsistas Pet-saúde, Bianca Ires Abrantes Ramos, Eric Jun Hirama, Lucas Barbosa Napolitano de Moraes e Wagner Gonçalves Junior, que participaram em atividades práticas com os alunos de ensino médio, das reuniões de preparação de atividades e da avaliação do processo.

## Referências:

- ALBUQUERQUE, V.S. et al. A integração ensino-serviços no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2008; 32(6): 356-62.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa – Portugal: Edições 70; 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE**. Brasília; 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF; 2006. 26 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED)**. Brasília: O Ministério; 2002.
- CARPES, V.A.C. et al. Roda De Conversa Como Ferramenta Para Reflexão E Construção Coletiva De Conhecimentos Na Formação Acadêmica. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**; 2012; 40(2): 448-51.
- CAVALCANTE, M.B.P.T.; ALVES, M.D.S.; BARROSO, M.G.T. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção de saúde. *Esc. Anna Nery*. **Rev. Enferm.** 2008; 12(3): 555-9.
- CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Rev. Saúde Coletiva**. 2004;14(1):41-65.
- CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2001. p. 285-304.
- CYRINO, E.G. et al. Ensino e pesquisa na estratégia de saúde da família: o PET-Saúde da FMB/Unesp. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2012; 36(1/1): 92-101. ISSN 0100-5502.

DIAS, A.; CYRINO, E.G.; LASTÓRIA, J.C. Conhecimentos e necessidades de aprendizagem de estudantes de fisioterapia sobre a hanseníase. **Hansen**. Int. 2007; 32(1): 9-18.

FAVERET, F.P.; OLIVEIRA P.J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Revista de Planejamento e Políticas Públicas**. 1990; 3: 139-162.

FEUERWERKER, L.C.M.; CAPOZZOLO, A.A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo trabalho em saúde. In: Capozzolo AA, Casseto SJ, Henz AO, organizadores. **Clínica comum: Itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 35-57.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Paz e Terra; 2001.

GADELHA, J.A. **Rodas de conversas sobre a política nacional de Humanização**. [Acesso em: 14/08/2014]. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/5287-rodas-de-conversas-sobre-a-politica-nacional-de-humanizacao-disparammovimentos-nas-unidades-de-saude-de-natal-rn>>.

GOMES, C.M; HORTA, N.C. Promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar. **Rev. APS**, Juiz de Fora. 2010; 13(4):486-99.

LEITE, M.T.S. et al. O programa de educação pelo trabalho para a saúde na formação profissional. **Rev. Bras. Educ. Méd.** 2013; 36(1/1): 111-8.

MASSOTE, A.W; BELISARIO, S.A; GONTIJO, ED. Atenção primária como cenário de prática na percepção de estudantes de medicina. **Rev. Bras. Educ. Méd.** 2011; 35(4): 445-53.

MELO, M.C.H.; CRUZ, G.C. Roda de Conversa: uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo no Ensino Médio. **Revista Imagens da Educação** ISSN 2179-8427 [on-line]. 2014; 4(2).

MEYER, D.E.E.; KLEIN, C.; ANDRADE, S.S. Sexualidade, prazeres e vulnerabilidade: implicações educativas. Belo Horizonte. **Educação em Revista**. 2007; 46: 219-239.

OLIVEIRA, M.L. et al. PET-Saúde: (in)formar e fazer como processo de aprendizagem em serviços de saúde. **Rev. bras. educ. med.** (Rio de Janeiro). 2012; 36 (1/2): 105-111.



PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enf. da USP**, Brasil, v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013. ISSN 1980-220X. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/78051>>. Acesso em: 20 Fev. 2015. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/reeusp.v47i4.78051>.

PREARO, A.Y. et al. O processo de construção do PET-Saúde de Botucatu: desafios para universidade e serviços na formação de profissionais para o SUS. In: **Anais do 47º Congresso Brasileiro de Educação Médica**; Out 2009; Curitiba, PR. Brasil: 17-20.

ROMANHOLI, RMZ; CYRINO, EG. A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. **Interface** (Botucatu). 2012; 16(42): 693-705.

SAVIANI, D. **Pedagogia histórico-crítica**: primeiras aproximações. São Paulo. Cortez; 2008.

TRAJMAN, A. et al. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Educ. Méd.** 2009; 33(1): 24-32.

VASCONCELOS, E. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** 2000; 5(8):121-126.

VIGOTSKI, L.S. (1934). **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo. Martins Fontes; 2001. 496p

VIGOTSKI, L.S. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. Tradução José Cipolla Neto. 6.ed. São Paulo. Martins Fontes, 2000;191p.

# **FORMAÇÃO E PROTAGONISMO**

## **PET-Saúde e sua interface com saberes e práticas na saúde: Desvelando processos formativos interdisciplinares**

**Braulio Nogueira de Oliveira**

**José Pereira Maia Neto**

**Danielly Maia de Queiroz**

**Álvaro Magalhães Cavalcante Pereira**

**Maria Marques Ávila**

**Lucia Conde Oliveira.**

O Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da demarcação normativa da Constituição Federal brasileira de 1988, assume a responsabilidade de orientar o perfil da formação em saúde em consonância com o modelo de atenção e de cuidado priorizado (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013). Desse modo, a formação, tradicionalmente com lócus em hospitais e centrada na doença, foi suscitada a repensar sua orientação teórico-pedagógica e seus cenários de prática (MORETTI-PIRES; BUENO, 2009).

Destarte, Moretti-Pires e Bueno (2009) destacam que o marco legal de fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) não garante, *per si*, a coerência entre teoria e prática, sendo necessário compreender de forma mais aprofundada como os processos formativos são organizados e vivenciados na academia e na sua interlocução com os serviços.

Nessa seara, é notável a resistência por parte das Instituições de Ensino Superior (IES) em disparar mudanças, perpetuando modelos pedagógicos essencialmente conservadores (ALMEIDA-FILHO, 2013; CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Essa realidade pode estar implicada com a influência do modelo fundamentalmente biologicista e hospitalocêntrico, que contribuiu diretamente para a elaboração de currículos fragmentados, baseados em metodologias de ensino tradicionais, centradas no professor e no ensino técnico (BELEI; GIMENIZ; NASCIMENTO, 2008).

Assim sendo, o SUS tem sido efetivo ao reconhecer a necessidade de reorientar a formação profissional, entendendo que o investimento na capacitação dos trabalhadores de saúde reflete na qualidade da atenção prestada à população. Todavia, isto não tem se traduzido tão fortemente na concretização de mudanças nos processos formativos junto às IES (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Diante disso, foi lançado o Progra-

ma Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) em 2005, visando alcançar o necessário alinhamento entre as instituições formadoras e o mundo do trabalho na saúde (MORETTI-PIRES; BUENO, 2009).

O Pró-Saúde emerge como uma proposta integrativa entre ensino e serviço, objetivando essa reorientação supracitada, no que se refere à formação profissional por meio de uma transformação nos processos de aprendizagem e de coprodução do conhecimento, de maneira que possa reverberar nos serviços de saúde (BRASIL, 2007). Os objetivos do programa se estendem, então, desde a formação profissional dos acadêmicos envolvidos, com base em experiências significativas, até a provocação de posturas críticas e reflexivas por parte dos profissionais inseridos nos serviços de saúde.

Foi assim que, em 2007, a Universidade Estadual do Ceará (UECE) concorreu ao Edital da segunda edição do Pró-Saúde, sendo uma das IES contempladas. As graduações envolvidas nesse processo foram: Educação Física, Enfermagem, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.

Nesse mesmo período foi organizado o projeto de extensão “Liga de Saúde da Família” (LSF), inspirado na proposta da Universidade Federal do Ceará (UFC) de formação de equipes de docentes e discentes que atuavam no contexto da ESF, tendo como base a colaboração interprofissional e a perspectiva da aprendizagem social (BARRETO et al., 2011).

Por conseguinte, em 2008, a Portaria Interministerial nº 1.802 foi lançada – a partir da parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação –, instituindo o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que nascia em consonância com as mudanças curriculares propostas pelo Pró-Saúde, buscando fortalecer a integração ensino-serviço,

com ênfase na Atenção Básica (BRASIL, 2008). O objetivo do PET-Saúde se fundamenta, portanto, na formação de grupos de aprendizagem tutorial inseridos no cenário da ESF, pautados nas necessidades do SUS e na indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 2008).

A construção do PET-Saúde-UECE começou, então, a dar os seus primeiros passos e, nesse caminho, realiza-se a integração com a LSF, que possuía como referenciais o método de gestão de coletivos organizados (CAMPOS, 2013) e a educação popular em saúde (VASCONCELOS, 2001) que, com base no estágio de vivência e na inserção comunitária, apresentava um alinhamento com as diretrizes propostas pelo PET-Saúde.

Dessa forma, quando a UECE foi contemplada como uma das IES beneficiadas com o PET-Saúde, manteve-se a proposta metodológica já vivenciada na LSF, porém com o fortalecimento da indissociabilidade das atividades de ensino, pesquisa e extensão, e o diálogo permanente com os profissionais do serviço de saúde, que passaram a assumir a preceptoria.

Assim, além da inserção nos cenários de prática da ESF, as atividades do PET-Saúde também contemplavam os seguintes momentos específicos: rodas de categoria, em que se desenvolviam discussões com docentes e discentes da mesma área profissional; rodas de equipe, em que se reunia um grupo de pessoas por território de atuação; e rodas ampliadas, que representavam momentos onde todos os sujeitos vinculados ao programa se encontravam e compartilhavam diferentes saberes e práticas.

Desse modo, foram muitos os diálogos e os aprendizados adquiridos por meio das vivências proporcionadas pelo PET-Saúde, lições aprendidas a partir da integração ensino/serviço, possibilitados pela inserção e atuação no território vivo



e dinâmico da ESF. Além disso, o método de gestão participativa possibilitou a aproximação na relação entre docentes, discentes e profissionais do serviço.

Destarte, consideramos importante a sistematização e a partilha dessa experiência. Apontamos como sendo consenso entre os participantes do o PET-Saúde-UECE, que houve ganhos significativos nos processos formativos de todos os segmentos envolvidos – docentes, discentes e profissionais. Observamos que o Programa possibilitou, além da aprendizagem de novos conhecimentos teórico-científicos, a ampliação da compreensão da prática interdisciplinar em saúde, por meio de seu caráter vivencial. Além disso, houve o fortalecimento da dinâmica de trabalho em grupo, da gestão participativa, da participação popular e da construção de uma atenção integral aos sujeitos atendidos pelo SUS. Essa reflexão se configurou como a principal motivação para a elaboração do presente texto.

Nosso ponto de partida foi este reconhecimento supracitado dos participantes do PET-Saúde da contribuição deste para a qualificação do processo formativo, configurando-se, portanto, como relevante o registro de tal experiência como fonte de aprendizagem.

Constituíram-se em fontes das informações aqui sistematizadas os registros de diário de campo contendo o resgate da vivência dos autores, enquanto ex-integrantes do PET-Saúde e os dados produzidos durante a observação participante, atividade realizada pelos estudantes como forma de inserção e apreensão das rotinas do serviço, além dos relatórios anuais elaborado pelos tutores e registros dos encontros dos grupos.

No processo de organização e construção sistemática do texto, seguimos as seguintes perguntas norteadoras: Quais as experiências mais significativas proporcionadas pelo PE-

T-Saúde-UECE nos processos formativos dos participantes? Quais os aspectos de maior destaque na construção e desenvolvimento do PET-Saúde-UECE na orientação da prática interdisciplinar em saúde?

Desse modo, o presente relato traça a experiência do processo formativo proporcionado pela participação discente no PET-Saúde-UECE. Visualizou-se que, durante o desenvolvimento do Programa, por meio do método da cogestão, houve um realinhamento da relação professor-aluno, o que nos permitiu a construção de um diálogo aproximado – que evidencia aspectos teórico-científicos e de orientação profissional, mas também alcança um relacionamento afetivo-emocional, com a constituição de vínculos –, o que contribuiu para a consolidação de uma aprendizagem significativa e coerente. Assim sendo, a construção do presente texto se deu de maneira crítica, através do diálogo entre docentes e discentes de diferentes áreas do campo da saúde.

### **Percurso metodológico**

A proposta metodológica da sistematização de experiência adotada para este relato é uma forma de apreensão do vivido pelos egressos do PET-Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), a partir da discussão e análise crítica da vivência, no sentido de comunicá-la, assim como explicitar o processo formativo imbricado em sua realização. A estrutura do texto seguiu a proposta metodológica de Holliday (2006), cuja principal característica reside no fato de serem os autores os sujeitos da experiência da qual devem ter os registros que subsidiarão o relato.

Conforme Holliday (2006), a sistematização de experiências organiza os conhecimentos desordenados e as variadas percepções que surgiram durante o percurso da experiência

vivida, permitindo uma compreensão mais profunda da mesma. Além disso, o que se destaca na reflexão sistematizada é que ela busca penetrar no âmago da dinâmica do vivido, aprofundando-se nos processos sociais, perpassando por seus elementos e suas relações, de maneira a permitir identificar as contradições, tensões, possibilidades e dificuldades em todas as suas etapas, para, ao final, extrair os ensinamentos que possam contribuir para o enriquecimento tanto da prática, como da teoria.

O autor supracitado ensina que não existe um modelo de sistematização único, porém propõe uma estrutura que contempla os seguintes passos: definir o ponto de partida e as perguntas iniciais; recuperar o processo vivido; fazer a análise crítica do processo considerando o contexto em que ocorreu a vivência e, por fim, definir o que a experiência proporcionou em termos de aprendizado, considerando-se os conhecimentos prévios ou os pontos de partida<sup>11</sup>, os quais estruturam este relato.

Os cenários da experiência foram a UECE e cinco Centros de Saúde da Família (CSF) localizados na Secretaria Executiva Regional IV do município de Fortaleza, Ceará, nordeste do Brasil, envolvidos com as atividades do PET-Saúde no período de 2009-2012.

Os sujeitos da experiência foram 5 professores, sendo 4 tutores dos cursos de Medicina, Nutrição, Psicologia e Serviço Social e uma coordenadora; 36 estudantes bolsistas e 44 não-bolsistas dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Psicologia e Serviço Social, além de 18 profissionais do serviço de saúde como preceptores.

Os registros foram resgatados dos diários de campo dos estudantes, atas de reunião dos grupos e relatórios anuais das

atividades do PET-Saúde, no período abrangido por este relato. Essas informações empíricas fazem parte da pesquisa intitulada “Participação Popular na Estratégia Saúde da Família”, que contou com aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE (parecer 09230420-6).

## **O resgate do vivido e a reflexão crítica sobre as lições aprendidas**

A nossa inserção, enquanto integrantes do PET-Saúde, nas unidades de saúde e no território, se deu de modo lento e gradual, em 2009, por meio de encontros permeados por expectativas, inseguranças, desafios e disposição para aprendizagem em desenvolver práticas comunitárias compartilhadas. Esse sentimento era sinérgico por parte de alguns trabalhadores de saúde, que estavam igualmente curiosos e vislumbravam transformações positivas e significativas para o cotidiano dos serviços e da comunidade.

Na fase inicial de nosso encontro com a comunidade, desenvolvemos o processo de territorialização. Como estratégia metodológica, utilizamos a observação participante, com fins de registrar os momentos nos diários de campo – sistematizando informações empíricas –, os quais, além de fornecer dados para a atividade de pesquisa que realizávamos como exigência do Programa, eram subsídios valiosos para o planejamento e execução de atividades formativas e terapêuticas junto à comunidade.

As discussões e reflexões sobre a territorialização nos possibilitou entender que, mais do que um mecanismo de divisão da população adscrita, esta se constitui em dispositivo potente no que concerne ao conhecimento da dinâmica da comunidade e de suas respectivas potencialidades e fragilidades. A atuação nessa perspectiva é importante para o desenvolvimento de prá-

ticas condizentes com a prerrogativa da educação popular em saúde – basilar para o presente estudo. Além disso, evidenciase, sob uma ótica dialética, que essa realidade se reconstrói continuamente. Desse modo, buscamos estabelecer um diálogo com os trabalhadores de saúde sobre a realidade analisada, com vistas a discutir o seu caráter transversal e necessário ao antes e depois da organização dos serviços de saúde.

Apontamos, no entanto, fruto de nossas observações, que essa dimensão não é fácil de ser concretizada no cotidiano das práticas e que, muitas vezes, os profissionais se centram na lógica gerencial e organizativa da territorialização, conforme é apontado em estudo realizado por Santos e Rigotto (2011). Estes autores afirmam que, muitas vezes, a concepção de territorialização preponderante na prática dos profissionais do SUS, limita-se à dimensão gerencial de distribuição geográfica de profissionais por população adscrita<sup>(a)</sup>.<sup>3</sup>

Norteados por essa perspectiva ampliada de territorialização, inserimo-nos em atividades de conhecimento e integração dos CSF e de seus territórios circunscritos, estabelecendo contatos e descrevendo a realidade captada em diferentes equipamentos sociais, tais como: escolas, igrejas, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência ao Idoso, associação de moradores, Centros Esportivos e Culturais e praças. Tais atividades contribuíram para aumentar a compreensão acerca da realidade vivenciada pela população e, por conseguinte, entender a produção do cuidado em saúde de maneira contextualizada.

---

3<sup>a</sup> De acordo com a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. A partir desse conceito de responsabilização, deve-se adscrever uma população a uma equipe de saúde, uma unidade ou um serviço, numa lógica numérica que permita que a oferta de serviço seja adequada às necessidades da população. A adscrição é realizada através do cadastro das famílias, por micro área através das fichas do Sistema de Informação na Atenção Básica.



A atuação nessa perspectiva é relevante para o desenvolvimento de práticas condizentes com a prerrogativa da educação popular em saúde – basilar em nossa proposta. Além disso, evidencia-se, sob uma ótica dialética, que essa realidade se reconstrói continuamente. Desse modo, buscamos estabelecer um diálogo com as comunidades sobre a realidade dos territórios vivos, com vistas a discutir estratégias de intervenção em sintonia com os interesses locais.

Essa inserção para além da necessidade organizativa do serviço possibilitou conhecer melhor o funcionamento de diversos equipamentos sociais da comunidade, em especial, aqueles que contavam com maior integração com a unidade de saúde, como escolas, creches, projetos sociais, igrejas, Centros de Referência de Assistência Social, Centros de Referência ao Idoso, associações. O que nos permitiu compreender os caminhos em que se davam (ou não) as articulações intersetoriais, em especial, da rede social de apoio local no contexto em questão.

Nessa seara, salientamos que muitas das ações promovidas pelos profissionais nos referidos espaços se centravam em atividades pontuais, sem o estabelecimento de um real diálogo entre os serviços. Diante disso, as equipes do PET-Saúde buscaram estimular a realização de práticas de educação em saúde, tratando de temas que eram solicitados pelos coordenadores dos equipamentos sociais, que os elegiam como demanda da população. Assim, foram realizadas atividades sobre Violência contra a criança, com a efetiva participação de pais e educadores sociais de um projeto de proteção social básica - Aprender, Brincar e Crescer (ABC)<sup>(b)</sup>.<sup>4</sup> Aí também foram realizadas

---

<sup>4</sup> <sup>b</sup> Projeto ABC, tem como objetivo atender à população infanto-juvenil em situação de vulnerabilidade e risco social, com atividades educativas, culturais, artísticas, esportivas, produtivas e de iniciação profissional, em parceria governo e comunidade.

outras atividades, tais como grupos de alimentação saudável, conversas sobre a importância da higiene bucal, da prevenção contra Doenças Sexualmente Transmissíveis e Gravidez indesejada, entre outros. Também foram realizadas atividades em escolas da comunidade e na igreja, sempre articulando profissionais do serviço de saúde e do equipamento social onde as atividades eram realizadas.

Essas ações potencializaram a articulação entre os serviços, estimulando o diálogo entre os profissionais que repercutiu na solicitação de outras atividades, tais como: conversas com professores, alunos e familiares, sobre condutas de higiene pessoal (isso havia sido solicitado pela Escola ao CSF, porque haviam identificado grande quantidade de crianças com piolho capilar). Assim como a participação em gincana sobre estratégias de prevenção do mosquito da Dengue.

Cabe destacar, no entanto, que a integração serviços / equipamentos sociais se dava parcialmente, com ações pontuais, principalmente, voltadas para práticas de educação em saúde, não representando, portanto, o caráter orgânico nas práticas dos profissionais de saúde. Em um dos territórios, os desdobramentos da territorialização, com realização de encontros entre os diferentes sujeitos institucionais e comunitários, gerou o interesse em criar a Rede Intersetorial do Vila União (REIVU) que passou a funcionar de forma autônoma por um dado período, promovendo campanhas de saúde, em defesa do meio ambiente, contra a violência e promovendo a intersetorialidade.

## **Desenhando a roda**

Para que as ações desenvolvidas no PET-Saúde ganhassem vida no cotidiano dos serviços e servissem de matéria-prima para disparar reflexões teóricas nos momentos de discussão coletiva, organizávamos encontros sistemáticos balizados pelo

método da roda (CAMPOS, 2013) em suas diferentes dimensões: rodas de categoria, de equipe e rodas ampliadas em cada uma buscamos operar as dimensões administrativa, terapêutica, pedagógica e política, conforme a necessidade apontada pelo grupo.

Campos (2013) admite que nesses espaços coletivos de análise e cogestão, a função clássica de administrar e planejar está presente, mas divide espaço com o caráter político, capaz de transformar as relações de poder e construir processos democráticos, e com as funções pedagógica e terapêutica, capazes de influir diretamente na produção de subjetividade e, consequentemente, na constituição de sujeitos.

Nas rodas de categoria, geralmente composta por docentes e discentes, procurávamos discutir aspectos relacionados ao núcleo profissional, estudando conteúdos específicos e como era percebido o saber e o fazer de cada profissão naquele cenário. Essa era uma oportunidade ímpar para os discentes de entrar em contato e refletir sobre esse contexto de trabalho, no SUS “real”, oportunidade reconhecida pelos sujeitos como ainda tão escassa na formação.

Nas rodas de equipe, com a participação dos preceptores e discentes, as discussões giravam em torno do campo comum da saúde coletiva, daquilo que tanto no processo formativo quanto no contexto do trabalho poderia ser atribuído a todos os integrantes que compunham a equipe. Como cada território de atuação tinha suas singularidades, seus desafios e suas potencialidades, a ideia desse espaço era discutir aspectos que fortalecessem o trabalho em equipe, pautados em ações norteadas por alguma necessidade de saúde identificada no território.

Já as rodas ampliadas tinham periodicidade mensal, e envolviam todos os sujeitos vinculados ao PET-Saúde: discen-

tes, docentes, tutores e preceptores (profissionais vinculados ao programa por meio de seleção pública, lotados nas unidades de saúde). Boa parte das decisões concernentes às linhas gerais de atuação do PET-Saúde eram pautadas e deliberadas nesses encontros. Além disso, ocorriam momentos de socialização e discussão crítica acerca das ações realizadas, estudos e sistematizações relacionadas à pesquisa desenvolvida, e ainda momentos de integração (cuja dimensão terapêutica era intensamente trabalhada).

O desenho dessas rodas, alicerçado no referencial de Campos (2013), foi relevante para os diversos sujeitos implicados com o PET-Saúde, na medida em que consistiu em um processo formativo com a construção de relações mais horizontais e norteadas, também, por problemáticas reais identificadas no cotidiano das unidades de saúde. Fora importante planejar e, ainda mais importante, construir diálogos plurais e ações pedagógicas significativas e contextualizadas, que não negligenciavam os afetos. Além disso, evidenciamos que as ações eram permeadas por questões que pautavam as relações de poder, fosse na academia, fosse no cenário das unidades de saúde, no qual permeava a relação serviço/comunidade, produzindo uma atenção complexa, crítica e pautada em singularidades.

## **Educação em saúde como uma ação permanente**

Ao observarmos e refletirmos sobre os processos formativos dos profissionais dos serviços, sobressaiu a fragilidade das ações de educação em saúde rotineiramente realizadas, na medida em que se identifica a ausência da subjetividade nos manuais de ensino e aprendizagem. Ressalta-se que essa subjetividade está presente em todo processo assistencial, da saúde e da produção pedagógica e, portanto, tem-se como incongruente a sua baixa representatividade nos cursos e materiais

produzidos. Salienta-se que a educação em saúde poderá obter um êxito maior quando se efetivarem mudanças nas subjetividades dos trabalhadores (FRANCO, 2007), e, para isso, é preciso que haja uma conexão mais contextualizada do material teórico-pedagógico e a prática vivenciada.

Conforme Franco (2007), essa prática de educação em saúde, na maioria das vezes, é concebida como distante do cotidiano e do saber dos trabalhadores, o que a torna desconexa e ineficaz. Além disso, existe uma forte ideia de que os educadores são detentores absolutos do saber e, por isso, os trabalhadores têm que se dobrarem frente aos processos pensados por eles.

A realização da educação em saúde como uma ação permanente e transformadora requer perceber sua função estratégica na mudança das práticas de cuidado. Essas ações que buscam a uma prática educacional com perspectiva libertária – com pretensões de provocar mudanças nos sujeitos e no SUS –, são reivindicadas por aqueles que lutam por serviços de saúde voltados às necessidades dos usuários. Diante disso, a educação é vista como além da relação ensino-aprendizagem, com o sentido de criar grupos-sujeito capazes de assumir para si o protagonismo, sob certa intencionalidade, que determina o desenvolvimento do SUS (FRANCO, 2007).

Nesse íterim, compreendemos que a aproximação da Universidade ao cotidiano das práticas, proporcionada pelo PET-Saúde, contribuiu para os processos formativos não apenas dos alunos, mas, também, dos profissionais que estão nos serviços. A partir do estabelecimento do diálogo entre esses diferentes atores, observamos a potencialidade da troca de experiências entre os estudantes (com seus conhecimentos técnicos-científicos atuais), e os trabalhadores de saúde (com sua vivência prática). Produzindo saberes e práticas singulares, significativos e condizentes com a realidade dos usuários.



Consideramos importante frisar a necessidade de que exista essa valorização das trocas interpessoais que acontecem nos contatos formais, como nas consultas, reuniões educativas, visitas domiciliares; assim como nos encontros nos corredores (VASCONCELOS, 2001). Nessa perspectiva, adotamos o elemento semântico “troca” de modo intencional, na medida em que este contrasta com práticas fundadas na transmissão do conhecimento. Ademais, destacamos que na realidade estudada, algumas das temáticas abordadas não partiram de demandas dos usuários, mas sim, pelo que se acreditava ser de interesse da maioria, reproduzindo a passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais, acrílicos mas tão imbricados com nossos processos formativos, que se tornam naturais.

Nas atividades coletivas de educação em saúde realizadas pelos profissionais, predominava a transmissão de conhecimentos por meio de metodologias passivas, evidenciando-se a difusão de informações e a persuasão dos indivíduos, tensionados a adotar comportamentos saudáveis. Nesse contexto, via de regra, o indivíduo é percebido como o responsável pela sua saúde e culpado por sua doença, desconsiderando que ele está inserido em relações culturais, políticas e econômicas, que determinam e condicionam seu modo de andar a vida (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

A reflexão crítica sobre a educação em saúde realizada pelo serviço nos levou a contrapor essa postura tradicional com o que preconiza a educação popular em saúde e viabilizou o desenvolvimento de posturas direcionadas a não reprodução dessas práticas, sem contudo menosprezar o desafio que isto representa, dada a compreensão que o “popular” da Educação em Saúde implica nos conceitos de libertação, autonomia e de co-gestão, contribuindo para a construção de sujeitos sociais (PEDROSA, 2001) e que, no Brasil, as práticas verticais ain-

da predominam apesar de novas concepções que, estão sendo incorporadas, traduzirem experiências inovadoras e desejos de transformação, o que, no entanto, se dá num contexto onde as mudanças estruturais necessárias ainda estão em processo.

Nesse sentido, o papel do educador em saúde é muito mais “ajudar o grupo a pensar” que “pensar pelo grupo”, é mais questionar do que discursar, mais assessorar que decidir, contribuindo para o crescimento da autonomia e da consciência do grupo. Os profissionais de saúde necessitam ampliar sua consciência sobre seu ser e estar no mundo, encontrar formas de superação dos limites de sua prática, e contribuir para que os usuários também o façam (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

No contexto desta experiência, as atividades de educação em saúde dos profissionais de saúde, não estão, de fato, incorporadas à rotina de trabalho de toda a equipe, sendo realizadas como práticas pontuais, muitas vezes improvisadas. Para isso contribuem vários fatores: precariedade de estrutura, material, recursos humanos pouco capacitados e compreensão limitada da educação em saúde como componente do cuidado em saúde, tanto por parte dos profissionais, quanto dos usuários.

## **Fortalecimento do Controle Social**

Paralelamente às atividades observadas e vivenciadas, pesquisas foram realizadas no PET-Saúde objetivando o estudo da participação popular na Estratégia Saúde da Família que, em muitas situações, guiava nosso olhar para as questões relacionadas a esse objeto. Sob a ótica da participação institucionalizada, observamos que apenas um, dos cinco CSF, cenários de nossa atuação como petianos, tinha Conselho Local de Saúde (CLS) articulado. Além disso, a atuação dos movimentos sociais na comunidade foi considerada tímida diante de sua potencialidade.

Quanto aos CLS, estes começaram a ser formados ainda na década de 1980, durante as lutas pela Reforma Sanitária. Contudo, somente em 2000 foram regulamentados por meio do decreto municipal nº 10.842.

Uma das atribuições do CLS, disposta na resolução nº 10 de 2001 do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, é garantir a formação de comissões a partir das necessidades da área de abrangência da unidade de saúde e estimular a inter-setorialidade na comunidade, abrindo espaço de discussão de questões referente à segurança, ao saneamento básico, à educação, ao lazer, dentre outras (OLIVEIRA, 2006). Assim, passamos a centrar nossas ações no sentido de fortalecer esses espaços, por identificar sua importância como dispositivo de mobilização social ao mesmo tempo em que procurávamos compreender as dificuldades para o funcionamento do CLS.

Na realidade específica dos CSF em que estávamos inseridos, percebíamos movimentos contraditórios, visto que algumas pessoas demonstravam entusiasmo e esperança, enquanto outras expressavam descrédito e desinteresse em revitalizar esse dispositivo. Em estudo realizado com conselheiros de saúde, Oliveira (2006) aponta alguns fatores condicionantes para essa inatividade dos CLS, tais como a falta de apoio da gestão e a ausência de movimentos populares na área de abrangência.

As discussões quanto ao desinteresse da comunidade em participar das atividades inerentes ao CLS e dos movimentos sociais, ajudaram a refletir sobre tal fato ser um sintoma da sociedade brasileira, pós movimento de democratização, onde, segundo alguns estudiosos, tal situação indica um refluxo dos movimentos sociais, ou, ainda, um desencanto da população com os processos democráticos (BAQUERO, 2001; CARDOSO, 1994).

Em uma perspectiva sócio histórica, a recorrente exclusão das classes populares da participação nas decisões e a cultura

política da não-participação, assim como o desconhecimento dos próprios direitos, são características fundantes na sociedade brasileira que interferem diretamente nos processos participativos (OLIVEIRA, 2006).

Mediante tais reflexões, passamos a atuar como apoiadores dos trabalhadores em saúde com interesse em trabalhar na perspectiva de fortalecer o controle social, em especial, na revitalização dos CLS. A função de apoiador, e não de referência nesse movimento, foi uma opção consciente baseada em duas premissas: (i) Essa tarefa precisava ser significativa para os atores envolvidos, algo imbricado nas práticas dos trabalhadores em saúde; (ii) A necessidade de continuidade do movimento após findo o percurso do PET-Saúde com a temática naquele território específico.

Dadas tais premissas, o caminho seguido para apoiar o processo de revitalização foi o planejamento participativo (PP) realizado em cada CLS, se adequando às suas singularidades, sem fugir, porém, ao método que subsidia o PP. De modo geral, o PP iniciou com a problematização a respeito da temática ‘participação popular’ nas rodas das unidades de saúde. Partindo do interesse dos trabalhadores em saúde, realizamos um encontro, para elaboração de um plano de ação participativo no sentido de contemplar, dentre outros objetivos, a revitalização do CLS.

Nessa elaboração utilizamos um instrumental, que definia atividades, objetivos, passos metodológicos, prazos e responsáveis. Esse material foi debatido coletivamente em subgrupos, e, posteriormente, apresentado para aprovação em plenária. Em seguida, consolidamos as propostas que emergiram dos subgrupos e partimos para o desenvolvimento do plano de ação. Dentre essas propostas, destaca-se a realização de reuniões descentralizadas, em cada microárea das unidades de saúde, iniciativa decorrente da identificação que um dos motivos



para a não participação dos usuários consistia em barreiras, geográficas ou econômicas, para se deslocar até o local das reuniões, em geral, no próprio CSF. A partir disso, foram feitas reuniões em equipamentos sociais diversos, no qual os agentes comunitários de saúde (ACS) responsabilizavam-se pela mobilização dos usuários.

O objetivo desses encontros, planejados previamente pelos integrantes do PET-Saúde e geralmente mediados pelos ACS, foi realizar um diálogo com a comunidade a respeito da desarticulação do CLS e da importância da participação popular no contexto do SUS, em busca de desenvolver um processo dialógico e potente, no sentido de promover transformações contínuas nas práticas.

Findas as reuniões descentralizadas, ocorreu o processo eletivo, ao qual estivemos atentos à conformação da composição do conselho, para que possuísse devida legitimidade como representante da sociedade civil no Conselho Municipal de Saúde (CMS). De acordo com o direcionamento do CMS e do Conselho Regional da SER IV, o CLS deveria seguir a legislação garantindo a paridade de 50% na representação dos usuários, formada pelas entidades comunitárias e organizações da sociedade civil das áreas de abrangência da unidade.

A revitalização dos CLS representou, para a comunidade, um reforço na luta pelo direito à saúde. A realização do PP foi fundamental para que os trabalhadores pudessem compreender o ‘por quê’, o ‘para que’ e o ‘para quem’ estavam fazendo. A reflexão do grupo foi no sentido que o planejamento, em sua modalidade participativa, pode gerar frutos fecundos no que concerne ao enfrentamento dos problemas da comunidade.

Para nós petianos, foi um aprendizado para além da formação acadêmica a qual jamais teríamos acesso senão pelo PET-Saúde.



## O ponto de chegada

O desenvolvimento do PET/Saúde – em seu caráter de formação em campo – promoveu (des)construções importantes para os sujeitos que vivenciaram o período em foco neste artigo. Representou um diferencial positivo em diferentes aspectos, principalmente no que se refere: à vivência da interdisciplinaridade, por meio do trabalho em equipe; ao olhar para a integralidade, pela interface dos diferentes saberes; e do controle social, que muda o foco do usuário como “paciente” para um lugar de “sujeito”, com o fortalecimento da autonomia e da corresponsabilidade do cuidado. Destarte, observamos o advento de um processo formativo mais significativo, contextualizado e crítico para os integrantes desse programa.

Destacamos que a oportunidade de conhecer o saber-fazer das demais profissões, ainda durante a graduação, multiplicou as chances e as possibilidades de uma melhor interação e colaboração interprofissional efetiva, tão importante para ampliar a capacidade de cuidado de todos os integrantes de uma equipe no cenário de trabalho. Apreendemos que é por meio da aproximação desses diferentes saberes ao cotidiano das práticas que se pode, potencialmente, alcançar uma aprendizagem contextualizada e crítica, formando profissionais comprometidos com o social, com o desenlace de um trabalho atento às reais demandas da população.

Apesar desse avanço promovido por algumas iniciativas – tais como a apresentada no presente relato –, destacamos que, em panorama geral, a formação brasileira na área da saúde ainda apresenta fortes traços de centralidade no modelo biomédico (CARVALHO; CECCIM, 2012), destoando das prerrogativas do SUS. Enfatizamos, assim, a necessidade do fortalecimento de propostas de educação pelo trabalho interdisciplinar, que en-

volvam metodologias participativas e que objetivem transformações no processo ensino-aprendizagem, por meio da aproximação e integração ensino-serviço-comunidade.

Reconhecemos as limitações na operacionalização do PET/Saúde, relacionadas à sua baixa abrangência do segmento discente e a pouca adesão dos professores em participar da tutoria. Apesar disso, apontamos que muitos dos participantes se tornaram agentes multiplicadores/continuadores de um modelo formador diferenciado, pautado nos problemas reais, contemplados de maneira crítica, ética e emancipadora. Desse modo, apesar do reduzido número de discentes e docentes que vivenciaram o PET/Saúde na IES, os bons resultados na reorientação dos processos formativos são inquestionáveis.

Ressaltamos que, no contexto da IES, a realidade vem se transformando, dentre outros motivos, pela sensibilização dos discentes e docentes, que levam tais questões para os colegiados dos cursos. Após o PET-Saúde, alguns cursos criaram a disciplina de Saúde Coletiva e ampliaram a discussão a respeito dessa temática, fortalecendo o diálogo e a atenção para as práticas interdisciplinares e de construção integral do cuidado. Observamos que, apesar da resistência presente em alguns cursos, importantes mudanças têm acontecido no processo formativo.

Além disso, a vivência no PET-Saúde trouxe contribuições significativas não apenas para o enriquecimento na formação de estudantes, tutores, trabalhadores de saúde, gestores e comunidade; mas também para a organização dos serviços de saúde, assim como para a potencialização dos processos participativos e do fortalecimento do controle social nos contextos dos CSF – com a revitalização dos CLS, reconhecidos como espaços de legitimação do diálogo e da participação popular na saúde.

## Referências

- ALMEIDA-FILHO, N.M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2013; 18(6): 1677-1682.
- BAQUERO, M. **A vulnerabilidade dos partidos políticos e a crise da democracia na América Latina**. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2001.
- BARRETO, I.C.H.C. et al. Development of interprofessional collaborative practices within undergraduate programs on healthcare: case study on the Family Health Alliance in Fortaleza (Ceará, Brazil). **Interface** (Botucatu). 2011, 15(36): 199-212.
- BELEI R.A.; GIMENIZ-PASCHOAL, S.R.; NASCIMENTO, E.N. História curricular dos cursos de graduação da área da saúde. **História da Educação** - ASPHE/ FaE/ UFPel. 2008; 12(24): 101-120.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. **Diário Oficial da União 2008**; 27 ago.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- CAMPOS, G.W.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. 4.ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
- CARDOSO, R.C.L. A trajetória dos movimentos sociais. In: Dagnino E (Org.). **Os anos 90**: política e sociedade no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 81-90.
- CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2012. P. 137-170.
- CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. 2004; 14(1): 41-65.

FEUERWERKER, L.C.M.; CAPOZZOLO, A.A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO. (Orgs.) **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p.35-58.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface** (Botucatu). 2007; 11(23): 427-38.

HOLLIDAY, O.J. **Para sistematizar experiências**. 2.ed. Brasília: Ministério do Meio Ambiente; 2006.

MORETTI-PIRES, R.O.; BUENO, S.M.V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paul. Enferm.** 2009; 22(4): 439-444.

OLIVEIRA, L.C. **As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política**: um olhar sobre o cotidiano de um conselho municipal de saúde no Nordeste brasileiro. [Tese]. Rio de Janeiro (Rio de Janeiro): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.

PEDROSA, J.I.S. Avaliação de práticas educativas em Saúde. In: Vasconcelos EM (org.). **A palavra na saúde e nos gestos**. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 261-281.

SANTOS, A.L.; RIGOTTO, R.M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**. 2011; 8(3): 387-406.

SMEKE, E.L.M.; OLIVEIRA, N.L.S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Vasconcelos EM (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p.115-36.

VASCONCELOS, E.M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001.





**FORMAÇÃO  
E PROTAGONISMO**

**PROPET Saúde / Psicologia  
UFRJ: Um dispositivo para  
uma formação implicada com a  
produção do cuidado**

**Alicia Navarro De Souza  
Angela Maria Santos  
Paula Cerqueira**

O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, em parceria, lançaram em novembro de 2005 o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) (BRASIL, 2007). O eixo central deste programa é a integração ensino-serviço, com a inserção dos estudantes no cenário real de práticas da rede SUS, objetivando gerar reflexões e possíveis transformações nos saberes e ações cotidianas.

Esta iniciativa governamental pretendeu minimizar o distanciamento entre a teoria aprendida durante a formação acadêmica e as reais necessidades de vida e saúde da população, estimulando a formação de profissionais críticos e reflexivos.

A Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) participa do Pro-Saúde desde o seu segundo Edital (2010-2012) com a inserção de cinco cursos - Medicina, Enfermagem, Nutrição, Psicologia e Fonoaudiologia. Na terceira edição (2012-2014), houve a expansão para 11 cursos da área da saúde, não sendo possível apenas a participação dos cursos de Medicina Veterinária, Biomedicina e Biologia. Em todas as edições, a UFRJ teve como cenário os municípios do Rio de Janeiro e Piraí. Enquanto o Rio de Janeiro é uma cidade grande, com 1.255,3 km<sup>2</sup> de área e 6.323.037 habitantes, onde encontra-se situada a UFRJ, Piraí é um município da Microrregião do Vale da Paraíba Fluminense, no estado do Rio de Janeiro, com uma área de 504,6 km<sup>2</sup> e uma população estimada em 25.762 habitantes. A atenção básica no município se destaca entre os serviços de saúde do estado do Rio de Janeiro, com 100% de cobertura.

Complementando a atuação do Pró-Saúde, o Ministério da Saúde criou, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, junto com o Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Educação Superior, o

Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) (BRASIL, 2010).

O PET-Saúde caracteriza-se como uma estratégia do Pró-Saúde para fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas prioritárias para o SUS, inserindo os estudantes das graduações em saúde nos espaços dos serviços. Tem suas ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento de áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com seus princípios e necessidades. O Programa tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. As equipes para o PET-Saúde são estruturadas a partir da seguinte configuração: para cada docente (tutor) há seis profissionais do serviço (preceptores) e 12 discentes. Tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade, objetivando a interação com o cotidiano para a formação de profissionais cientes das necessidades dos serviços de saúde. Procura ainda estimular a constante capacitação dos trabalhadores já inseridos no campo de trabalho, tornando-os coprodutores de conhecimentos e práticas que apontem para as diferentes demandas da população assistida pelo sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2010). A dinâmica interdisciplinar do programa tende a favorecer a apreensão de um novo conhecimento para a produção de outras práticas que intencionam a articulação do saber com as necessidades dos indivíduos.

## **A trajetória da Psicologia na Saúde**

Apesar do ensino de psicologia ser ofertado desde os anos 30 nas escolas normais dos institutos de educação em todo o país, somente em 1962 a Psicologia a passa existir como profissão.

A regulamentação, sob forma de lei, em 1964, foi o passo decisivo para a criação dos cursos de Psicologia e elaboração do currículo mínimo. Sabe-se que com a regulamentação da profissão o psicólogo passou a atuar em basicamente quatro áreas: clínica, escolar, industrial e magistério, áreas que atualmente estão bastante ampliadas e que não correspondem mais ao universo de atuação do psicólogo. O campo da assistência pública à saúde foi para onde convergiu uma considerável parcela dos profissionais, principalmente a partir do final da década de 70, momento em que se nota um maior contingente de psicólogos nas instituições públicas no Brasil. De lá para cá o número de psicólogos nessas instituições vem aumentando cada vez mais em todo o Brasil, apesar de ainda representarem uma categoria pouco expressiva, numericamente, em relação ao quadro geral das profissões de saúde.

A década de 70 ficou marcada como uma época em que o Brasil viveu inúmeras transformações, em nível social e econômico, que vieram determinar os rumos das políticas públicas de saúde. Os cortes progressivos nos programas sociais e de saúde afetaram diretamente as condições de saúde da grande massa da população.

Segundo Mendes (MENDES, 1994), os anos 70 caracterizaram-se pela conformação do modelo médico assistencial privatista.

Privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista, em detrimento da saúde pública [...]. Além de estar orientada em termos de lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da Medicina e o privilégio do produtor privado desses serviços.

No setor de saúde mental, para onde se dirigiram os primeiros psicólogos, o quadro existente não era muito diverso desse relatado. O modelo hospitalocêntrico (asilos, colônias) era predominante e a assistência era prestada principalmente pelos hospitais privados, que tinham no Estado o seu grande financiador, caracterizando-se uma situação de mercantilização da loucura (DELGADO, 1992).

A partir do final dos anos 70, o campo da saúde mental configurou-se como um grande polo de absorção de psicólogos, inserção que se deu em parte devido ao investimento em outras categorias profissionais, na tentativa de mudar o modelo médico predominante e de formar as equipes multiprofissionais. A inserção dos psicólogos no sistema único de saúde veio aumentando significativamente a partir de então, acompanhando o próprio movimento de estruturação das redes de atenção à saúde, nos diferentes níveis de assistência e de gestão. Em relação à atenção básica, apesar do pouco tempo de inserção nesses cenários, o contingente de profissionais vem aumentando gradativamente e é possível observar uma série de problemas e insucessos em termos das práticas dos psicólogos.

Segundo Dimeinstein (1998), é possível apontar que tais dificuldades encontradas pelos psicólogos, nas Unidades Básicas de Saúde, advêm tanto da inadequação da sua formação acadêmica para o trabalho, quanto do seu modelo limitado de atuação profissional, bem como da sua dificuldade de adaptar-se às dinâmicas condições de perfil profissional exigido pelo SUS.

Assim, ao se pensar em novas e diferentes práticas em saúde, é possível inferir que essas mudanças serão possíveis com a formação de novos profissionais envolvidos com o contexto histórico-social, atuando na perspectiva de atenção à saúde de forma intersetorial.



Neste sentido, este artigo tem como objetivo apresentar uma reflexão sobre o percurso dos alunos de Psicologia no projeto PET - “Matriciamento em Saúde Mental no Município de Piraí-RJ: Desafios e Possibilidades”, e sua implicação para a formação. Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob protocolo nº 95/2013.

### **A inserção da Psicologia no PRO Saúde**

O PRO Saúde atravessou as instituições acadêmicas da UFRJ, especialmente o Instituto de Psicologia, lentamente, porém foi capaz de mobilizar diversos atores desejantes de uma maior participação na esfera da saúde pública e muito especificamente no fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

A opção pelo município de Piraí se deu a partir da parceria com a Faculdade de Medicina e o Instituto de Nutrição Josué de Castro que já haviam estabelecido o desenvolvimento de suas práticas curriculares neste município em função da cobertura de 100% pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). O fato de ser um município pequeno também nos motivou, pois acreditamos que seria mais fácil a compreensão do funcionamento da rede SUS e a articulação entre os níveis de atenção à saúde.

Devido ao fato da grade horária do curso de Psicologia não possibilitar que os alunos ficassem em Piraí, como ficavam os alunos dos cursos acima citados, a inserção dos mesmos teve que ser construída mais lentamente. Inicialmente foram realizadas visitas pontuais ao município, que geraram desdobramentos teóricos e desejo por parte dos alunos de participarem mais ativamente. Uma imersão de quinze dias, em tempo integral, foi realizada no período de férias dos alunos.

Após esta imersão, foi então delineado a participação dos alunos de graduação, de acordo com as possibilidades da grade curricular do curso, que não prevê espaço para este tipo de atividade prática. Não sendo possível aos alunos ficarem em Piraí, em tempo integral, durante toda semana, como os alunos de Medicina e Nutrição, foi acordado, então, que eles iriam uma vez por semana, tendo o transporte da Universidade. O estágio aconteceu no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e na Unidade de Saúde da Família de Arrozal.

A partir deste estágio, foi possível uma melhor integração com os profissionais do Município de Piraí, por meio do CAPS e, especialmente, por meio da coordenação de Saúde Mental.

Esta trajetória possibilitou a aproximação com o tema da Atenção Primária e muito particularmente com a Estratégia Saúde da Família, oportunidade privilegiada para alunos e profissionais da área de Psicologia, visto que sua formação ainda está pautada em um currículo centrado no modelo clínico liberal privatista. São praticamente inexistentes as disciplinas com ênfase na saúde pública ou mesmo na saúde mental, existindo apenas três ao longo do curso.

Na primeira edição do PRO-Saúde, o investimento foi grande no intuito de mobilizar os estudantes de Psicologia para a inserção na área da saúde: abertura de novos campos de estágio, divulgação no âmbito da própria unidade acadêmica, por meio da inclusão do tema nas Semanas de Psicologia e nas Semanas de Ambientação dos alunos novos. Outros movimentos foram realizados no sentido de propagar o tema da Saúde como uma das ênfases para o novo currículo e de aproximar os alunos com o tema.

Registre-se, ainda, que esta movimentação propiciou a inserção de mais 6 disciplinas voltadas para a área da Saúde no novo currículo que deverá entrar em vigor à partir de 2015.

## **PRO PET Saúde: Impactando a formação e apontando novas possibilidades de práticas**

Somente a partir do PRO-PET Saúde (2012-2014) tivemos a oportunidade de trabalhar com um grupo mais efetivo de alunos. Podemos inferir, neste primeiro momento, a grande importância da existência de bolsas ofertadas pelo programa. Neste sentido ressaltamos a importância do PET-Saúde como política ativante do PRO-Saúde.

A chegada ao projeto se deu por meio de um processo de seleção no qual foi utilizada entrevista em grupo. Ao longo do primeiro semestre do projeto, a partir do interesse despertado nos alunos selecionados, cresceu a demanda de alunos para o projeto, culminando com a participação inclusive de voluntários. Com o projeto PET, “Matriciamento em Saúde Mental no Município de Piraí: Desafios e Possibilidades” foi possível estabelecer outra rotina e ampliar o cenário de prática que passou a contar além do CAPS e da Unidade de Saúde da Família de Arrozal, com mais cinco unidades: Ponte das Laranjeiras, Centro, Casa Amarela, Jaqueira e Varjão.

Os critérios para a escolha das Unidades foram: a presença de alunos dos outros cursos da UFRJ e a diversidade na abrangência das mesmas. Foram selecionadas três Unidades de Saúde de grande porte - Arrozal, Casa Amarela e Centro - e três de pequeno porte - Ponte das Laranjeiras, Jaqueira e Varjão.

Assim, ao iniciarmos as ações no campo de prática e o mergulho na busca de uma literatura mais focada no tema da pesquisa, fomos percebendo a riqueza e a necessidade de refletirmos sobre nossa chegada ao campo. Esta chegada se caracterizou por todas as conexões, desejos e afetações produzidas neste encontro e desencontro de territórios existenciais. Logo todos se deram conta de que a viagem cartográfica foi iniciada.

Para o desenvolvimento do projeto PET- Matriciamento em Saúde Mental escolhemos como referencial teórico-metodológico o conceito de dispositivo de Michel Foucault (1979) e o método cartográfico de Guattari (1995).

O PRO Saúde e o PET Saúde são dispositivos capazes de proporcionar movimentos na área da saúde pública, por meio de reflexões, encontros, transformações e, conseqüentemente, a produção de novas subjetividades para a produção do cuidado em saúde.

Segundo Foucault (1979) dispositivo é um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos.

Foucault (1979) também afirma que a relação entre os elementos do dispositivo indica a existência de mudança de posições e modificação de funções. Para ele um dispositivo responde sempre a uma urgência, que se revela por sua função estratégica ou dominante.

Nesta linha de pensamento, os dispositivos vão de alguma forma nos implicando com um processo de reflexão, acompanhamentos e desdobramentos na inserção no campo de atuação.

Por sua vez, o método cartográfico de Guattari (DELEUZE; GUATTARI, 1995; GUATTARI; ROLNIK, 1986) foi escolhido para ser trabalhado na pesquisa do PET, por apontar um caminho que nos ajuda no estudo da subjetividade, dadas algumas de suas características. Em primeiro lugar, a cartografia não comparece como um método pronto, embora possamos encontrar pistas para praticá-lo. Trata-se, então, de um método

processual criado em sintonia com o domínio igualmente processual que ele abarca.

Por isto entendemos que este método sempre requer para funcionar, procedimentos concretos encarnados em dispositivos. O dispositivo entra em ressonância com a cartografia porque cartografar significa acompanhar um processo em andamento. “O objetivo da cartografia é justamente desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente” (BARROS; KASTRUP, 2009).

Este referencial teórico-metodológico permite acompanhar os diferentes movimentos de aprendizagem realizados pelos alunos, preceptores e tutores. Esse acompanhamento é capaz de simultaneamente identificar a implicação de cada um desses atores nesse processo como também recolher como se dão as suas experiências na produção de um melhor cuidado.

Colocar em prática a utilização deste processo como ferramenta nos remete a um processo de desnaturalização permanente das instituições, incluindo a própria instituição da análise e da pesquisa. “[...] Ela inclui uma análise do sistema de lugares, o assinalamento do lugar que ocupa, que busca ocupar e do que lhe é designado ocupar com os riscos que isto implica” (ALVAREZ; PASSOS, 2009). Ao colocarmos em xeque os lugares instituídos de saber/poder que ocupamos em muitos momentos de forma natural e histórica, estamos afirmando nossa implicação política, dentre tantas outras implicações que nos atravessam.

A proposta de analisar nossas implicações é uma forma de pensar, cotidianamente, como vêm se dando nossas diferentes intervenções, trazendo para este campo sentimentos, percepções, ações, acontecimentos até então considerados como desvios e erros.



Nesse método outro conceito importante a ser trabalhado é o de território. Aqui este conceito não está ligado simplesmente a um campo de pesquisa onde o pesquisador colhe dados empíricos. “Não se constitui como um domínio de ações e funções, mas sim como um *ethos*, que é ao mesmo tempo morada e estilo” (BARROS, 1994). Habitar um território que também é existencial, de engajamento e de lutas, compreendendo que o sujeito e objeto não se separam, mas são emergentes e se modificam é a aposta da cartografia como método de pesquisa. É mais uma engrenagem potente porque propicia a experiência de leitura em grupo e é precedida por agenciamentos e implicações. O cartógrafo agencia-se com o lápis à medida que desenha cada linha. Traçando as fronteiras do mapa ele coloca no plano horizontal do papel os limites que foi capaz de desbravar. Logo, um mapa fala da experiência do cartógrafo.

São com essas ferramentas de análise que este artigo apresenta uma reflexão sobre a trajetória dos alunos de Psicologia da UFRJ no projeto PET.

Assim, ao iniciarmos as ações de inserção na prática e mergulho na busca de uma literatura mais focada no tema da pesquisa, fomos percebendo a necessidade de refletirmos sobre nossa chegada ao campo, nosso encontro com novos temas da saúde.

## **O Território como disparador de demandas**

Como já afirmamos anteriormente, esse trabalho toma o conceito de território como um campo de lutas e disputas. Assim, no trabalho em saúde o conceito de território fala do mundo do trabalho, de sua organização para produzir cuidado e do conjunto de agenciamentos e implicações que ali são fabricadas. Tomemos como agenciamento, uma multiplicidade que comporta muitos termos heterogêneos e que estabelece ligações, relações entre eles, por meio das idades, sexos, rei-

nos - de naturezas diferentes. Assim, a única unidade do agenciamento é o co-funcionamento: é a simbiose, uma simpatia (DELEUZE, 1998).

No início do trabalho, apostamos na construção do momento de supervisão. O que seria isto? Adotamos o próprio modelo da prática de ensino em psicologia clínica, em que o aluno é lançado sozinho no ato do atendimento e acolhido no tempo de supervisão em que se discute toda a dinâmica entre o cliente e o terapeuta. Investimos em encontros semanais com duração, em média, de quatro horas, com o intuito de acolher e agenciar os angústias e obstáculos frente a uma engrenagem de ações.

Para agenciar este processo, partiu-se de temas geradores que se configuravam no primeiro momento, como eixos de discussão, entre eles SUS, Saúde Mental e Matriciamento. Apos-távamos em uma metodologia problematizadora na medida em que eles eram convocados a falar sobre o que entendiam, quais as expectativas, e o que os inquietavam. Estes temas por si já trazem reflexões e possibilidades de conexões entre saberes e territórios identitários. Um verdadeiro exercício para compreender a maneira de sentir, perceber e dizer que conformam regiões de visibilidade e dizibilidade (linhas de visibilidade e de enunciação). Importante, também, para entender as linhas de força, que nos aciona a um vai e vem que, de acordo com Deleuze (2005), é ativo, como as flechas que não cessam de entrecruzar as coisas e as palavras sem cessar de levá-las à batalha.

Foi nesse movimento que os passos seguintes foram construídos ao longo desse percurso. Este movimento foi operado com a perspectiva da constituição do sujeito pesquisador no mundo, ou seja, formas de produzir conhecimento, na qual o mundo e a vida estão em conexão com objeto a ser pesquisado (CERQUEIRA et al., 2014). Nesta perspectiva, a implicação é intrínseca à produção do conhecimento.

Segundo Lourau (1975), o conceito de implicação consiste na produção de questionamentos sobre a prática do pesquisador, *in-mundo*. Neste caminho, de acordo com Cerqueira et al. (2014), abre-se um espaço para a experiência, para o exercício de produzir um conhecimento interessado, implicado na transformação de práticas e saberes que prescrevem formas universais de se andar a vida.

A construção do conhecimento se processa como ativadora e produtora de intervenção na vida. A vida como algo capital, a vida como produção e expressão de subjetividades (GUATTARI, 1992).

O método cartográfico tem como objetivo acompanhar processos que acontecem em alguns cenários, cujo interesse é investigar a forma pela qual foi possível chegar a determinado resultado, mais do que aferir o resultado final. Assim, esta pesquisa acontece onde a realidade se dá, na cena do acontecimento, com os atores envolvidos nele, definidos aqui como protagonistas do processo de investigação: estudantes do curso de Psicologia da UFRJ selecionados para o projeto PET.

O cenário foi o CAPS, as Unidades de Saúde da Família do Município de Pirai e Divisão de Psicologia Aplicada do Instituto de Psicologia da UFRJ.

## **Cartografando a trajetória dos "Petianos Psi"**

Considerando a abordagem metodológica proposta para a análise do percurso dos 12 bolsistas PET Psi/UFRJ, pode-se afirmar que o início desta caminhada, o encontro com o território, aconteceu, ainda, no processo seletivo para o preenchimento das vagas. A organização deste processo se deu em três etapas: divulgação no âmbito do Instituto de Psicologia/UFRJ; entrevista grupal e divulgação do resultado. Como critério considerou-se: disponibilidade de carga horária para estar em

Pirai uma vez por semana (8h), para participar da supervisão (encontro com o tutor e todos os bolsistas) semanalmente, na unidade acadêmica, fundamentalmente, estarem investidos do desejo de se inserir na área da Saúde.

Foi durante a entrevista que o projeto foi apresentado na sua magnitude, articulando o PRO-Saúde, SUS e matriciamento, nas suas interfaces, possibilitando o aparecimento de significações e resignificações sobre os temas e ideias apresentadas.

Vale ressaltar que foram realizadas duas entrevistas, e que todos que participaram entraram no projeto.

No primeiro mês, os estagiários participaram apenas da supervisão, realizando uma ampla revisão na bibliografia sobre temas da saúde pública, saúde coletiva, saúde mental, matriciamento, SUS, e sobre o método cartográfico.

O portfólio individual foi apresentado na primeira supervisão como instrumento estratégico para estimular o processo de construção e de avaliação do conhecimento durante o período de duração do estágio, ajudando no processo de reflexão e apropriação a partir de suas vivências teórico-práticas no percurso de cada um.

De acordo com Alvarenga (2001), o portfólio é revelador de significados e sentidos do aluno. Neste sentido, é um grande potencializador para o exercício de articulações e compreensão de ideias e situações.

Já o portfólio grupal foi pensado apenas no final do primeiro ano, durante o processo de apresentação e entrega dos portfólios individuais. De forma natural, percebeu-se que ao abrir discussão pautada nas reflexões individuais, podia-se investir em uma construção coletiva. É fato que a sistematização da discussão coletiva não foi fácil, porém representou um exercício para construção de um material coletivo, consolidando desta forma uma metodologia ativa de aprendizagem.

A partir do segundo mês, iniciamos a imersão no campo, por meio do encontro com preceptores e da inserção na rotina do CAPS e das seis unidades da ESF, onde os alunos permaneceram por seis meses. A partir do sexto mês, sempre com um preceptor de campo responsável, iniciaram as entrevistas semiestruturadas propostas no projeto com usuários, profissionais de saúde mental e da atenção básica, e gestores.

Em maio, foi realizado um Encontro do projeto, em Pirai, tendo como objetivo articular as diversas ações desenvolvidas por preceptores, alunos e tutor. Para este encontro, os petianos desenharam uma apresentação nos moldes do portfólio coletivo, demonstrando os caminhos, as conexões, afetações e as implicações com o SUS, o matriciamento e com a saúde mental. A elaboração e a apresentação foram de responsabilidade dos alunos bolsistas, sendo gravada e transcrita.

As supervisões, conforme já indicado acima, acontecem uma vez por semana e são pautadas com base nas questões, reflexões que se apresentam, tanto nos textos como nas narrativas produzidas de suas vivências nas redes de atenção. Vários textos foram produzidos pelo grupo. Um deles foi utilizado neste processo de análise. Trata-se de uma produção a partir da leitura do texto de Emerson Merhy (2014), na qual foram articuladas as discussões sobre as diversas vivências que aconteciam nos encontros de supervisão.

A partir das produções dos alunos: Portfólios individual(PI) e coletivo(PC); Transcrição da apresentação do Encontro do Projeto(EP) e o Texto - Supervisão e a vista do ponto de vista (T)- foi possível acompanhar o movimento de crescimento e transformação do grupo apontando os processos de desterritorialização e reterritorialização, permeado por idas e vindas em que o sujeito é o tempo todo colocado diante de si mesmo e diante do novo território que se anuncia.



De acordo com Franco (2013) é algo parecido com um perder o chão, morte de si, para a busca de outro chão, e de si mesmo sob novos referenciais de vida e de produção.

As falas apresentadas abaixo, nos portfólios, foram elencadas da mesma forma que os alunos organizaram nos portfólios e na apresentação do Encontro.

### **Primeiro momento- O início do projeto:**

Este momento foi caracterizado de forma unânime, por todos os alunos, seja nos seus registros individuais ou nas produções de grupo, como um momento de extremo impacto, face ao distanciamento teórico e prático das temáticas apresentadas.

“Caos, novidade, sensação de estar perdido, sem entender nada; receio de encarar o campo; falta de conhecimento.” (PI - aluno C).

“SUS/Saúde Pública, ideia de ambulatório. Caos, superlotação, desintegração.” (PC).

Através de palavras e falas curtas os alunos somente expressavam indignação, insatisfação com um sistema que não atende as demandas da população. Estudantes em processo de graduação reproduziam sem embasamento teórico, sem reflexões, sem comprometimento com uma formação que poderá leva-los a trabalhar no SUS. Melhor dizendo, sem nenhuma implicação com a produção do cuidado em saúde.

“[...] O projeto escolhido para o PET Psicologia foi sobre Matriciamento. Só que a gente não fazia ideia do que era matriciamento. Se eu não tivesse entrado no projeto eu nunca ia saber.” (EP).

A falta de informação mencionada nos remete, mais uma vez, a dissociação entre serviço e academia e a importância de construirmos processos de aprendizagem articulados com a prática.

## **Segundo momento: A chegada ao campo e o processo de apropriação de outra realidade;**

Nesta fase o grupo externou estranheza, percepção das diferenças do funcionamento do sistema de saúde em uma cidade grande como o Rio e uma cidade pequena como Pirai. Pode-se afirmar, no entanto, que os alunos ingressaram neste território desde a participação no processo seletivo para a atuação no projeto. Naquele momento eles se depararam com um conjunto de informações e ideias que provocaram impactos e muitas afetações.

“As primeiras visitas a Pirai, foram momentos de muita aprendizagem, onde me deparei com o SUS pela primeira vez.” (PI - aluno L)

“Na realidade esta minha percepção sobre o SUS já havia começado a mudar a partir das supervisões e na introdução ao Projeto” (PI - aluno H).

“Esta foi uma das primeiras coisas que me chamou atenção, como minha visão do SUS era diferente daquela realidade.” (PI - aluno F)

“Nos primeiros três meses... eu me sentia um pouco perdida, mas ao mesmo tempo muito disposta a trabalhar e a fazer parte daquilo tudo.” (aluno B)

Todo processo foi marcado pela percepção da dificuldade na operacionalização do matriciamento, pelos dilemas do campo da saúde mental e da atenção básica. A própria vivência dos trabalhadores destas áreas transmitiam muita angústia, desmotivação e insegurança.

“Chegando aqui não era bem assim, mesmo tendo profissionais qualificados percebemos que 100% de cobertura não era 100% de qualidade... Esse impacto da pesquisa teórica junto a procura na prática foi interessante...” (EP)

E, assim, esses temas eram tomados em análise com base em suas experiências, no vivido, no experimentado nesses múltiplos territórios que passaram a habitar em Barra do Piraí durante o estágio do PET. “Pensar é experimentar, é problematizar. O saber, o poder e o si são a tripla raiz de uma problematização do pensamento” (FRANCO; MERHY, 2013).

### **Terceiro momento: A pesquisa e os desafios da prática no SUS.**

Era o momento de sustentar o exercício da desaprendizagem, do já sabido, um exercício de desinstitucionalização do prescrito. Um exercício que convoca como parte integrante do processo da pesquisa a problematização e invenção de si e do mundo. Cabe ressaltar o processo de construção cotidiana de produzir reflexão através dos eventos corriqueiros trazidos para a discussão, de forma a valorizá-los e a tomá-los em análise, produzindo outros novos entendimentos e formas de olhar.

A própria dinâmica para a construção do portfólio coletivo constituiu-se em um momento de reflexão, construção e desconstrução que de alguma maneira impulsionou o grupo a novas caminhadas, a novas escutas e ao encontro com o mundo do trabalho apresentado pelas preceptoras do projeto.

“Integração entre a equipe e conhecimento sobre a prática do outro (desafios) x Reuniões com os grupos das unidades para a criação de um espaço de escuta, destinado ao profissional, onde eles pudessem trabalhar suas questões - “cuidando do cuidador” “(PC-pensando propostas para a rede de atenção).

Uma vez já inseridos na rotina e implicados em uma aposta na construção de novos espaços, como base para modificar o sentido das ações de saúde em direção ao campo das necessidades do usuário, este momento permitiu trazer para a cena a

afirmação de que agir em saúde é operar na micropolítica dos encontros, nesse campo de práticas sociais que são constituídas por dispositivos sustentados no universo do trabalho vivo em ato (FRANCO; MERHY, 2013).

“Neste momento, me dei conta de que não se tratava de uma crise de profissão, mas sim uma crise política. Havia muita dificuldade de articular atendimentos entre CAPS e USF, assim como a reclamação da falta de diálogo entre os profissionais e a inacessibilidade ao profissional de referência.” (Portfólio grupal). “[...] A gente viu que a gente não dependia só dos setores mais altos, dos gestores, dessas pessoas pra fazerem que tudo funcionasse. A gente precisava que a gente construísse dentro da gente uma forma alternativa de fazer as coisas, e eu acho que foi isso que a gente aprendeu a fazer e eu espero que a gente também tenha conseguido estimular os preceptores a fazerem isso de certa forma...” (EP).

De acordo com Merhy (2004) neste tipo de situação o sujeito está “tão implicado com a situação, que ao interrogar o sentido das situações em foco, interroga a si mesmo e a sua própria significação enquanto sujeito de todo este processo”.

## **A Produção do texto de reflexão sobre os momentos da supervisão.**

Em relação ao texto, a supervisão aparece como um momento de reflexão e de produção de novas possibilidades de articulação teórica e prática.

O movimento dos alunos bolsistas reflete o próprio desenho da pesquisa, no sentido de possibilitar que o tema central – Matriciamento, entendido como uma construção compartilhada de reflexões e novas possibilidades práticas possam contribuir para a produção de novas subjetividades, como força

propulsora para um projeto da sociedade pautado pela solidariedade e o respeito às múltiplas formas de vida que habitam o mundo.

“[...] Um exercício de desterritorialização. Durante a reunião, exercitamos a aceitação de novos pontos de vistas e agregamos ideias para a produção de transformação, mudança. Quando chegamos toda quinta feira com nossas impressões e informações de diversas partes de Pirai, fazemos esse exercício naturalmente e ativamente, dando o panorama de cada bairro, trazendo as múltiplas questões presentes em diversos lugares diferentes da mesma cidade bem como a forma como isso nos afeta... Exercício este que não necessariamente é propiciado pela grade curricular acadêmica universitária.” (T)

“É neste momento também que obtemos uma diretriz, um encaminhamento para a ação, o que também serve de apaziguador da ansiedade constante trazida por um questionamento que perdura, que é: Qual é o meu lugar aqui? Estar na supervisão, portanto, é a chave para o direcionamento e conjugação de práticas não somente de nosso trabalho como estagiários (sendo um processo fundamental do nosso projeto) como também nos diversos espaços que podem se beneficiar imensamente com a lógica matricial” (T).

Desta forma, o momento de supervisão se integra perfeitamente dentro da proposta do PET e, assim, aposta que o mundo do trabalho é uma escola capaz de produzir novas possibilidades de vivências e subjetivações que apostem no empoderamento dos diversos atores implicados (CERQUEIRA et al., 2014). No caso da saúde os atores seriam profissionais da saúde, usuários e gestores, estudantes e profissionais da educação envolvidos com essa aposta na produção do conhecimento, entendendo que não há neutralidade na produção do conhecimento e que o pesquisador implicado transita pelo território



das suas implicações como sujeito in-mundo. Ele produz e se produz na construção do conhecimento (CERQUEIRA et al., 2014).

## **Considerações Finais**

Não há dúvida da potência e dos efeitos de aprendizagem que puderam ser recolhidos pelos preceptores, estudantes e supervisores envolvidos com o PET. Mas, há de se ter prudência. Como nos diz Feuerwerker (2005) é importante lembrar que todos estes movimentos do campo da Educação e da Saúde, embora tragam em si uma potência transformadora capaz de promover mudanças reais no corpo da formação em Saúde, por si só não oferecem garantia de que tudo funcione bem. Os interesses em jogo são variados - tais como forças conservadoras, que impedem movimentos de mudanças mais explícitos, ou ações corporativas, que visam ao fortalecimento de procedimentos técnicos de determinada categoria profissional - e impedem que o debate da formação multiprofissional tome corpo e instaure novas lógicas de fazer saúde.

No entanto, apesar de todos os entraves e reconhecendo que temos um caminho longo a percorrer, é indiscutível a importância das políticas indutoras para o fortalecimento do SUS, neste caso, o PRO PET Saúde, favorecendo o desenvolvimento de novas práticas e experiências pedagógicas.

A experiência do projeto PETpsi UFRJ possibilitou, sem dúvida, vários movimentos em direção à aproximação dos estudantes de psicologia com o campo da saúde e com efeito de uma formação que se aproxima das reais necessidades do SUS.

A possibilidade de viver cotidianamente as redes de atenção à saúde do município de Pirai permitiu a esses estudantes conhecer e refletir sobre a Saúde Pública no Brasil, a organização do Sistema Único de Saúde e, com isso, experimentar um

pouco mais sobre suas fragilidades e potências. O contato com o mundo do trabalho, sobretudo com o exercício de construir um conhecimento, onde ele se reconhece na sua implicação e na do outro, em uma aposta na possibilidade de construção de novas práticas, possibilitou um aprendizado ímpar que reconhece um cuidado centrado no usuário, em suas necessidades e demandas e não em um conjunto de procedimentos centrados apenas nas doenças.

Assim, os temas do matriciamento, redes de atenção, saúde mental, entre outros, deixaram de ser apenas conceitos representações e passaram a funcionar como dispositivos capazes de acionar uma nova relação profissional-usuário orientada pelo cuidado integral, pela aptidão para o trabalho em equipe e atenta ao contexto que envolve o adoecimento dos sujeitos.

## Referências

ALVARENGA, G.M. Portfólio: o que é e a que serve? **Rev Olho Mágico**. 2001; 8(1).

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L., organizadores. **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009.

BARROS, L.P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L., organizadores. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividades. Porto Alegre: Sulina; 2009.

BARROS, R.D.B. **Grupos**: a afirmação de um simulacro. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). **Portal da Saúde**, 2010. [acesso Ago 2010]. Disponível em: <[www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br)>.

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

CERQUEIRA, G. et al. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: GOMES, M.P.C.; MERHY, E.E, organizadores. **Pesquisadores in-mundo**: Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede unida; 2014.

DELEUZE G, GUATTARI F. **Mil Platôs** – capitalismo e esquizofrenia. Volume 1. Rio de Janeiro: Editora 34; 1995.

DELEUZE G, PARNET C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta; 1998.

DELEUZE G. **Foucault** (5º Ed). São Paulo: Brasiliense, 2005.

DELGADO, P.G.G. Perspectiva da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com apêndice sobre a questão dos crônicos). In: TUNDIS, A.S.; COSTA, N.R., organizadores. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/ABRASCO; 1992; 171-202.

DIMEINSTEIN, M.D.B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estud Psicol** (Natal) 1998; 3(1): 53-81.

FEUERWERKER, L.C.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: Comunic., Saúde, Educ.** Botucatu, 2005; 9(18).

FOUCAULT M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: Franco, T.B.; Merhy, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: HUCITEC; 2013.

GUATTARI F, ROLNIK S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes; 1986.

GUATTARI F. **Caosmose**: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Editora 34; 1992.

LOURAU R. **Análise Institucional**. Rio de Janeiro: Vozes; 1975.

MENDES E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V, organizador. **Distrito sanitário**: processo social de mudança das práticas do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994; 19-94.

MERHY, E.E. As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de Saúde da Família que pedem medidas. **Rev. Bras. de Saúde da Família**. 2014.

MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B.; PERES, M.A.A, organizadores. **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec. 2004.

# FORMAÇÃO E PROTAGONISMO

## SOBRE OS AUTORES

**Alba Lucia Santos Pinheiro** - Enfermeira. Doutora em CIÊNCIAS. Professora Adjunta da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC).

**Alice Prearo - Médica.** Doutora em PEDIATRIA. Professora Assistente na Universidade Estadual Paulista (UNESP).

**Aline Bússolo Corrêa** - Universidade Federal de Santa Catarina - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

**Alicia Navarro De Souza** - Médica. Doutora em Psiquiatria. Professora Associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

**Álvaro Magalhães Cavalcante Pereira** - Nutricionista. Mestre em NUTRIÇÃO EM SAÚDE. Professor Auxiliar da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

**Ana Clara Ribeiro** - Graduação em andamento em Medicina pela Universidade Estadual de Campinas.

**Ana Cristina Costa Lima** - Psicóloga. Doutora em CIÊNCIAS HUMANAS. Professora Titular na Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó).

**Anali Martegani Ferreira** - Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Assistente na Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).



**Ana Paula Veber** - Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ciências Farmacêuticas.

**Andressa Da Silveira** – Enfermeira. Mestre em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Professora Assistente nível II do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).

**Ângela Aparecida Barreto Barros** - Enfermeira. Especialista em SAÚDE PÚBLICA e ENFERMAGEM DO TRABALHO. Enfermeira do Trabalho em Itabuna, BA.

**Angela Flach** - Enfermeira. Mestre em ENFERMAGEM. Enfermeira na Prefeitura de Santa Maria.

**Angela Maria Santos** - Psicóloga-Supervisora de Estágios na área da Saúde do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

**Barbara Becker** - Fisioterapeuta.

**Braulio Nogueira De Oliveira** - Educador Físico. Doutorando em CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO. Professor substituto na Universidade Federal do Paraná (UFPR).

**Camilla Araújo Lopes Vieira** - Psicóloga. Doutora em SAÚDE COLETIVA. Coordenadora Acadêmica na Universidade Federal do Ceará (UFC).

**Carine Pinheiro Cantarelli**

**Carlos Eduardo Coradassi** - Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Saúde Pública.

**Carlos Tobias Pires Souto** - Farmacêutico. Especialista em Gestão aa Saúde Pública.

**Cibele Sales** - Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Enfermagem.

**Daiana Kloh - Universidade** Federal de Santa Catarina - Pós-Graduação em Enfermagem.

**Daniela da Piéve - Acadêmica** de Medicina.

**Danielly Maia De Queiroz - Enfermeira.** Doutoranda em SAÚDE COLETIVA. Servidora em Maracanaú, Ceará.

**Delba Fonseca Santos - Farmacêutica.** Doutora em SAÚDE COLETIVA. Associada da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

**Denise Pasqual Schmidt - Assistente Social.** Mestra em EDUCAÇÃO. Assistente Social no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

**Diênice Beltran Silveira - Acadêmica** de Enfermagem na Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).

**Dimas Sampaio Cavalcante - Graduado** em Psicologia na Universidade Federal do Ceará (UFC). Graduando em Arquitetura e Urbanismo pela Faculdade 7 de Setembro.

**Douglas De Aguiar Manso Ribeiro - Acadêmico** de Medicina na Universidade Estadual Paulista (NESP).

**Elaine Angélica Canuto Sales Santos - Graduada** em Enfermagem. Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Gestão Microrregional pela Faculdade SENAC/ Minas.

**Elaine Cristina Rinaldi - Universidade** Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Enfermagem.

**Elenir Terezinha Rizzetti Anversa - Enfermeira.** Mestra em EPIDEMIOLOGIA. Enfermeira na Prefeitura de Santa Maria.

**Eliana Goldfarb Cyrino - Professora** adjunta na Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Programa de

Pós-Graduação em Saúde Coletiva, doutora em Pediatria e Livre-Docente em Educação em Ciências da Saúde.

**Elisiane do Nascimento da Rocha** - Enfermeira. Enfermeira Residente em Saúde da Criança no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

**Ellen da Anunciação** - Acadêmica de Enfermagem.

**Erildo Vicente Muller** - Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Saúde Pública.

**Évilin Costa Gueterres** - Enfermeira. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva.

**Fabiana Postiglione Mansani** - Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Medicina.

**Fabiola Lucy Fronza Alexandre** – Turismóloga. Mestre em Educação. Consultora técnica no DEGES/SGTES/MS.

**Flávia Karla Cruz Mota** - Enfermeira. Especialista em Saúde da Família.

**Francisco Cesar Barroso Barbosa** - Dentista. Doutor em CIÊNCIAS BIOLÓGICAS. Professor Associado na Universidade Federal do Ceará (UFC).

**Gabriela Cerqueira dos Santos** - Acadêmica de Enfermagem.

**Geraldo Cunha Cury** - Médico. Doutor em MEDICINA. Professor Titular em Universidade Federal de Minas Gerais.

**Geraldo Cunha Cury** - Médico. Doutor em MEDICINA. Professor Titular em Universidade Federal de Minas Gerais.

**Giullia Menuci Chianca** - Médica. Médica no Hospital Mãe de Deus.

**Gonçalo Cassins Moreira Carmo** - Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Educação Física.

**Graciela Medianeira Rosa Ribeiro** - Assistente Social. Assistente Social na Justiça Federal do Rio Grande do Sul.

**Graduanda em Odontologia pela** Universidade Federal de Santa Maria.

**Hellen Lilliane Cruz** - Farmacêutica. Mestranda em Ciências Farmacêuticas. Professora Substituta na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

**Jamille Barros Teixeira** - Psicóloga.

**Janice Dávila Rodrigues Mendes** - Possui graduação em Odontologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestre em Saúde da Família pela Fiocruz/Nucleadora UVA.

**Jocieli Kasten** - Acadêmica em Farmácia.

**José Pereira Maia Neto** - Psicólogo. Mestre em SAÚDE COLETIVA. Professor na Universidade Estadual do Ceará (UECE).

**Karine Menine Vielmo** - Acadêmica de Medicina.

**Keila Zampirom** - Psicóloga. Psicóloga Residente no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

**Kenya Schmidt Reibnitz** - Universidade Federal de Santa Catarina - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

**Lidia Dalgallo Zarpellon** - Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Departamento de Enfermagem e Saúde Pública.

**Lorena Ulhôa Araújo** - Farmacêutica. Mestra em CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS. Professora Assistente na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

**Lucia Conde Oliveira** - Assistente social. Doutora em SAÚDE COLETIVA. Professora adjunta na Universidade Estadual do Ceará (UECE).

**Marcia Helena Baldani** - Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Odontologia.

**Márcio Pinheiro Machado** - Psicólogo. Mestre em ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA. Psicólogo Coordenador da Equipe Matricial da Atenção Básica do município de Botucatu.

**Margarete Maria de Lima** - Universidade Federal de Santa Catarina - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

**Maria do Nazaré de Carvalho** - Psicóloga.

**Maria Elisabeth Kleba** - Enfermeira. Pós-Doutora em ENFERMAGEM. Professora na Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó).

**Maria Eneide Almeida** - Dentista. Doutora em ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL. Professora Associada na Universidade Federal do Ceará (UFC).

**Maria Helena Senger** – PUCSP, Medicina.

**Maria Inês Barreiros Senna** - Dentista. Doutora em Educação. Professora Adjunto na Faculdade de Odontologia da UFMG.

**Maria Luiza Rocha Barreto de Carvalho** - Dentista. Mestre em SAÚDE DA FAMÍLIA. Cirurgiã-dentista da Estratégia Saúde da Família na Prefeitura Municipal de Fortaleza, CE.

**Maria Marques Ávila** - Nutricionista. Pós-doutora em SAÚDE COLETIVA. Professora permanente na Universidade Estadual do Ceará (UECE).

**Maria Senna** - Médica - Doutora em MEDICINA PREVENTIVA. Médica Sanitarista da Secretaria de Saúde de São Paulo.

**Maria Silvia Bruni Fruet de Freitas** – Bióloga. Mestre em Educação. Consultora técnica no DEGES/SGTES/MS.

**Maria Tatiane Silva Ferreira** - Acadêmica de Fisioterapia.



**Mariana Gonçalves Roseghini** - Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP.

**Mariane Vargas - Acadêmica** de Enfermagem.

**Mariele Castro Charão** - Enfermeira. Bolsista do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).

**Mariza Maria Barbosa Carvalho** - Fisioterapeuta. Doutora em CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO. Professora na Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS).

**Mayara Oliveira Barrocas** - Acadêmica de Odontologia.

**Michele Bulhosa De Souza** - Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente na Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).

**Milena de Holanda Oliveira Bezerra** - Psicóloga. Doutora em ESTUDOS DA CRIANÇA. Docente e Coordenadora de Curso na Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS).

**Mírian Bolson Serafin** - Terapeuta Ocupacional.

**Odete Andrade Girão Neta** - Faculdade Católica Rainha do Sertão – Fisioterapia, Quixadá, Ceará.

**Odete Messa Torres** - Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Professora Adjunta Nível I na Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).

**Olinda Costa Mota Teixeira** - Enfermeira. Enfermeira no Centro Obstétrico do Hospital Antônio Prudente, CE.

**Paula Cerqueira** - Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e Fonoaudiologia pela Universidade Estácio de Sá, mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e doutorado em Psiquiatria,

Psicanálise e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. É professora associada-DE da Universidade Federal do Rio de Janeiro

**Pollyana Apoliano Lima** - Acadêmica de Fisioterapia.

**Pollyanna Kássia de Oliveira** Borges - Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) - Enfermagem e Saúde Pública.

**Priscila De Oliveira Bolzan** Bonadiman - Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva. Enfermeira no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

**Raimunda Rosilene Magalhães Gadelha** - Fisioterapeuta. Mestra em SAÚDE PÚBLICA. Coordenadora de Curso na Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS).

**Raquel Conceição Ferreira** - Dentista. Doutora em ODONTOLOGIA. Professora Adjunta na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

**Renata Leite Alves De Oliveira** - Enfermeira. Doutoranda em ENFERMAGEM. Enfermeira da Estratégia em Saúde da Família de Botucatu.

**Renata Maria Zanardo Romanholi** - Pedagoga. Doutora em SAÚDE COLETIVA. Pedagoga do Núcleo de Apoio Pedagógico em Universidade Estadual Paulista (UNESP).

**Ricardo Burg Ceccim** - Professor titular na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Educação, doutor em Psicologia Clínica e Pós-Doutor em Antropologia Médica.

**Roberta Cavalcante Muniz Lira** - Enfermeira. Doutora em SAÚDE PÚBLICA. Professora Efetiva na Universidade Federal do Ceará (UFC).

**Rose Eloíse Holanda** - Faculdade Católica Rainha do Sertão – Enfermagem, Quixadá, Ceará.

**Rosilea Clara Werner** - Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Serviço Social.

**Sandra Trevisan Beck** - Farmacêutica. Doutora em Farmácia. Professora Associada na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Sinara Luiza Miranda Dupim** - Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde.

**Soraya Dantas Santiago dos Anjos** - Enfermeira. Mestra em SAÚDE COLETIVA. Professora Assistente da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC).

**Tamiris Leal Tonetto** - Terapeuta Ocupacional.

**Tatiana Menezes Cordeiro** - Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Medicina.

**Thalissa Lima Fontenele Moraes** - Fisioterapeuta.

**Tiago de Araujo de Souza** - Biomédico. Pós graduado em SAÚDE PÚBLICA. Biomédico do Hospital Municipal do município de Colônia Leopoldina, AL.

**Tiago Rocha Pinto** - Psicólogo. Doutor em SAÚDE COLETIVA. Professor Adjunto em Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

**Vitoria Oliveira da Silva** - Acadêmica de Fisioterapia.

**Vitória Solange Ferreira Coelho** - Enfermeira. Doutora em MEDICINA. Professora Titular da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC).

**Wesley Sousa Borges** - Colégio Adventista do Portão, Química.