

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

VANESSA LÚCIA SANTOS DE AZEVEDO

**O PET-SAÚDE/PUCRS COMO ESTRATÉGIA PARA A FORMAÇÃO
PROFISSIONAL DOS TRABALHADORES DO SUS.**

Porto Alegre
2014

VANESSA LÚCIA SANTOS DE AZEVEDO

**O PET-SAÚDE/PUCRS COMO ESTRATÉGIA PARA A FORMAÇÃO
PROFISSIONAL DOS TRABALHADORES DO SUS.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador (a): Dra. Andréia Mendes dos Santos.

Porto Alegre
2014

VANESSA LÚCIA SANTOS DE AZEVEDO

**O PET-SAÚDE/PUCRS COMO ESTRATÉGIA PARA A FORMAÇÃO
PROFISSIONAL DOS TRABALHADORES DO SUS.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Andréia Mendes dos Santos. (Orientadora) (PUCRS)

Dra. Ana Lúcia Suárez Maciel (PUCRS)

Dra. Valéria Lamb Corbellini (PUCRS)

Porto Alegre
2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A994P Azevedo, Vanessa Lúcia Santos de

O PET-SAÚDE/PUCRS como estratégia para a formação profissional dos trabalhadores do SUS / Vanessa Lúcia Santos de Azevedo. – Porto Alegre, 2014.
134 f.

Diss. (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Andréia Mendes dos Santos.

1. Educação e Saúde. 2. PET-Saúde. 3. Multidisciplinaridade. 3. Saúde Pública. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Ensino Superior – Formação Profissional. 6. PUCRS - Projetos. I. Santos, Andréia Mendes dos. II. Título.

CDD 614.07

**Ficha Catalográfica elaborada por
Vanessa Pinent
CRB 10/1297**

Eu acho que a gente pensando o sistema único de saúde (SUS), a formação, ela nunca vai ser de fato implicada se ela não tiver a experiência vivencial. [...] E se a gente for pensar o SUS, a estrutura dele, ela é um projeto ético-político, né? Então assim, depende muito do jeito que a gente enxerga as coisas. (#PSICO191).

AGRADECIMENTOS

À minha Família, principalmente a minha mãe Leonor pelo apoio e compreensão em todos os momentos, contribuindo para que a conclusão desse trabalho fosse possível.

A Coordenadoria de Programas Especiais (CPE) da Pró-Reitoria Acadêmica da PUCRS, bem como, aos sujeitos participantes dessa pesquisa, por sua disponibilidade e confiança neste estudo.

A Faculdade de Serviço Social/PUCRS, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram ampliar e re/construir o conhecimento como Assistente Social. Principalmente a Professora Dra. Jane Cruz Prates, agradeço por seu apoio, incentivo e carinho, especialmente nos momentos mais difíceis dessa caminhada.

A orientação da Professora Dra. Andréia Mendes dos Santos que colaborou de forma fundamental nesse trabalho, sempre acreditando que seria possível a realização deste estudo. Agradeço a oportunidade de aprendizado atual e acredito na possibilidade de uma parceira muito produtiva em trabalhos futuros.

Aos colegas do Programa de Pós-graduação em Serviço Social/PUCRS pela oportunidade de convívio com as mais diferentes figuras, de diferentes lugares, possuidores de peculiaridades que no momento não me arrisco a descrever para não correr o risco de esquecer alguém, mas que me fizeram compreender a importância da vivência de mundo para a construção do sujeito e tornaram a caminhada mais leve. Vivemos esses dois anos (com alguns um pouco menos), de muito trabalho, mas com muita alegria, risadas e trocas culturais. Pois ninguém se faz sozinho, não é mesmo?!

A todos, muito obrigada!

RESUMO

A presente pesquisa possui por tema a “formação profissional em saúde a partir da experiência no Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde / PET-Saúde” e objetiva analisar se e/ou de que forma a experiência dos ex-bolsistas do PET-Saúde contribui para uma formação profissional em saúde voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS), estudo de caráter qualitativo, com dados quantitativos, embasado no método dialético crítico. Nesse trabalho, evidencia-se o interesse em problematizar a inserção dos estudantes de Serviço Social no Programa PET-Saúde. Além disso, aborda-se, também, como a participação no programa pode potencializar o conhecimento do estudante de graduação, levando-o a ser um profissional em condições de realizar análise da realidade em saúde. Para estudar sobre a experiência desse grupo de alunos que hoje são profissionais, elaborou-se como problema de pesquisa desta Dissertação de Mestrado: “como a experiência junto ao PET-Saúde contribui para uma formação profissional em saúde voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a percepção de seus egressos?” Para esse estudo, o universo amplia-se para além do Serviço Social, visto que ele discorre sobre as contribuições do PET – Saúde para a formação profissional dos ex-bolsistas PUCRS, do período entre o ano de 2009 – 2013, que atualmente são trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa se caracteriza pela abordagem multidisciplinar. Nesta perspectiva, foram sujeitos de pesquisa os bolsistas e os ex-bolsistas participantes do PET-Saúde/PUCRS no período entre 2009 a 2013. Estudo realizado na PUCRS com apoio da Coordenadoria de Programas Especiais (CPE) da Pró-Reitoria Acadêmica da PUCRS. Coleta de dados realizada em três etapas: (1) levantamento das informações iniciais; (2) questionário online e (3) entrevistas. A análise de dados, por se tratar de um estudo misto, em sua parte quantitativa foi representada por gráficos e tabelas e na parte qualitativa realizou-se análise de conteúdo segundo Bardin (2009). Como resultado percebe-se que a metodologia de integração ensino-serviço que beneficia não somente o acadêmico, mas também professores e trabalhadores da saúde, pois estes precisam desenvolver suas práticas nesse novo modo de fazer e ensinar os futuros trabalhadores da saúde. Este trabalho em conjunto é valorizado na fala dos sujeitos pesquisados, demonstrando que esses profissionais contribuem para que teoria e realidade tenham o mesmo sentido. Nesta proposta, o serviço

passa a ser lócus de pensar, fazer, aprender e transformar as práticas ultrapassadas e fragmentadas, desenvolvendo práticas que considerem o usuário como sujeito capaz de responsabilizar-se pelo seu cuidado. Metodologia de Ensino em Serviço que deve provocar: mudanças curriculares para transformar a formação profissional em saúde, a educação continuada e permanente dos trabalhadores da saúde e dos professores, o desenvolvimento e a aprendizagem do trabalho multiprofissional, a humanização dos serviços de saúde e também a integração ensino – serviço.

Palavras-chave: Formação Profissional em Saúde, Trabalho; Multidisciplinariedade e Integração Ensino-Serviço.

ABSTRACT

The present research has as a theme the “professional training in healthcare through the experience in the Program of Education through Work for Health Care/ PET-Health Care” and has as an objective to analyze if/or in what way the experience of the ex-scholarship students of PET-Health Care contributes to a professional training in healthcare towards working in the Unified Health System (SUS). This is a qualitative study with quantitative data, grounded in the critical dialectical method. In this work it is evident the interest in problematize the insertion of Social Work students in the PET-Health Care Program. Beyond that, this study addresses how the participation in the program can potentiate the knowledge of the graduation students, transforming the students in professionals in condition to analyze critically the reality in the Health area. To study about the experience of this group of students that today are professionals, it was elaborated the research problem of this dissertation as: “how the experience in PET-Health Care contributed to a professional training in health towards the Unified Health System (SUS), according to the perception of its graduates”? For this study, the universe goes beyond Social Work because it talks about the contributions of PET-Health Care to the professional training of ex-scholarship students of PUCRS, in the period between the year 2009 and 2013, who are currently workers in the Unified Health System (SUS) and the Program characterizes itself by its multidisciplinary approach. In this perspective, the research subjects were the scholarship students and the ex-scholarship students of the PET-Health Care/PUCRS program in the period between 2009 and 2013. This study was conducted in PUCRS with the support of the Coordination in Special Programs of the Academic Pro-Rectorate of PUCRS. The gathering of data was done in three steps: (1) survey of the initial information; (2) on-line questionnaire and (3) interviews. Because it is a mixed study, the data analysis in its quantitative part was represented in graphics and charts and in its qualitative part was used the content analysis according to Bardin (2009). As a result it is perceptible that the methodology of integration between education and work benefits not only the students, but also the teachers and workers of Health Care because they need to develop their practices in this new way of making and teaching the future workers of Health Care. This research values the speech of its subjects, demonstrating that these professionals contribute so that theory and reality have the

same meaning. In this proposal, the work becomes the locus of thinking, making, learning and transforming the outdated and fragmented practices, developing practices that consider the user as a subject capable of taking responsibility of its own care. The Methodology of Teaching in Social Work must cause curricular changes to transform the professional training in health care, the continuing and permanent education of health care workers and teachers, the development and learning of the multiprofessional work, the humanization of the services in health care service and also the integration between education and work.

Keywords: Vocational Training in Health; Work; Multidisciplinarity; Teaching-professional work integration.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Quadro 1 - Sistematização do Caminho Metodológico da Pesquisa.....	27
Quadro 2 - Categorias Explicativas da Realidade	30
Quadro 3 - Categorias do Método Dialético-Crítico.....	31
Quadro 4 - Síntese da construção política e econômica do SUS.....	56
Quadro 5 - Editais - Programa PET-Saúde	70
Quadro 6 - Subprojetos do PRÓ-Saúde/PET-Saúde (2012 - 2014).....	81
Quadro 7 - Subprojetos do PET Redes (2013 - 2015)	82
Quadro 8 - Áreas de formação dos profissionais respondentes (56), relacionado aos critérios de inclusão/exclusão do estudo.....	96
Gráfico 1 - Participação por área no PET-Saúde/PUCRS, período entre 2009 a 2013.	85
Gráfico 2 - Questionários respondidos por área de formação	86
Gráfico 3 - participação dos alunos de acordo com gênero	87
Gráfico 4 - Participantes no PET-Saúde por faixa etária	88
Gráfico 5 - Número de participantes por programas PET-Saúde.....	89
Gráfico 6 - Motivos que levaram os profissionais a participarem no PET-Saúde	90
Gráfico 7 - Atividades realizadas pelos participantes no PET-Saúde.....	93
Tabela 1 - Síntese do nº de participações no estudo	25
Tabela 2- Síntese do universo/amostra de cada etapa do estudo	26

LISTA DE SIGLAS

ABS/APS - Atenção Básica à Saúde/Atenção Primária à Saúde
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
CA – Coordenadoria de Avaliação
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.
CEDA – Coordenadoria de Ensino e Desenvolvimento Acadêmico
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CF/88 - Constituição Federal de 1988
CGVS - Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
CMA - Mobilidade Acadêmica
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRH - Conferência Nacional de Recursos Humanos
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CPE - Coordenadoria de Programas Especiais
CUT - Central Única dos Trabalhadores
DCN's - Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FEDP's - Fundações Estatais de Direito Privado
FHC - Fernando Henrique Cardoso
FMI - Fundo Monetário Internacional
FSS - Faculdade de Serviço Social
GFASS - Grupo de Pesquisa Família, Serviço Social e Saúde.
HSL - Hospital São Lucas
IES - Instituições de Ensino Superior
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INTEGRA - Programa de Integração Ensino-Serviço
LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MEC - Ministério da Educação
MS - Ministério da Saúde
NETSI - Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade
NOB - Norma Operacional Básica

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
OPNES - Organizações Públicas Não Estatais
OS's - Organizações Sociais
OSCIP's - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSSPBS's - Organizações Sociais e o Setor de Produção de Bens e Serviços
PET - Programa de Educação Tutorial
PET/Redes - PET-Saúde/Redes de Atenção
PET/VS - PET-Saúde/Vigilância em Saúde
PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIB - Produto Interno Bruto
PPGSS - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
PROMED - Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓ-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RMS - Residência Multiprofissional em Saúde
RMSF - Residências Multiprofissionais em Saúde da Família
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS - Atenção à Saúde
SENAD/GSI/PR - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SESU - Secretaria de Educação Superior
SGTES - Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TLE - Termo Livre Esclarecido
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
US – Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO -----	15
2	ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA -----	20
2.1	PROBLEMA, OBJETIVOS E QUESTÕES NORTEADORAS-----	20
2.2	TÉCNICAS, ETAPAS, FASES, UNIVERSO, AMOSTRA DA PESQUISA E LUGAR DA PESQUISA.-----	21
2.3	OS PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS --	28
3	A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E AS RELAÇÕES ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO. -----	34
3.1	A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE -----	38
3.2	CONSOLIDAÇÃO DO SUS: CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA HÍBRIDO -	42
4	EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: UM NOVO MODO DE FAZER SAÚDE -----	59
4.1	A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE -----	61
4.2	O PET-SAÚDE COMO POSSIBILIDADE DE FORMAÇÃO INTEGRADA EM SAÚDE-----	66
4.2.1	O PET-Saúde na PUCRS -----	76
5	PRINCIPAIS ACHADOS DA PESQUISA -----	84
5.1	PRIMEIRA ETAPA: PRÉ-MAPEAMENTO -----	85
5.2	SEGUNDA ETAPA: MAPEAMENTO -----	86
5.3	TERCEIRA ETAPA: ENTREVISTA -----	97
5.3.1	Metodologia de ensino em serviço: a formação intra/exta-muro acadêmico -----	97
5.3.2	Trabalho Multidisciplinar: competência aprendida no cotidiano em saúde. -----	102
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	108

REFERÊNCIAS -----	112
APÊNDICE 1 – Roteiro Pré-Mapeamento -----	124
APÊNDICE 2 – Questionário Eletrônico - Mapeamento -----	125
APÊNDICE 3 – Roteiro da Entrevista Semiestruturada -----	128
APÊNDICE 4 – Termo Livre Esclarecido -----	129
ANEXO 1 – Parecer da Comissão Científica da FSS/Pucrs -----	130
ANEXO 2 – Parecer do CEP/PUCRS -----	131

1 INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil é considerada um direito social, cujo acesso é universal e de responsabilidade do Estado, inserido na órbita dos direitos sociais garantido constitucionalmente a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88). Através de seu artigo 196 a saúde passa a ser um direito de todos, de acesso universal, que deve ser proporcionado pelo Estado, mediante políticas sociais e econômicas. Para operacionalizar e efetivar esse direito constitucional foi criado, em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS, além de ser o sistema [único] de saúde dos brasileiros, caracteriza-se como uma política pública, um direito fundamental que deve ser cobrado e fiscalizado para que sua efetivação ocorra. Ampara-se no conceito ampliado de saúde e registra-se na Legislação para ser o sistema de saúde de todas as pessoas que residam no Brasil de modo temporário ou permanente, tenha ela cidadania brasileira ou não. É um direito por que sem a saúde não há condições de uma vida digna, e é um dever do Estado por que é financiado pelos impostos que são pagos pela população. Neste novo modo de fazer saúde, o atendimento que antes era somente biomédico, torna-se ampliado para que a população possa ser atendida de maneira integral, onde fatores psicológicos e sociais devem ser levados em consideração no momento do diagnóstico e tratamento.

Dessa forma, partindo-se do pressuposto de que o entendimento de saúde foi ampliado, é necessário repensar sobre a formação profissional em saúde, especialmente nas Universidades, no intuito de contemplar os preceitos desta política de saúde. Necessita-se discutir o que os discentes das áreas das ciências da saúde carecem, para obter uma formação diferenciada, voltada para o SUS. De antemão anuncia-se que carecem as experiências e práticas de estágios, as vivências nas comunidades e de pesquisa para que possam atingir o conhecimento adequado sobre a saúde pública brasileira. Sendo assim, muitos dos Cursos de Graduação de precisam de adequações.

No âmbito da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), desde 2008 a Universidade participa do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET – Saúde), desenvolvido em parceria com o Ministério da Saúde. Neste contexto, alunos de graduação participam como bolsistas, tendo como plataforma de ação a integração entre ensino e formação profissional em saúde.

Dessas indagações iniciais e da nova realidade que se apresenta na Universidade, resultou a presente Dissertação de Mestrado em Serviço Social - “O *PET-Saúde/PUCRS como estratégia para a formação profissional dos trabalhadores do SUS*”. A escolha pelo tema da *formação profissional em saúde a partir da experiência no PET- Saúde* ocorreu a partir da experiência de inserção no PET-Saúde/Saúde da Família na PUCRS no ano de 2010, conjuntamente à participação como bolsista de iniciação científica¹ no período de 2010 e 2011. Ambas as experiências ocorreram junto ao Grupo de Pesquisa Família, Serviço Social e Saúde (GFASS), vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade (NETSI) do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) na Faculdade de Serviço Social (FSS)/PUCRS. Os questionamentos que iniciaram ainda na graduação resultaram no ano de 2011, no trabalho de conclusão de curso de Serviço Social² junto a PUCRS.

Nesse trabalho, foi evidenciado o interesse em problematizar a inserção dos estudantes de Serviço Social no Programa PET-Saúde. Além disso, abordou-se, também, a questão a respeito de como a participação no Programa pode potencializar o conhecimento do estudante de graduação, levando-o a ser um profissional em condições de realizar análise da realidade em saúde. Para esse estudo, o universo amplia-se para além do Serviço Social, visto que ele discorre sobre as contribuições do PET – Saúde para a formação profissional dos ex-bolsistas PUCRS, do período entre o ano de 2009 – 2013, que atualmente são trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa se caracteriza pela abordagem multidisciplinar.

Para estudar sobre a experiência desse grupo de alunos que hoje são profissionais, elaborou-se como **problema de pesquisa** desta Dissertação de Mestrado:

“Como a experiência junto ao PET-Saúde contribui para uma formação profissional em saúde voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a percepção de seus egressos?”

Para alcançar uma resposta para esse problema, foi definido como objetivo

¹ Pesquisas intituladas: “Estudo sobre a contribuição dos Programas de ensino em serviço na inovação/mudança curricular dos cursos de graduação da área da saúde”, em 2010 e “Contribuições dos programas de ensino em serviço para o processo de formação e atenção em saúde”, no ano de 2011.

² Trabalho intitulado “Abrindo a caixa de pandora: programas de ensino em serviço”, disponível para consulta na Faculdade de Serviço Social/PUCRS.

geral e específico do estudo:

Objetivo Geral:

- *Analisar se e/ou de que forma a experiência dos ex-bolsistas do PET-Saúde contribui para uma formação profissional em saúde voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS).*

Objetivos específicos:

- *Analisar a percepção dos egressos do PET-Saúde sobre os aportes dessa experiência de formação profissional em saúde para qualificação do trabalho no SUS;*
- *Identificar como a metodologia utilizada no PET-Saúde é avaliada pelos egressos, e;*
- *Verificar qual a contribuição dessa experiência para a garantia do trabalho multi/interdisciplinar previsto no SUS.*

Foram sujeitos de pesquisa os bolsistas e os ex-bolsistas participantes do PET-Saúde/PUCRS no período entre 2009 a 2013. Este foi realizado na PUCRS com apoio da Coordenadoria de Programas Especiais (CPE) da Pró-Reitoria Acadêmica da PUCRS. Esta Unidade tem como objetivo “qualificar a formação de alunos e professores a partir de melhorias constantes na qualidade do ensino da Universidade”. (PUCRS, 2013a).

A participação da PUCRS no PET-Saúde ocorre desde a primeira edição do Programa em 2008/2009, destacando-se a parceira neste processo de reorientação da formação profissional em saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/POA). A proposta do Programa é o desenvolvimento de projetos em conjunto: dos estudantes e professores da IES com gestores e trabalhadores da saúde. Desta aproximação entre a academia e os serviços de saúde resultou o Diagnóstico da Saúde do Distrito Nordeste de Porto Alegre, projeto que contou com a participação de trabalhadores, acadêmicos e professores das áreas da Enfermagem, da Farmácia, da Medicina, da Nutrição, da Odontologia, da Psicologia e do Serviço Social. (THIESEN et al, 2011)

O que se observa foi à aproximação da Universidade com a política pública de saúde, pois, quando o Ministério da Saúde investe nos programas de ensino em serviço, aproxima a academia da realidade sanitária do país. Por outro lado a

PUCRS, na sua missão de “produzir e difundir conhecimento e promover a formação humana e profissional, orientada por critérios de qualidade e relevância, na busca de uma sociedade justa e fraterna” (PUCRS, 2013b), integra-se ao Ministério como forma de qualificar sua matéria prima: o ensino. Assim, o que se percebe é que foram proporcionadas Respostas às necessidades concretas da população brasileira, tanto na formação de recursos humanos, como na produção do conhecimento e na prestação de serviços, em todos esses casos direcionados a construir o fortalecimento do SUS (THIESEN, COBERLLINI, GUSTAVO, 2011), mesmo que ainda insuficientes.

É importante levar em consideração ainda que, para se falar sobre a construção do SUS é necessário “olhar o todo”, ou seja, o cenário econômico - político internacional, para assim, concomitantemente, “olhar a parte”, que nesse caso compreende o sistema econômico - político, a política pública no Brasil e, principalmente, o SUS. Para realizar esse movimento, o fio condutor é a instauração do neoliberalismo enquanto um sistema econômico global que influenciou na construção da Constituição Federal de 1988 e que tensionou e tensiona constantemente as decisões dos governos brasileiros sobre a direção das Políticas Públicas e sobre o SUS.

Organizou-se essa dissertação em seis capítulos, de modo a subsidiar e apresentar o estudo realizado. Optou-se em, logo após a introdução (capítulo 1), apresentar o estudo realizado. Desse modo, o “*capítulo 2 - aspectos metodológicos da pesquisa*” abarca o detalhamento da metodologia da pesquisa, para que se tenha conhecimento de imediato a respeito de como foi realizado este estudo. Nos capítulos seguintes, tem-se a possibilidade de conhecer a trajetória teórica desta pesquisa, bem como conhecer os resultados do estudo em questão.

Assim sendo, foram elaborados dois capítulos de fundamentação teórica que auxiliam na compreensão sobre o tema *formação profissional em saúde*. O “*capítulo 3 – a política de saúde brasileira e as relações entre o público e o privado.*” aborda os rebatimentos do neoliberalismo não somente na Política Pública Brasileira, como também nos impactos na construção e consolidação do SUS. Item organizado em dois subitens: o primeiro discorre sobre a construção do SUS e o segundo realiza uma análise sobre sua implementação, governo a governo – do presidente Fernando Collor de Mello à presidenta Dilma Rouseff –, e os projetos em disputa nesse processo: o neoliberal/privatista e o democrático/reforma sanitária.

No “*capítulo 4 – a formação profissional em debate*” discorre-se, sobre a formação profissional e sobre qual é o papel da universidade e do estado que “não deve qualificar para o mercado, mas para a vida” (JINKINGS, 2008, p. 9), posto que, “[...] as soluções não podem ser apenas *formais*; elas devem ser *essenciais*”. (MÉZÁROS, 2008, p. 35). O capítulo em questão é dividido em dois subitens. No primeiro, realiza-se um debate sobre a formação profissional em saúde e o papel da universidade nesse processo. No segundo, aborda-se sobre o PET-Saúde como possibilidade de formação integral em saúde; inicia-se pela criação do programa e a participação da PUCRS nesse processo, e finaliza-se com a metodologia de ensino utilizada no PET-Saúde.

O “*capítulo 5 – principais achados da pesquisa*”, apresentam-se os resultados encontrados no estudo e o “*capítulo 6 – considerações finais*” constituiu-se em um desafio, pois, entende-se a relevância do programa de ensino em saúde no atual contexto universitário e, assim, valoriza-se esta ação que vem sendo executada desde 2008 na PUCRS. Contudo, compreende-se que estes programas não devem ser a única ou o fim único de propostas de investimentos para a preparação dos profissionais da saúde, sendo necessário que mudanças efetivas passem a ser formuladas nos currículos e que propostas de currículo integrado possam ser pensadas para as diversas áreas da saúde.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Neste capítulo, serão abordadas as opções realizadas sobre os procedimentos metodológicos da pesquisa. Segundo Minayo (2004, p.16), a “metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. É muito mais do que técnicas, é a articulação da teoria, da realidade dos pensamentos sobre a realidade, “o método é a alma da teoria” (MINAYO, 2008, p.15). De acordo com Prates (2003, p.123), “o uso de critérios de cientificidade, a aproximação e a utilização de métodos científicos são de fundamental importância ao planejamento da pesquisa”.

Utiliza-se como método o dialético-crítico. Para Prates (2003), a finalidade do método é proporcionar um processo investigativo de movimento contraditório da constituição dos fenômenos sociais contextualizados e interconectados à luz da totalidade e assim proporcionar equilíbrio entre as condições subjetivas e objetivas, bem como preconizar a articulação entre dados quantitativos e qualitativos.

Deste modo, o estudo possui caráter qualitativo, com dados quantitativos para melhor mensurar, complementar e referendar os aspectos analisados. Os itens referentes aos procedimentos, método, sujeitos, amostra serão aqui apresentados de maneira a explicitar a metodologia do estudo proposto.

2.1 PROBLEMA, OBJETIVOS E QUESTÕES NORTEADORAS

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

Como a experiência junto ao PET-Saúde contribui para uma formação profissional em saúde voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a percepção de seus egressos?

Esse problema de pesquisa é complementado pelas seguintes **questões norteadoras**:

1. *De que modo a metodologia ensino em serviço utilizada no PET-Saúde contribui para a uma formação profissional em saúde para o SUS?*

2. *Como a interface entre as diversas áreas (educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social) contribui para uma formação multi/interdisciplinar?*

3. *Como os profissionais egressos do PET-Saúde percebem as contribuições e limites desse processo de formação?*

Com a referida problematização, seguida pelas questões norteadoras, foram estabelecidos alguns objetivos para a pesquisa, sendo eles:

Como **objetivo geral**:

- *Analisar se e/ou de que forma a experiência dos ex-bolsistas do PET-Saúde contribui para uma formação profissional em saúde voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS).*

E como **objetivos específicos**:

- *Analisar a percepção dos egressos do PET-Saúde sobre os aportes dessa experiência de formação profissional em saúde para qualificação do trabalho no SUS;*

- *Identificar como a metodologia utilizada no PET-Saúde é avaliada pelos egressos;*

- *Verificar qual a contribuição dessa experiência para a garantia do trabalho multi/interdisciplinar previsto no SUS.*

2.2 TÉCNICAS, ETAPAS, FASES, UNIVERSO, AMOSTRA DA PESQUISA E LUGAR DA PESQUISA.

Para a realização de uma pesquisa científica é necessária à definição das técnicas que serão utilizadas para que, assim, se responda cientificamente ao problema estudado. Marconi; Lakatos (2010, p.157), afirmam que uma técnica de pesquisa consiste em um “conjunto de preceitos ou processos de que se serve uma ciência ou arte; é a habilidade para usar esses preceitos ou normas, a parte prática”. Para a realização da “parte prática” desta pesquisa foram utilizadas 03 (três) técnicas: a bibliográfica, a documental e a de campo.

A pesquisa bibliográfica “abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico, etc.[...]”. (MARCONI; LAKATOS, 2010, p.166). Essa técnica permite ao pesquisador explorar o maior número de informações já escritas sobre o tema, de modo a corroborar as novas conclusões sobre o estudo. É utilizada durante todo o processo de escrita do projeto e da dissertação para a construção da fundamentação teórica e da análise dos dados.

Compreende-se a pesquisa documental como a primeira etapa do processo metodológico desta pesquisa. Porém, se destaca que nenhuma das etapas ou fases descritas foi realizada de maneira isolada ou hierarquizada; ainda que tenham ocorrido em momentos diferentes, esta divisão tem apenas fins didáticos. Por conseguinte, a pesquisa documental tem como característica principal a fonte da coleta de dados, pois essa é restrita aos documentos, que podem ser escritos ou não. Esta gama de materiais pode ser composta por arquivos públicos, publicações administrativas, censos, documentos de arquivos privados, cartas, contratos, entre outros exemplos. A esse material dá-se o nome de fontes primárias, constituídas pela sistematização do próprio autor (MARCONI; LAKATOS, 2010).

1ª ETAPA (documental): PRÉ-MAPEAMENTO - o objetivo nessa etapa foi a realização de um mapeamento prévio a fim de identificar os ex-alunos da PUCRS que participaram do programa. Nesse caso, foram utilizados, como documento fonte as fichas de inscrição no PET-Saúde, que são mantidas no arquivo privado da Coordenação de Programas Especiais da Pró-Reitoria Acadêmica³ da referida Universidade.

A partir desses documentos, foi construído um banco de dados em *excel*⁴, contendo informações que possibilitaram a busca ativa dos alunos e ex-alunos do PET-Saúde. Posteriormente, o nome do bolsista foi substituído por área de formação e a identificação passou a respeitar a numeração em ordem sequencial entre 1 a

³ A Coordenadoria de Programa Especiais é responsável pelo acompanhamento e operacionalização dos Programas do Ministério da Saúde entre eles o PET-Saúde. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/portal/?p=institucional/idades-administrativas/proacad/diretoria-de-graduacao/cpe>>. Acesso em jan. 2014.

⁴ O roteiro de coleta está descrito no apêndice 1.

224. Ex.: #Farmácia1, #ServiçoSocial185, de modo a assegurar o sigilo nas informações.

Nesta primeira etapa de coleta de dados, foi identificado o universo de 224 (duzentos e quarenta e quatro) alunos que participaram do PET-Saúde no período (ano) compreendido entre 2009 – julho/2013. Observa-se que a inclusão do período de 2013 foi realizada por solicitação da Coordenação de Programas Especiais da Pró-Reitoria Acadêmica.

Para os fins deste estudo, foram considerados como critérios de inclusão:

- 1) ter sido cadastrado junto ao Ministério da Saúde como bolsista CNPq – Edital PET-Saúde;
- 2) ter cadastrado endereço de e-mail,

E como critérios de exclusão:

- 1) o endereço de e-mail cadastrado estar desatualizado;
- 2) ter participado do PET-Saúde como bolsista voluntário.

Cabe ressaltar que foi necessário realizar esta etapa da pesquisa de forma isolada das demais, tendo em vista que somente após essa coleta se tornou possível iniciar a próxima etapa.

2ª ETAPA: MAPEAMENTO - A pesquisa de campo “é aquela utilizada com objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta”. (MARCONI; LAKATOS, 2010, p.168). Nessa etapa de mapeamento dos ex-bolsistas PET-Saúde, se utilizou enquanto instrumento de coleta questionário eletrônico estruturado, elaborado no Google Docs⁵, que foi enviado para o e-mail cadastrado dos ex-bolsistas. O questionário consiste

em uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. Em geral, o pesquisador envia o questionário ao informante, pelo correio ou portador; depois de preenchido, o pesquisado devolve-o de mesmo modo. (MARCONI; LAKATOS, 2010, p.184).

Essa fase teve por finalidade mapear os ex-bolsistas que, após graduados, se inseriram como profissionais no SUS. Do universo de 224 (duzentos e vinte e quatro) bolsista que se incluíam nos critérios estabelecidos para esta fase da

⁵ Este instrumento pode ser visualizado no apêndice 2, deste trabalho.

pesquisa, 56 (cinquenta e seis) responderam ao questionário, o que corresponde a uma amostra de 25% (vinte e cinco por cento) do universo investigado.

É importante salientar que muitos e-mails retornaram, possivelmente porque o endereço cadastrado correspondia ao acesso do aluno como estudante da Universidade e a partir da conclusão da graduação, esses endereços tornam-se desatualizados e o contato com estes ex-bolsistas do PET-Saúde, pelos critérios de inclusão neste estudo – possuir endereço eletrônico atualizado –, não foi possível.

Na etapa descrita, na qual 56 (cinquenta e seis) ex-bolsistas responderam ao questionário on-line, foi considerado que, ao responder e enviar o questionário, o sujeito de pesquisa concordava em participar do estudo, informação que constava no cabeçalho do instrumento, bem como na primeira pergunta – se aceitava participar da pesquisa.

3ª ETAPA: ENTREVISTAS – etapa executada por meio de entrevista semiestruturada⁶ com os ex-bolsistas PET-Saúde inseridos no SUS. A entrevista, segundo Marconi; Lakatos (2010, p. 178 – 179), “tem como objetivo principal a obtenção de informações do entrevistado, sobre determinado assunto ou problema. [...] É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados [...]”. Tendo em vista essa perspectiva, a entrevista tem o objetivo, nesta pesquisa, de verificar a importância da participação no projeto PET-Saúde para qualificação profissional em saúde pública e sua inserção no SUS.

Do universo dos 56 (cinquenta e seis) participantes que responderam ao questionário on-line, foi definida uma padronização que limitava a amostra a 18 (dezoito) participantes, – 2 (dois) sujeitos por área a que a pesquisa se destinava nesta etapa: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. A escolha dos sujeitos foi aleatória pois, conforme acontecia o retorno dos questionários on-line preenchidos e esses se enquadravam nos critérios de inclusão, o convite para participar das entrevistas era realizado via e-mail. Destaca-se que o questionário on-line já incluía uma questão a respeito da necessidade de maiores informações e questionava sobre o interesse do respondente em participar na próxima etapa da pesquisa. Com o retorno dos questionários on-line, o número de respostas válidas passou a ser de

⁶ O roteiro de entrevista encontra-se no apêndice 3 deste trabalho.

15 (quinze) participantes, não mais possibilitando a aplicação da metodologia previamente estabelecida (02 sujeitos por área).

A seguir apresenta-se a Tabela que demonstra o numero de respostas obtidas nos questionários on-line e o numero de sujeitos por área que participaram da etapa de entrevistas. Observa-se que na área da Farmácia não houve sujeitos que atendessem aos critérios de inclusão, pois em todos os questionários, foi informado que os profissionais farmacêuticos encontram-se atuando na iniciativa privada. Na área da odontologia dos 03 (três) respondentes, apenas 1 sujeito encontrava-se nas condições para a entrevista, porem este se encontrava há apenas 1 semana atuando no SUS e, por isso, entendeu que sua participação seria precoce. No capítulo 5 – Achados da Pesquisa – estas informações são retomadas, pois a forma como a amostra foi composta refere também um dos dados da pesquisa.

Tabela 1 - Síntese do nº de participações no estudo

Áreas	Nº de participações	Retorno Questionários	Não preenchem os critérios de inclusão	Preenchem os critérios de inclusão	Não tem interesse em participar da entrevista	Entrevistas Realizadas
Educação Física	08	04	02	02	-	01
Enfermagem	28	04	04	-	-	-
Farmácia	36	05	05	-	-	-
Fisioterapia	08	03	03	-	-	-
Medicina	27	03	01	02	02	-
Nutrição	27	13	09	04	-	02
Odontologia	32	03	02	01	01	-
Psicologia	26	08	06	02	-	02
Serviço Social	32	13	09	04	-	02
Total	224	56	41	15	03	07

Nessa fase da coleta de informações, os sujeitos assinaram o Termo Livre Esclarecido - TLC⁷ e desse lhe foi entregue uma cópia. As entrevistas foram gravadas e integralmente transcritas. Salienta-se que os critérios de inclusão dessa fase foram:

- 1) ter respondido ao questionário on-line;
- 2) ter concluído a graduação e atuar no SUS.

⁷ O TLC encontra-se no apêndice 4 deste trabalho.

Tabela 2- Síntese do universo/amostra de cada etapa do estudo

	1ª ETAPA Pré-mapeamento	2ª ETAPA Mapeamento	3ª ETAPA Entrevistas
UNIVERSO	224	224	56
AMOSTRA	224	56	15

Fonte: elaborado pela autora

Observa-se que, para a realização deste estudo, o projeto de pesquisa foi submetido à Comissão Científica da Faculdade de Serviço Social PUCRS e aprovado no Parecer n. 15/2013⁸. A partir de então, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e remetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, que autorizou tal pesquisa sob o Parecer n. 334.834⁹. Como procedimento padrão, todos os sujeitos que contribuíram para este estudo foram esclarecidos sobre a matéria da pesquisa.

O quadro a seguir visa explicitar a construção metodológica do problema e dos objetivos que nortearam a pesquisa empírica, bem como as técnicas e instrumentos utilizados para a coleta de dados:

⁸ Este documento pode ser visualizado no anexo 1, deste trabalho.

⁹ Este documento pode ser visualizado no anexo 2, deste trabalho.

Quadro 1 - Sistematização do Caminho Metodológico da Pesquisa

TEMA			
Formação profissional em saúde a partir da experiência no Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde / PET-Saúde.			
DELIMITAÇÃO DO TEMA			
Contribuições do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde / PET-Saúde para a formação profissional dos ex-bolsistas participantes do programa, no período compreendido entre os anos de 2010 – 2013, oriundos da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS e, atualmente, trabalhadores do SUS.			
PROBLEMA DE PESQUISA			
Como a experiência junto ao PET-Saúde contribui para uma formação profissional em saúde voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a percepção de seus egressos?			
OBJETIVO GERAL			
Analisar se e/ou de que forma a experiência dos ex-bolsistas do PET-Saúde contribui para uma formação profissional em saúde voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS).			
QUESTÕES NORTADORAS	1. De que modo a metodologia ensino em serviço utilizada no PET-Saúde contribui para a uma formação profissional em saúde para o SUS?	2. Como a interface entre as diversas áreas (educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social) contribui para uma formação multi/interdisciplinar?	3. Como os profissionais egressos do PET-Saúde percebem as contribuições e limites desse processo de formação?
OBJETIVOS	Analisar a percepção dos egressos do PET-Saúde sobre os aportes dessa experiência de formação profissional em saúde para qualificação do trabalho no SUS.	Identificar como a metodologia utilizada no PET-Saúde é avaliada pelos egressos.	Verificar qual a contribuição dessa experiência para a garantia do trabalho multi/interdisciplinar previsto no SUS.
TÉCNICAS: - Bibliográfica, - Documental - Campo.		INSTRUMENTOS: - Banco de Dados; - Questionário online; - Entrevista semiestruturada.	

Fonte: Sistematização realizada pela autora.

No que se refere ao *LUGAR DA PESQUISA*, o estudo foi realizado na PUCRS, junto a Coordenadoria de Programas Especiais (CPE) na Pró-Reitoria Acadêmica cujo objetivo é “qualificar a formação de alunos e professores a partir de melhorias constantes na qualidade do ensino da Universidade”. (PUCRS, 2013b). A Pró-Reitoria de Graduação encontra-se estruturada em 4 (quatro) coordenadorias: Ensino e Desenvolvimento Acadêmico (CEDA), Avaliação (CA), Programas Especiais (CPE) e Mobilidade Acadêmica (CMA).

A CPE, local da pesquisa, tem como coordenadora a Prof^a. Dr^a. Valéria Lamb Corbellini. Esse setor é responsável pela coordenação do Programa de Integração Ensino-Serviço – INTEGRA, em parceria com o Hospital São Lucas (HSL), que envolve as dez Áreas da Saúde e o Projeto InterAÇÃO, que tem como objetivo aprimorar a inserção dos alunos da graduação em áreas de vulnerabilidade social. Realiza, também, o acompanhamento e operacionalização dos Programas do Ministério da Saúde Pró-Saúde da Educação, Pró-Saúde e PET-Saúde – desenvolvidos em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre –, e do Programa PET-Tutorial. (PUCRS, 2013b).

2.3 OS PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

O material qualitativo coletado nos questionários e nas entrevistas foi analisado pelo método de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009). Esse se caracteriza por

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2009 p. 44).

Intenta conhecer o que está por trás das palavras, configurando-se pela busca da realidade por meio delas. Bardin (2009, p. 46), se propõe a conhecer “por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares”. A análise de conteúdo é realizada a partir “[...] de três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados” (BARDIN, 2009, p.121), sendo que a inferência e a interpretação deste material são desenvolvidas posteriormente.

A pré-análise, que é a fase de organização e leitura flutuante do material, visa estabelecer contato com os documentos e conhecer o texto, permitindo-se obter as primeiras percepções e orientações surgidas, com o objetivo de escolher os documentos que consistirão o *corpus* para análise, segundo as regras de exaustividade, de representatividade, de homogeneidade e de pertinência.

Na fase de preparação/exploração do material, é realizada também sua organização. Assim sendo, os dados são dispostos em tabelas, classificando seus conteúdos conforme as categorias explicativas da realidade: formação profissional em saúde; trabalho e multidisciplinariedade e conforme, ainda, àquelas que emergirem da pesquisa - as categorias empíricas, seguindo a proposta metodológica de Bardin (2009).

Nesses procedimentos, ainda são realizados “recortes”, de modo a selecionar e agrupar os elementos - categorias epistemológicas (ou explicativas da realidade) que emergem da análise da realidade e de sua complexidade, por meio das unidades de análise ou de classificação -, as categorias dialéticas: totalidade, historicidade, cotidiano, contradição e reprodução, percorrendo por novas possibilidades de superação a partir do conteúdo emergido.

As categorias têm por objetivo delimitar e dar destaque aos aspectos teóricos centrais do objeto de estudo, de maneira a auxiliar na pesquisa empírica e na posterior análise de dados. São conceitos basilares por meio dos quais se procura expressar aspectos básicos e essenciais do real. “As categorias possuem simultaneamente a função de intérprete do real e de indicadores de uma categoria política” (CURY, 1995, p.21).

Todavia, a categoria por si só não realiza a análise do real, elas só adquirem consistência quando subsidiam a leitura da realidade a partir de contextos econômicos, sociais e políticos (CURY, 1995); fora destes contextos, são apenas conceitos isolados. No que tange esta pesquisa, as categorias se dividem em: teóricas ou analíticas, empíricas e do método dialético-crítico. Optou-se pela apresentação das categorias empíricas no capítulo 5 – “*achados da Pesquisa*” por compreender que naquele momento tal discussão poderia subsidiar a análise dos materiais, bem como atenderia a cronologia do próprio estudo, uma vez que estas categorias surgem daquilo que “não estava previsto”, ou seja, são conteúdos e contribuições espontâneas dos sujeitos da pesquisa, que ampliam a discussão sobre aquela temática.

De acordo com Minayo (2004), as categorias analíticas são aquelas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais. As categorias centrais que nortearão o estudo da presente pesquisa se encontram sintetizadas a seguir:

Quadro 2 - Categorias Explicativas da Realidade

FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Em sua forma mais abrangente, significa “processos educativos que permitam ao indivíduo adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p.14). É uma terminologia criada recentemente para denominar processos históricos sobre a capacitação para o trabalho e o “processo de trabalho na ótica dos trabalhadores” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p.14). Mais especificamente no que se refere à saúde, é uma formação que diz respeito às ações integradas referentes às necessidades individuais e coletivas da população, com base em um modelo que ultrapasse a ênfase na assistência médico-hospitalar. Possui como metodologia de ensino a formação pelo trabalho, isto é, o trabalho como um processo formativo, e que, sendo assim, proporcione ao acadêmico um conhecimento real da Saúde Pública Brasileira.

TRABALHO

Para Marx (2008), compreende como condição da existência humana, expressada por meio de uma atividade útil que se apropria de produtos da natureza, ou seja, de matéria prima, e os transforma. É tudo aquilo que o homem cria e constrói – intercâmbio entre o homem e a natureza (PRATES, 2000) –, e nessa interação o homem não modifica somente a matéria, transforma a si mesmo também, dando assim um sentido útil à vida humana. Quanto à “produção na saúde realiza-se por meio do ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado.” (MERHY; FRANCO, [2008]).

MULTIDISCIPLINARIEDADE

Interação entre os vários conhecimentos técnicos específicos, com a produção de uma solução/proposta de intervenção que não seria produzida por nenhum dos profissionais isoladamente. Possibilita o novo, a interação democrática entre diferentes (atores, saberes, práticas, interesses e necessidades). Quando se trata da Promoção da Saúde, torna-se evidente a importância do trabalho multiprofissional, com a participação de vários profissionais da saúde, o que vai garantir a integralidade na assistência. A ação multidisciplinar apresenta-se como uma forma promissora de atendimento na área da saúde. (PÁDUA, 2006, TONETTO, 2007). O trabalho multiprofissional, na lógica da interdisciplinaridade, é uma possibilidade de ampliar a capacidade humana de compreender a realidade e os problemas que nela se apresentam. Em se tratando do conhecimento que fundamenta as práticas dos profissionais da saúde, favorece a articulação do conhecimento de várias áreas com os seus saberes e os seus fazeres, de forma a dar mais sentido à teoria, ampliar a compreensão dos problemas de saúde e, conseqüentemente, melhorar a prática. (LÜCK, 2000; MARIN, 2010).

Fonte: sistematização realizada pela autora.

Além dessas, as principais categorias do método dialético-crítico que orientaram a construção do referencial teórico e a análise dos dados são apresentadas a seguir:

Quadro 3 - Categorias do Método Dialético-Crítico

COTIDIANO
O termo cotidiano, que deriva do latim <i>cotidie</i> ou <i>cotidianus</i> , significa todos os dias, o comum, o habitual (HELLER, 2000; GUIMARÃES, 2002). O cotidiano é a vida acontecendo todos os dias, sem ele não existe vida humana. “A vida cotidiana é a vida do homem inteiro; ou seja, o homem que participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade” (HELLER, 2000, p.17). “A vida cotidiana, portanto, se insere na história, se modifica e modifica as relações sociais” (NETTO; CARVALHO, 2012, p. 29). O cotidiano é o mundo real/concreto do homem, é um conjunto de atividades que o indivíduo reproduz. “Mas a direção destas modificações depende estritamente da consciência que os homens portam de sua essência e dos valores presentes ou não ao seu desenvolvimento” (NETTO; CARVALHO, 2012, p. 29).
CONTRADIÇÃO
Categoria fundamental da lógica dialética, para haver superação precisa existir desacomodação, o que só acontece a partir da contradição sobre algo ou alguém. Seu extremo oposto é a identidade. Algo é idêntico quando não se pode distinguir uma diferença. Se existem distinções, a identidade se transforma em diferença. Se a diferença se aprofunda, há contrariedade e contraposição. “[...] reflete o momento mais originário do real. A contradição é o próprio motor interno do desenvolvimento” (CURY, 1995, p. 27). Se a oposição se agudiza, a contrariedade se transforma em contradição. Nesse caso, os polos opostos já não são apenas diferentes, mas contraditórios e antagonísticos (não podem se conciliar). “Sob o ponto de vista da sociedade, negar a contradição do movimento histórico é falsear o real, representando-o como idêntico, permanente e a-histórico”. (CURY, 1995, p. 27). A contradição é um ir e vir, ao mesmo tempo em que destrói, é também criadora, é a luta dos contrários em busca da superação de si próprios. (PRATES, 2000).
HISTORICIDADE
Não se restringe ao relato da história; a história faz parte da historicidade, mas não é a historicidade. Ela está para além de resgate histórico, significa “reconhecimento da processualidade, do movimento e transformação do homem, da realidade e dos fenômenos sociais”, (PRATES, 2000), ou seja, busca conhecer os significados por trás dos fatos históricos para além de uma ordem cronológica da história e agregar aspectos políticos, sociais e econômicos aos fatos da história.

cont.

REPRODUÇÃO

Segundo Cury (1995, p. 38), “re-produzir seria criar condições para que o levado (trazido, rendido, fabricado, taxado) se reitere de novo em favor de alguém, ainda que implique uma mudança”. Reprodução, mais do que uma palavra, representa uma visão de mundo, logo, a categoria reprodução está intrinsecamente ligada ao capital e, por consequência, à categoria trabalho. A reprodução capitalista não é somente reprodução da relação, é também sua reprodução sempre em escala crescente. E na mesma medida em que, com o modo de produção capitalista, se desenvolve a força produtiva social do trabalho, cresce também a riqueza acumulada em oposição ao operário, enquanto riqueza que domina como capital. (MARX, 2010, p. 72). A reprodução se dá no processo produtivo do capital e o trabalhador está inserido neste processo histórico, assim como suas relações estão inseridas na reprodução capitalista. “A dialética reprodução – contradição – totalidade permite perceber como as instituições não só refletem as estruturas mais amplas, mas também cooperam para produzir e reproduzir as relações sociais” (CURY, 1995, p. 39).

TOTALIDADE

Busca-se compreender a realidade como um todo, não no sentido de conhecer todos os fatos ou juntá-los, mas de compreendê-los na sua totalidade pela conexão e interdependência existentes entre os fenômenos; a realidade é um todo articulado (LUKÁCS, 2003). Segundo Kosik (1989, p.35), a totalidade significa “realidade como um todo estruturado, dialético, no qual, ou do qual um fato qualquer, pode vir a ser racionalmente compreendido”. Analisar uma situação em sua totalidade não significa olhar o fenômeno de forma exaurida, mas sim inter-relacionar fatos e determinações que contribuam para análise da realidade; dessa forma, o homem procura entender não somente um ponto particular do real, mas também a singularidade, a particularidade e universalidade, de forma que, juntamente com a categoria mediação, possa compreender os processos sociais de maneira mais ampla.

Fonte: sistematização realizada pela autora.

O tratamento dos dados é realizado por meio da descrição analítica, que aprofunda o estudo orientado pelos referenciais teóricos e questões norteadoras do projeto. Segue-se, assim, a interpretação dos dados já categorizados, desenvolvendo uma síntese conclusiva que mediará o conjunto dos dados teóricos com o material coletado por meio da análise dos significados - análise categorial (BARDIN, 2009).

Além disso, as análises quantitativas dos dados receberam tratamento estatístico descritivo. No que tange à representação dos dados, foram realizadas descrições e análises de dados quantitativos – alguns de maior relevância para o estudo estão representados em tabelas para melhor visualização – e articulados à

descrição dos dados da análise qualitativa, de acordo com a sistematização das categorias explicativas da realidade.

Para divulgação dos dados, se propõe elaborar Artigos Científicos para publicação, como também apresentações em seminários, congressos e encontros sobre a temática, além da disponibilidade da Dissertação para Coordenadoria de Programas Especiais da Pró-Reitoria Acadêmica. É importante destacar que a devolução e a socialização de resultados se constituem como elementos de destaque no método dialético que visa contribuir com a transformação social. No próximo capítulo, é iniciada a apresentação do referencial teórico da pesquisa que subsidiou a análise dos dados coletados.

3 A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E AS RELAÇÕES ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO.

As relações entre o sistema público (sob a responsabilidade do poder público) e o sistema privado (sob a responsabilidade de setores empresariais) no Brasil são muitas, e transcende o debate sobre a assistência a saúde. Tema que constantemente está em pauta na mídia, que antecede a promulgação da Constituição de Federal de 1988 e permeia as reivindicações do Movimento da Reforma Sanitária desde 1970 (MENICUCCI, 2010).

Distinção que apesar de se referir à natureza jurídica das instituições que realizam o atendimento à saúde da população brasileira, sejam elas as que compõem a rede de serviços, sejam elas na organização e gestão da assistência a saúde. Mas que para, além disso, são espaços de disputas que marcam a própria constituição do Sistema Único de Saúde, onde “à existência de uma ‘saúde’ pública – atenção sob a responsabilidade do poder público (Estado) – e de uma assistência privada, referindo-se às formas de gestão sob a responsabilidade de organizações privadas” (MENICUCCI, 2010, p. 184), tornam-se espaço de disputa política, ideológica e principalmente econômica.

Entretanto esse embate entre o público e o privado não ocorre somente na política de saúde, mas sim nas políticas públicas em geral, como será visto ao longo deste capítulo. Mudanças que superam os processos de gestão e assistência, mas que envolvem mudanças no cenário político – econômico mundial. Assim sendo, neste capítulo, são abordadas a implantação do neoliberalismo e seus rebatimentos, não somente na Política Pública Brasileira, mas também seus impactos na construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Deste modo, este item foi organizado em dois subitens: a construção do SUS e uma análise sobre sua implementação, governo a governo – do presidente Fernando Collor de Mello à presidenta Dilma Rouseff –, e os projetos em disputa nesse processo: o neoliberal/privatista e o democrático/reforma sanitária.

Entretanto, primeiramente se faz necessário discorrer sobre as mudanças econômicas mundiais que desencadearam a passagem do liberalismo para o neoliberalismo, que ocorreram com o esgotamento do modelo fordista-keynesianismo, período sob a hegemonia do capital monopolista norte-americano,

que impôs ao mundo seu padrão de produção e consumo – o liberalismo. Agrega-se a este esgotamento a crise do petróleo em 1973 e as lutas sociais pela libertação dos povos do terceiro mundo do jugo da ditadura. (MOTA, 2005). Crise definida por Mota (2005, p. 88) como

um conjunto de transformações econômicas, políticas, sociais, institucionais e culturais que interferem no processo de reprodução social, seja no sentido de incorporar potencialmente elementos ameaçadores de reprodução, seja no sentido de catalisar mudanças que permitam a reestruturação da reprodução.

Para corroborar com tal afirmação, foi elaborado o primeiro diagnóstico por uma Comissão Trilateral, com representantes dos Estados Unidos, França e Japão. Este diagnóstico apresentava como proposta uma democracia restrita, isto é, restrição e atendimento mínimo no campo dos direitos, indo de encontro ao modelo vigente - o Welfare State. Justificavam-se estas mudanças devido à diminuição no crescimento das principais economias mundiais.

Com base nesse diagnóstico impulsionam-se propostas de mudanças no papel do Estado como regulador das Políticas Públicas. Neste cenário ocorreu a transição para o novo modelo econômico – o neoliberalismo – ajuste não somente de natureza econômica, mas também na política-institucional e nas relações sociais. (SADER, 2008; SOARES, 2000).

O modelo neoliberal possui por ideologia o individualismo e por definição, inclui a informalidade no trabalho, o desemprego, o subemprego, a desproteção trabalhista, a privatização, o livre comércio e, conseqüentemente a “nova” pobreza, que é alvo de políticas focalizadas de assistência. Deste modo beneficia países e empresas que tenham melhores condições de competição acirrando a concentração de poder na mão de poucos países. (SADER, 2008; SOARES, 2000).

O novo modelo de acumulação [neoliberalismo] implica que: os direitos sociais perdem identidade e a concepção de cidadania se restringe; aprofunda-se a separação público-privado e a reprodução é inteiramente devolvida para este último âmbito; a legislação trabalhista evolui para uma força maior de mercantilização (e, portanto, desproteção) da força de trabalho; a legitimação (do Estado) se reduz à ampliação do assistencialismo. A expressão institucional desse modelo – e do caráter das relações sociais – é também um novo Estado, um cenário diferente que expressa – ao mesmo tempo em que, define – novas condições da luta social (SOARES, 2000, p. 13).

Os dois países que lideraram em adotar este modelo econômico foram Inglaterra e Estados Unidos. Na Inglaterra ocorreu o advento da chamada “contra-revolução monetarista”, culminando na eliminação do Estado como agente econômico, redução de gastos com o Welfare State e liberação do mercado. Como resultado, valorização da libra no cenário internacional, em detrimento do aumento da recessão e do desemprego.

Os Estados Unidos para reassumir a hegemonia econômica mundial opta pela volta do “liberalismo econômico”, “mediante a redução da carga fiscal, contração da oferta monetária, eliminação dos vários tipos de regulação do mercado por parte do Estado e o restabelecimento do dólar como moeda forte e padrão de referência internacional” (SOARES, 2000, p.14). Na América Latina o primeiro a adotar o neoliberalismo foi o Governo do Pinochet no Chile, e na Bolívia Paz Estensoro, os dois governos justificaram que a escolha por tal modelo era devido o alto índice da inflação. (SADER, 2008; SOARES, 2000), no Brasil isso vem a ocorrer somente na década de 80/90.

De modo a contribuir com a reestruturação econômica e conter a crise mundial, o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional - FMI e o governo dos Estados Unidos elaboram um plano de ‘ajuste estrutural’, para que os países da América Latina possam superar a crise econômica e diminuir dívida externa, chamado de “Consenso de Washington”. Este acordo trata-se de um reajuste na economia e nas políticas internacionais, caracterizado por

um conjunto, abrangente de regras, de condicionalidade aplicadas de forma cada vez mais padronizadas aos diversos países e regiões do mundo, para obter o apoio político e econômico dos governos centrais e dos organismos internacionais. Trata-se também de políticas macroeconômicas de estabilização acompanhadas de reformas estruturais liberalizantes (TAVERES; FIORI, 1993, p. 18).

Em síntese essas reformas de desregulamentação dos mercados, na privatização e na abertura fiscal e financeira, seriam desenvolvidas a curto e médio prazo. Em curto prazo, haveria a diminuição do déficit fiscal, o combate à inflação através de uma política monetária restritiva. E em médio prazo, as exportações deveriam fazer parte de uma política central como forma de promover o desenvolvimento econômico, aumento dos incentivos para os investimentos do setor

privado e redução da intervenção estatal, ou seja, a liberação comercial e financeira da América Latina.

No neoliberalismo, como já referido, a proposta é fortalecer o direito individual, através do estímulo ao livre comércio. Deste modo, o Estado é incentivado a fazer o repasse das instituições que prestam serviços de saúde, educação, elétrica, assistência social, previdência, transporte, etc. para a iniciativa privada, e assim colaborar com a burocratização e com o aumento dos lucros.

O projeto estratégico do neoliberalismo é o da construção do que seus teóricos chamam de Estado mínimo [...]. Os direitos precedem ao Estado, cabe a este simplesmente formalizá-los e garanti-los. Seu papel é suplementar, só lhe cabe intervir caso os direitos não estejam sendo cumpridos. (SADER, 2008, p. 46).

Nesta perspectiva, o Estado neoliberal ao oferecer um serviço como saúde e educação, estabelecerá preço, custo e o benefício do serviço ofertado, eliminando o caráter universal das políticas públicas, transformando os direitos existentes em mercadorias.

No que se refere ao Brasil, o processo de adesão às orientações do Banco Mundial e o FMI, esteve condicionado ao processo de transição democrática, uma vez que o Brasil passava de um estado ditatorial para um estado democrático. Transição marcada pela disputa de três projetos políticos na sociedade: o projeto autoritário, o projeto neoliberal e o projeto democrático-participativo. O primeiro projeto não considera a participação social na vida política do país, exclui qualquer tipo de direito da população, o segundo possui interesses econômicos, que possibilitem a expansão do estado, também não considera a participação popular nas decisões políticas e o terceiro de caráter democrático e com ampla participação da popular. (BEHRING, 2003; BORLINI, 2013).

Entretanto após a derrubada do regime militar os que permaneceram e permanecem em disputa são o projeto neoliberal e o democrático-participativo. Características que podem ser claramente identificadas na Constituição Federal de 1988, e nas políticas públicas em geral, destaca-se neste cenário de tensão a construção da Política de Saúde Brasileira, no qual será desenvolvido ao longo desta dissertação.

3.1 A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O final da ditadura militar foi um período marcado pela luta dos movimentos sociais – entre eles o da Reforma Sanitária –, que exigiam o seu fim e introduziam reivindicações de melhorias das condições de vida da população. Nessa ótica, “[...] o movimento da reforma sanitária nasceu dentro da perspectiva da luta contra a ditadura. Existia uma ideia clara na área da saúde de que era preciso integrar as duas dimensões: ser médico e lutar contra a ditadura” (AROUCA, 1998). Quando a ditadura militar chegou ao seu esgotamento, o Movimento da Reforma Sanitária já possuía propostas consolidadas para o novo momento democrático que se iniciava no Brasil. Uma das primeiras estratégias era a ampliação dos direitos das camadas sociais marginalizadas no processo histórico de acumulação do capital (GALLO, 1988).

A Reforma Sanitária possuía um projeto específico, constituinte de uma trajetória maior, juntamente com outros projetos econômico-sociais reformadores, que compunham uma série de "projetos parciais" que sinteticamente traziam como princípios: a universalidade, a integralidade e a equidade. Esses princípios deveriam ser alicerçados em ações governamentais, submetidas ao controle social (DOBASHI, 2010). Por meio do princípio de universalização, os segmentos populacionais que se encontravam a margem da sociedade passam a ser contemplados no atendimento à saúde. Os movimentos sociais organizados (sindicais, populares, etc.) assumem o papel de fiscalizar o Estado em suas ações e na construção desta nova política, na unificação do sistema.

Desde 1977, o quadro de trabalhadores da saúde era considerado insuficiente frente à demanda da população e havia necessidade de intervenção da área privada na prestação dos serviços. Isso minimizou a reação desta tradicional frente de oposição, que historicamente se coloca contra as políticas públicas do setor saúde, tendo em vista a garantia dos seus lucros ao continuar recebendo do Estado o pagamento de seus serviços.

Durante a elaboração da Constituição, setores mais conservadores da sociedade se fortaleceram e se organizavam na defesa do "*status quo*". O setor privado da saúde e as multinacionais dos medicamentos, aliados "naturais" do empresariado privado nacional, representaram os interesses corporativos mais

evidentes de oposição ao projeto da Reforma Sanitária que interferiram na construção da Constituinte (GERSCHMAN, 1995).

O governo com suas desencantadas políticas econômico-sociais não obteve mais a mesma confiança da população. O desgaste do discurso oficial, a lentidão e os retrocessos da (re)democratização e os limites das medidas ao técnico-burocrático afastaram cada vez mais a sociedade das iniciativas governamentais. O aparelho estatal reproduziu em seu interior os conflitos e contradições que aconteceram na sociedade em geral (sem ultrapassar os limites da burguesia) e careciam de comando homogêneo na condição deste processo.

Neste período de constituição do movimento da Reforma Sanitária houve uma reformulação do conceito de saúde. Ao ultrapassar a ideia de saúde como ausência de doença, se agregou a esse conceito um conjunto de fatores que proporciona saúde ao sujeito, entre eles: redução da violência, habitação, educação, alimentação, justiça social e equidade, pois o não acesso a esses direitos pode vir a causar adoecimento na população. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) define que "saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença"¹⁰.

A carta de intenções da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, denominada Carta de Ottawa, define a promoção à saúde como,

[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente... Assim, a promoção à saúde não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 1996, p. 10).

Na Carta de Ottawa é afirmado que a saúde constitui o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, e que é somente por meio das ações de promoção que as condições e recursos fundamentais para a saúde se tornam cada vez mais favoráveis. O entendimento de saúde e o de promoção da saúde é

¹⁰ Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em <<http://www.paho.org>>. Acesso em jan 2014.

necessário para compreender a construção do SUS, política de saúde universal que integra o tripé da Seguridade Social a partir da CF/88.

Os impactos da crise global e início do neoliberalismo foram repercutir no Brasil na década de 1980, quando esse vivenciava o fim do regime ditatorial e experimentava, também, uma profunda crise econômica. Em 1985, ocorre a primeira eleição pós-ditadura para Presidente da República, e como fora referido, essa eleição foi fruto da manifestação popular e esse período foi marcado por mobilizações como as “Diretas Já!”. Tancredo Neves foi eleito o primeiro presidente do período pós-ditadura; no entanto, tendo em vista o seu falecimento, assumiu em seu lugar José Sarney (COUTO, 2004).

O referido período foi marcado por fortes crises econômicas, em consequência da política dos anos anteriores. Destaca-se na trajetória sanitária a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (1986). Impulsionados pelas discussões da 8ª CNS, no mesmo ano se realizou a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos (CNRH), que com o tema “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma”. Essa conferência contou com aproximadamente 500 participantes, entre profissionais da área de saúde, educação, trabalho e usuários e nela se consolidaram as discussões sobre a política de gestão e formação de trabalhadores para a saúde pública (BRASIL, 2006).

Em 1988, foi promulgada a nova Constituição Federal, marco simbólico e efetivo da demarcação do novo papel do Estado na sociedade brasileira. O Estado passa, a partir de então, a possuir um papel interventor, com uma nova forma de organizar e gestar o sistema de seguridade social (COUTO, 2004). A CF/88 consagrou a expressão “Seguridade Social”, até então oficialmente inexistente, para circunscrever um padrão de proteção social compatível com a necessidade – à época, na ordem do dia – de asseverar direitos de cidadania a toda população.

O termo Seguridade Social, se tornou corrente a partir dos anos 40, no mundo desenvolvido e particularmente na Europa, para expressar a ideia de superação do conceito de seguro social no que diz respeito à garantia de segurança das pessoas em situações adversas. A sociedade se solidariza com o indivíduo quando o mercado o coloca em dificuldades (VIANA, 1999, p. 91).

No Brasil, a intenção constituinte integrou as áreas de Previdência, Saúde e Assistência Social sob a rubrica da Seguridade Social. Dessa forma, sinalizou possibilidades de expandir as ações e seus alcances, de consolidar mecanismos mais sólidos e equânimes de financiamento e de estabelecer um modelo de gestão capaz de uma proteção universal, democrática, distributiva e não estigmatizadora. No artigo 194 da Constituição Federal, a seguridade compreende “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL/CF-88).

Entretanto, o que se observa na contemporaneidade no Brasil, é que a Seguridade Social se sustenta em dois modelos de políticas sociais, quais sejam: o modelo bismarckiano para a previdência social e o modelo beveridgiano para a saúde e assistência social. O primeiro se baseia no sistema de seguro social, que é assegurado mediante contribuição direta prévia; dessa forma, o montante das prestações a ser paga é proporcional à contribuição realizada. Quem realiza financiamento são os trabalhadores e os empregadores por meio do recolhimento de recursos na folha de salários. O segundo tem por objetivo o combate à pobreza, com a garantia de acesso aos direitos universais de todos os cidadãos, incondicionalmente ou em situação de comprovação de falta de recursos; entretanto, são providas as necessidades mínimas de toda a população. O financiamento ocorre por meio de tributação (impostos) e a gestão é de responsabilidade do estado. (BOSCHETTI, SALVADOR, 2009).

Em 28 de dezembro de 1990, foi promulgada a Lei 8.142, que dispõe sobre o espaço do controle social e a pactuação dos gestores, em resposta à demanda que emergiu nas plenárias da saúde. O tensionamento na implantação do SUS aconteceu entre duas frentes: a) a força política, que visou à diminuição do papel do Estado como responsável pela saúde da população, e b) a força social, que procurou garantir na prática as ideias do Movimento da Reforma Sanitária, respeitando o SUS enquanto universal, participativo e humanizado (DOBASHI, 2010).

Ao longo da história, os governos investiram e investem ora em políticas que impulsionam às ideias do Projeto Privatista, ora nas do Projeto da Reforma Sanitária. Essa oscilação impactou e impacta diretamente nos serviços prestados à

população, colaborando para que, em alguns momentos, o governo brasileiro crie medidas de modo a impulsionar a retração dos direitos sociais, e em outros a desenvolva políticas e programas no intuito de promover o acesso universal e igualitário da população brasileira, como será demonstrado no próximo item.

3.2 CONSOLIDAÇÃO DO SUS: CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA HÍBRIDO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é regulamentado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre “[...] as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes [...]” (BRASIL/SUS, 1990) e que em seu art. 2º estabelece que o Estado é provedor das condições necessárias para que a população tenha acesso à saúde. Todavia, apesar de ser balizado nos preceitos democráticos, o que se vivencia na saúde brasileira na década de 1990 é um cenário econômico internacional de expansão das políticas neoliberais, que impulsionavam a privatização/terceirização das políticas públicas. Desse modo, a saúde passa por diferentes momentos; inicialmente a saúde é vista com direito social e posteriormente “aparecem propostas de normatizações visando consolidar a contra-reforma na saúde” (BRAVO, 2012, p. 201).

Na medida em que a implantação do SUS coincide com uma conjuntura de crise e reformas econômicas, os efeitos das políticas de ajuste dos anos 90 e o contexto nacional e internacional de reordenamento do papel do Estado e de crítica às políticas universalistas tendem a ser vistos como responsáveis pelos estrangulamentos no processo de implementação da política constitucionalmente definida, e justificariam tanto subfinanciamento quanto os incentivos à ‘privatização’. (MENICUCCI, 2007, p. 304).

Apesar dos governantes aderirem ao neoliberalismo, o que se estabelece no Brasil em relação à Política de Saúde é a criação de um sistema híbrido, no qual dois projetos antagônicos convivem em constante tensão: o promulgado na Constituição Federal de 1988, conhecido como *Projeto da Reforma Sanitária*, e o *Projeto de Saúde Privatista* (BRAVO, 2009).

O *Projeto da Reforma Sanitária* compreende que o Estado deve atuar em prol da sociedade e tem como premissa básica a saúde como direito de todos e

dever do Estado. Outro aspecto de destaque dessa proposta é a democratização do Estado e a participação da sociedade na esfera pública por meio do controle social. A proposta desenvolve ações com propósitos contra-hegemônicos, de maneira a possibilitar espaços para a construção de políticas democráticas e de acesso universal (CAMPOS, 1997; BRAVO, 2009; BRAVO, 2012).

Para o *Projeto Privatista* (ou Projeto de Saúde articulado ao mercado ou de reatualização do modelo médico assistencial privatista), o setor da saúde deveria ser dividido em dois: hospitalar e básico. O papel do Estado nesse modelo consiste em garantir o mínimo para a população que não pode pagar, cabendo à iniciativa privada o atendimento dos que têm acesso ao consumo e tem como principais mudanças: o estímulo ao seguro privado e ao atendimento focalizado, a descentralização dos serviços de saúde e a eliminação da relação com a fonte de financiamento. A desregulamentação das políticas públicas e dos direitos sociais passa o cuidado à população para a iniciativa privada e individual, que é impulsionada por motivações solidárias e benemerentes (COSTA, 1997; YAZBEK, 2001; BRAVO, 2009; BRAVO, 2012).

Este é o cenário de início a adesão ao modelo neoliberal, a Reforma do Estado Brasileiro e a implementação da política de saúde como direito de todos e dever do Estado. No que se refere ao projeto neoliberal, o processo foi iniciado no Governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992) e estabilizado no Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-2002) (BRAVO, 2009). A proposta, como já referido no início desse capítulo, era de que o Estado prestasse assistência mínima para os miseráveis e as empresas privadas o atendimento dos que tem acesso ao mercado. O objetivo era desenvolver ações de caráter focalizado, através de um pacote básico de ações para atender a população vulnerável, com um grande número de privatizações e estímulo aos seguros sociais (COSTA, 1997).

O *Governo de Fernando Collor de Mello* (1990-1992) foi o primeiro a implantar, de forma efetiva, o projeto neoliberal, e esse período foi marcado pela redução de recursos repassados para as áreas sociais. A proposta de recuperação da economia e pagamento da dívida externa foi elaborado pela ministra Zélia Cardoso de Mello. Surgiu, então, o Plano Collor, que possuía como medidas: a criação de uma nova moeda – o cruzeiro –, a abertura da economia ao mercado

internacional e o aumento da taxa de juros como forma de injetar recursos na economia (NAKATANI, OLIVEIRA, 2010).

No que tange à política de saúde, houve um boicote constante e gradual à implantação do SUS; exemplo disso foi a tentativa de revisão constitucional que recomendava o veto ao artigo 199, que propunha o fim de comercialização de sangue. Outro dado relevante é que, nos 3 anos do mandato, ocorreu uma redução de 40% nos serviços de saúde, concomitantemente à ampliação dos serviços médico-hospitalares. Numa clara tentativa de buscar o apoio da população, Collor nomeou como ministro da Saúde Adib Jatene, mas essa atitude não significou maiores investimentos na política de saúde (BERTOLOZZI, GRECO, 1996; BRAVO, 2012).

Não obstante, nesse período houve ainda importantes avanços para a política de saúde. Dentre eles, estão à aprovação das leis 8.080/90 – que trata da organização do SUS –, e 8.142/90, que dispõe sobre o financiamento do SUS e o controle social, que unidas compõem a Lei Orgânica da Saúde. A necessidade da aprovação da lei 8.142/90 ocorreu em virtude dos vetos realizados na ocasião do sancionamento da lei 8.080/90.

Dos 9 vetos de Collor à Lei 8080, os mais importantes foram: o que instituía as conferências e os conselhos de saúde como instâncias colegiadas e representativas para formular e propor estratégias, além de exercer controle sobre a execução das políticas de saúde; a não extinção dos escritórios regionais do INAMPS; a transferência da verba direta para os Estados e Municípios; a obrigatoriedade de planos de carreiras, de cargos e salários para o SUS em cada esfera de governo e a fixação de pisos nacionais de salário (BERTOLOZZI, GRECO, 1996, p. 393).

Entretanto, após pressão dos movimentos sociais, a transferência automática de recursos e a participação da sociedade com a ferramenta do controle social e das conferências foram regulamentadas na lei 8.142/90 (BERTOLOZZI, GRECO, 1996). Dois anos depois, em agosto de 1992, foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde (CNS), que contou com a participação de 5 mil pessoas. Os temas discutidos foram: Sociedade, Governo e Saúde, Seguridade Social, Implementação do SUS e Controle Social. As palavras de ordem da IX CNS foram "Cumpra-se a Lei", exigindo a operacionalização da VIII Conferência no que diz respeito à implementação do Sistema Único de Saúde (BRASIL/MS/CNS, 1992).

Outro destaque da IX Conferência é a defesa do *impeachment* do presidente Collor, o que veio a ocorrer em 29 de setembro de 1992.

Com a saída de Collor, assumiu seu lugar o vice-presidente *Itamar Franco* (1992 – 1994). O governo de Itamar passou por dois momentos distintos no que se refere à política de saúde. O primeiro momento, sob gestão do ministro da saúde Jamil Haddad, foi marcado pelo fim do sucateamento do setor da saúde e pela proposta de consolidação do SUS. Os avanços conquistados nesse período foram o fim do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), reivindicação do Movimento da Reforma Sanitária, e a promulgação da Norma Operacional Básica – NOB/93, que cria a municipalização da saúde, atendendo as orientações da IX CNS. O segundo momento se referiu à gestão do ministro Henrique Santillo, período marcado pela ausência de propostas para o setor da saúde, tanto propostas em prol do Projeto da Reforma Sanitária, como contrárias e em favor do Projeto Privatista (BERTOLOZZI, GRECO, 1996; BRAVO, 2012).

O único destaque para esse período é a criação do Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia de Saúde da Família (ESF), programa que representou uma transformação do modelo de atenção à saúde¹¹, visto que reorganizou os serviços de saúde nos municípios, criou unidades de saúde em regiões mais vulneráveis, organizou o trabalho dos profissionais de saúde, deslocando a prática do modelo biomédico para uma prática que convergisse no conceito ampliado de saúde, se centrou no indivíduo, em sua família e seu ambiente. Articulou-se a rede de saúde de forma hierarquizada e descentralizada e proporcionou atendimento por níveis de atenção.

¹¹ A compreensão do termo 'atenção à saúde' remete-se tanto a processos históricos, políticos e culturais que expressam disputas por projetos no campo da saúde quanto à própria concepção de saúde sobre o objeto e os objetivos de suas ações e serviços, isto é, o que e como devem ser as ações e os serviços de saúde, assim como a quem se dirigem, sobre o que incidem e como se organizam para atingir seus objetivos. Remete-se à histórica cisão entre as iniciativas de caráter individual e curativo, que caracterizam a assistência médica, e as iniciativas de caráter coletivo e massivo, com fins preventivos, típicas da saúde pública. Na atual estrutura da política de saúde, atuar em níveis de atenção, significa atender a população em níveis de complexidade – organizados em primário, secundário e terciário - nas unidades de nível primário (unidades básicas de saúde), considerado porta de entrada do SUS, onde devem ser realizados os atendimentos básicos, e *locus* de prevenção e promoção em saúde; nas unidades de nível secundário (Ambulatórios e Unidades de Pronto Atendimento) são realizados os procedimentos de complexidade intermediária, e; nas unidades terciárias (Hospitais) são realizados os atendimentos que necessitam maior intervenção, pois o usuário corre risco de vida. (MATTA; MOROSINI, 2008; MATOS, 2013).

A saída do ministro Haddad ocorreu em virtude dos avanços no campo econômico e do êxito do Plano Real¹², com o então ministro da economia Fernando Henrique Cardoso (BRAVO, 2012). Com o Plano Real, o Brasil se insere oficialmente no neoliberalismo. A política cambial passou a regular as relações comerciais internacionais e o governo investiu em medidas como o aumento da taxa de juros e venda de dólares; assim, a nova moeda, o Real, teria paridade em valores aos dessa moeda. As políticas econômicas neoliberais originadas no governo Collor foram reforçadas com políticas públicas como: a privatização de empresas estatais, a abertura do mercado, a livre negociação salarial e a liberação de capital, entre outras. Tais medidas alteraram o padrão de acumulação de capital do Brasil (BRASIL/MF, 2001).

Em 1995, impulsionado pelo sucesso do Plano Real, teve início o *Governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC)* (1995 – 2002). Em seu primeiro mandato o governo de FHC teve quatro ministros da saúde, bem como dois modelos de gestão da política de saúde brasileira. No primeiro momento, houve como ministro da saúde Adib Jante (1995 – 1996), que apesar do descaso governamental, conseguiu aprovar a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)¹³, imposto que possuía como objetivo subsidiar a política de saúde no Brasil. Outro destaque para esse período e exemplo do descaso governamental foi que, apesar da realização da X CNS – construindo um modelo de atenção à saúde para qualidade de vida, com a participação de quase 3.000 pessoas –, suas deliberações

¹² “Plano Real foi o programa brasileiro de estabilização econômica que promoveu o fim da inflação elevada no Brasil, situação que já durava aproximadamente trinta anos. Até então, os pacotes econômicos eram marcados por medidas como congelamento de preços. Todo o programa tinha como base as políticas cambial e monetária.” BRASIL. MINISTÉRIO DA FAZENDA. Plano Real. Disponível em <<http://www.fazenda.gov.br/divulgacao/publicacoes/plano-real>>. Acesso em jan. 2014.

¹³ “A Emenda Constitucional n o 12, 16 de agosto de 1996, publicada no DOU de 16 de agosto de 1996, ao incluir o art. 74 no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), outorgou competência à União para instituir a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF). A Lei n o 9.311, de 24 de outubro de 1996, instituiu a CPMF , considerando como movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira qualquer operação liquidada ou lançamento realizado pelas entidades referidas no seu art. 2º , que representem circulação escritural ou física de moeda e de que resulte ou não transferência de titularidade dos mesmos valores, créditos e direitos.”. (BRASIL. RECEITA FEDERAL. Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF). Disponível em: <<http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/CPMF/InformacoesCPMF/>>. Acesso em jan. 2014.

foram completamente ignoradas pelo atual governo (BRAVO, 2012; BRASIL/MS/CNS, 1996).

No segundo momento, houve três ministros da saúde, quais sejam: José Carlos Teixeira (1996), Carlos César Albuquerque (1996-1998) e José Serra (1998). Nesse período, no qual pela primeira vez se assumiu um discurso e se apresentou propostas oficiais contrárias ao SUS, foi lançado, em 1997, o documento “1997: ano da saúde no Brasil: ações e metas prioritárias”, documento organizado em duas partes; a primeira com propostas de reformulações estruturais no SUS e a segunda com o estabelecimento de metas e ações prioritárias do governo. Bravo (2012, p. 208) destaca as propostas contrárias aos preceitos da Reforma Sanitária, pois elas “não articulam a discussão de recursos humanos com a política de pessoa; não explicam a proposta de parceria com a família e a iniciativa privada; apontam para a terceirização, através de contratos de gestão”.

No mesmo ano foi lançado também “O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde”, parte do programa de reestruturação estrutural do SUS, o qual tinha como proposta a associação de dois ou de mais de dois municípios para que ofereçam maior número de serviços à população, de modo a não aumentar o déficit com gastos sociais (BRASIL/MS, 1997). Seriam espécies de associações, e os trabalhadores seriam contratados por meio de vinculação celetista, isentando os municípios de realizar concurso público. Os Conselhos de Saúde deveriam ser os agentes fiscalizadores dos consórcios firmados. No que se refere à administração e ao financiamento, a primeira seria realizada por empresas licitadas e o segundo seria de competência dos municípios e do governo federal; dessa forma nasceram as Organizações Sociais e Fundações de Saúde.

Em 1998, assumiu como ministro da saúde o economista José Serra, que mantém o desmonte da política de saúde. A entrada de Serra como ministro tinha como objetivo consolidar o plano de desmonte das políticas públicas elaborado pelo então ministro Besser Pereira – a Reforma do Estado –, e reforma gerencial e consolidação da política neoliberal, como já havia ocorrido em grande parte dos países capitalistas. Foi iniciada pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) e ocorreu entre os anos de 1995 e 1998 (PEREIRA, 1995-8(?)).

Um dos princípios fundamentais da Reforma de 1995 é o de que o Estado, embora conservando e se possível ampliando sua ação na área social, só deve executar diretamente as tarefas que são exclusivas de Estado, que envolvem o emprego do poder de Estado, ou que apliquem os recursos do Estado. Entre as tarefas exclusivas de Estado devem-se distinguir as tarefas centralizadas de formulação e controle das políticas públicas e da lei, a serem executadas por secretarias ou departamentos do Estado, das tarefas de execução, que devem ser descentralizadas para agências executivas e agências reguladoras autônomas. Todos os demais serviços que a sociedade decide prover com os recursos dos impostos não devem ser realizados no âmbito da organização do Estado, por servidores públicos, mas devem ser contratados com terceiros. (PEREIRA, 1995-8(?)).

Com essa lógica de investimentos mínimos em políticas sociais, o auge desta reforma foi em 1997 com a elaboração dos Cadernos MARE da Reforma do Estado. Ao todo, são 17 cadernos que orientam desde “A Reforma do Estado dos anos 90: lógica e Mecanismos de Controle” (caderno 1) ao “Serviço Integrado de Atendimento ao Cidadão SAC/BRASIL” (caderno 17). Dentre esses cadernos, se destaca o Caderno MARE nº 13, “A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde”.

A principal mudança seria distinguir com clareza a demanda da oferta de serviços, e controlar a oferta principalmente através da demanda. Para isto a estratégia fundamental seria distribuir os recursos federais do SUS para os municípios de acordo com o número de habitantes do município e não com o número de leitos. O objetivo visado era a permissão de que os municípios e os Conselhos Municipais de Saúde montassem um sistema de entrada e triagem, para encaminhamento dos pacientes aos hospitais, e credenciassem de forma competitiva os hospitais e ambulatórios especializados do próprio município, bem como os dos municípios vizinhos. A partir do estabelecimento do sistema de entrada (que depois recebeu o nome de PAB - Piso de Atendimento Básico) nenhum paciente, exceto atendimentos de emergência, seria diretamente internado em hospitais. (PEREIRA, 1995-8(?)).

Para alcançar esse objetivo se promovia a ideia de que os serviços de saúde como um todo eram imperfeitos e de que as organizações que eram público-estatais não teriam condições técnicas e financeiras para realizar o atendimento da população. Já as organizações público-privadas, com incentivos governamentais, teriam melhores condições gerenciais e, portanto, seriam mais eficazes em realizar um atendimento de qualidade à população. Desse modo, se oficializou a criação das Organizações Públicas Não Estatais (OPNES) ou Organizações Sociais e do setor de produção de bens e serviços (PEREIRA, 1995-8(?)). Em seu segundo mandato (1998 – 2002), FHC consolidou o estado neoliberal no Brasil, não havendo investimentos significativos na política de saúde brasileira.

No governo de Luiz Inácio Lula da Silva (Lula) (2003–2010), se iniciou um sistema híbrido¹⁴, público-privado consolidam sua parceria, principalmente no que se refere à política de saúde. Na política previdenciária, o que ocorreu foram medidas de cunho privatista. A reforma dessa política no governo Lula “caracteriza-se por ser antidemocrática, anti-republicana e ainda por promover uma redistribuição de renda às avessas, entre os servidores e o capital financeiro” (MARQUES; MENDES, 2005, p. 150-151), causando a redução do mundo do trabalho e a privatização dos recursos públicos, e a ampliação dos espaços de acumulação do capital.

O Ministério da Saúde, no início do governo, sinalizou como um dos desafios a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária. Entretanto, o que ocorreu foi a manutenção da disputa entre os dois projetos, Reforma Sanitária *versus* Privatista. Em alguns aspectos, o governo procurou fortalecer o primeiro projeto e em outros, o segundo (BRAVO, 2004 e 2006).

Destaca-se, considerando a defesa do Projeto da Reforma Sanitária: a escolha de profissionais comprometidos com a luta sanitária para ocupar o segundo escalão do ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e sua realização em dezembro de 2003; e a escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde. Quanto à continuidade do projeto privatista houve focalização, precarização e terceirização de recursos humanos e o desfinanciamento da Política de Seguridade Social, sendo esse último fator ligado diretamente ao investimento financeiro do governo para a manutenção e a consolidação das políticas públicas (BRAVO, 2009; 2011).

Foram realizadas ainda algumas propostas inovadoras como a Política de Saúde Bucal por meio do Programa Brasil Sorridente, primeira política de saúde bucal nacional e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), para o atendimento pré-hospitalar móvel no âmbito da Política de Atenção às Urgências e Emergência (MENICUCCI, 2011).

¹⁴ Híbrido é o resultado do cruzamento entre duas espécies diferentes, ou entre duas linhagens puras de uma mesma espécie. No que se refere a este estudo sistema híbrido de saúde é o resultado do cruzamento de Políticas de Saúde Privatista e da Reforma Sanitária.

A preocupação com formação profissional em saúde no âmbito da graduação também foi algo inovador e se evidenciou no Governo Lula, há o investimento em programas que incentivam a mudança curricular, como em 2001 com o Programa de incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) e em 2005 com o Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde), que tinham por objetivo “favorecer a mudança dos currículos universitários, incluindo a abertura de campos de estágio para a formação dos trabalhadores do SUS, tendo o trabalho como referência e o eixo central do processo ensino-aprendizagem” (BRASIL/MS/NOB/RH-SUS, 2003, p. 57).¹⁵

No que se referiu a políticas vinculadas ao Projeto Privatista, se destacou o Programa Farmácia Popular, que é constituído por uma rede de drogarias privadas credenciadas para vender produtos com até 90% de desconto em relação ao preço de comercialização, mediante subsídio governamental. Isso aumentou o acesso da população aos medicamentos, mas não garantiu um sistema 100% público e a população precisa pagar por um serviço que, legalmente, deveria ser gratuito.

O Governo Lula tem como característica o investimento em programas focalizados em detrimento de programas voltados a atenção básica em saúde, dentre eles: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004-2007), o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, o Programa Nacional de DST/AIDS, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), entre outros (MENICUCCI, 2011).

No segundo mandato do Governo Lula (2007–2010), foi escolhido como ministro da saúde José Gomes Temporão, um dos formuladores do Projeto da Reforma Sanitária nos anos de 1980. Em seu discurso de posse, o ministro afirmou

que há uma tensão permanente entre o ideário reformista e o projeto real em construção, assim como aspectos culturais e ideológicos em disputa, como as propostas de redução do Estado, de individualização do risco, de focalização, de negação da solidariedade e banalização da violência (BRAVO 2011, p 19).

Durante sua gestão, o ministro realizou debate de questões polêmicas, como a legalização do aborto considerado como um problema de saúde pública, a ampliação das restrições à publicidade de bebidas alcoólicas e a necessidade de

¹⁵ No próximo capítulo será abordado mais detalhadamente os referidos programas.

fiscalizar as farmácias. Algo que merece destaque é a quebra de patente do medicamento *Efavirenz (Stocrin)*[®], da Merk Sharp & Dohme, comemorado amplamente pelas entidades de combate à AIDS. Contudo, o ministro apresentou proposições que são contrárias à Reforma Sanitária, como a adoção de um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais, ou seja, a criação de Fundações Estatais de Direito Privado (MENICUCCI, 2011).

Foi realizada a 13^a Conferência Nacional de Saúde em 2007. Aconteceu a expansão do programa Estratégia Saúde da Família, e em 2007 e 2008 foram criadas 2.500 novas equipes de Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF's). No que se refere às propostas de acordo com o Projeto Privatista, se buscou a implementação do modelo de fundação estatal de direito privado em hospitais públicos federais, na tentativa de implantar ferramentas administrativas “mais eficazes” no gerenciamento da política de saúde. “De certa maneira, essa atuação reflete uma despolitização do debate da saúde tanto na sociedade em geral quanto no Legislativo, na sua maior parte restrito à discussão de recursos financeiros, seja para ampliá-los ou restringi-los” (MENICUCCI, 2011, p. 528).

Nesse período foi criado também o “Pacto pela Saúde”, cujo objetivo era a consolidação do SUS por meio de novas diretrizes, metodologias, e a cooperação entre os gestores dos três níveis de governo. Na mesma perspectiva, em 2008, foi lançado o Programa Mais Saúde (PAC da Saúde), que apresenta um plano de investimentos prioritários do Ministério da Saúde voltados para a organização da atenção básica, e no mesmo ano foi lançado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), programas que têm por objetivo fomentar a reformulação curricular e aproximar o aluno da realidade em saúde¹⁶. Em 2009, houve a regulamentação das Residências Multiprofissional em Saúde (FAGNANI, 2011).

Antes do Governo Lula o investimento em formação profissional em saúde na graduação e pós- graduação foi inexistente, uma vez que não havia o interesse em implantar o SUS como o sistema único de saúde dos brasileiros e de acesso universal. Com o SUS a atenção à saúde deve ser realizada de maneira integral e para isso exige o que profissional desenvolva novas competências que antes no

¹⁶ Os programas PRO-Saúde e PET-Saúde, estão descritos no capítulo 4 desta dissertação.

modelo bio-médico não eram necessário, a saúde passa a ser a ausência de doença para uma série de determinantes sociais que irão contribuir para que uma pessoa seja saudável ou não.

A qualidade da atenção à saúde exige que o profissional domine uma série de tecnologias que o qualifique para o atendimento em saúde de maneira individual ou coletiva. Exigindo o comprometimento não só do governo como também das instituições de ensino, através de currículos que contemplem o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão. Fomentando avaliação e revisão dos currículos dos cursos da área da saúde, fundamentando-os na articulação ensino-serviço. O que provocará mudanças não só nas instituições de ensino, mas também, provocará mudanças nos trabalhadores que estão inseridos nos serviços de saúde.

Em relação ao governo *Dilma Rousseff* (2011-2014), o que se percebe é a continuação e consolidação do sistema híbrido, uma mesma ação beneficia aos dois projetos. Em seu discurso de posse, Dilma ressaltou que o governo federal iria estabelecer parcerias entre o público-privado e usaria a força governamental para acompanhar a qualidade dos serviços prestados, bem como o respeito dispensado ao usuário. Nessa direção, o que se presencia é a ampliação dos modelos de gestão que privatizam a saúde – tais como as Organizações Sociais (OS's), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP's), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP's) –, e, conseqüentemente, os problemas que eles ocasionam aos trabalhadores da saúde e aos usuários (BRAVO, 2011).

Retomando a ideia do sistema híbrido, o que ocorre ao longo de quase quatro anos é o investimento em ações focalizadas como a Rede Cegonha, que objetiva ampliar a rede de assistência destinada às gestantes e aos bebês; o Programa Brasil Sorridente; as ações de prevenção ao câncer de colo no útero, o Programa Mulher – viver sem violência, entre outros. Essas são ações isoladas, que preconizam o atendimento segmentado, mas que também conseguem atender uma grande parcela da população que, por exemplo, não tinha acesso aos exames pré-natais; em uma mesma ação, o público e o privado estão em disputa.

Outro programa exemplo do sistema híbrido é o “Pacto Nacional pela Saúde”, criado em julho de 2013, como uma das respostas às manifestações populares no mesmo ano. Esse pacto é composto pelos eixos “mais hospitais e mais unidades”, “mais médicos” e “mais formação”. “A iniciativa prevê: (1) a melhoria em

infraestrutura e equipamentos para a saúde; (2) a expansão do número de vagas de graduação em medicina e de especialização/residência médica; (3) o aprimoramento da formação médica no Brasil – 2º ciclo; e (4) a chamada imediata de médicos para regiões prioritárias do SUS” (BRASIL/MS, 2013(?), p. 13).

Os recursos compreendem R\$ 5,5 bilhões para construção de 6 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS), para a reforma e a ampliação de 11,8 mil unidades e para a construção de 225 Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), além de R\$ 2 bilhões em 14 hospitais universitários. No que se refere à formação, se planejam 11.447 mil novas vagas de graduação e 12.372 novas vagas de Residência Médica até 2017. Destaca-se nesse pacto a centralização do foco nos profissionais da Medicina, tanto no suprimento de recursos humanos quanto no investimento de formação. Dentre essas propostas, a que tem causado mais debates é o “Programa Mais Médicos”, cujo um dos objetivos é suprir a carência de médicos em várias cidades do país; proposta de grande avanço, no entanto, imediatista e paliativa.

Com essa proposta, dever-se-ia realizar um plano para resolver-se a falta de atendimento na unidade de saúde de maneira permanente e não exclusivamente em médicos, além de uma “ajuda de custo” para recursos humanos em enfermeiros e técnicos de enfermagem. Esse investimento vai ao encontro de modelo biomédico de atendimento em saúde, atendimento esse que é fragmentado e focalizado. O Governo Dilma oferece bolsas no valor de R\$ 10.000,00 para os médicos que se propuserem a participar do programa e R\$ 4.000,00 para que as unidades realizem “reforços” em sua equipe de enfermeiros e técnicos de enfermagem. Esse quadro evidencia a desvalorização da equipe de saúde em detrimento à categoria profissional dos médicos, o que reforça um ‘*status*’ que insinua que os médicos são superiores ao demais profissionais da saúde.

A falta de médicos do Brasil é um problema crônico que atinge principalmente áreas carentes e de difícil acesso do Norte e do Nordeste do País e que parece estar longe de ser solucionada. Em virtude disto e pressionados pelas manifestações que ocorreram em junho/2013 o Governo Dilma viu-se obrigado a ter uma solução rápida para falta de médico principalmente no interior do país e a solução encontrada foi a importação de mão-de-obra, de todas as partes do mundo, e principalmente de Cuba (PELLEGRINI, 2013).

De acordo com um levantamento realizado em 2012 pelo CFM, a origem do problema de saúde pública no Brasil reside na péssima distribuição de médicos pelo território. Enquanto a região Sudeste possui 2,67 médicos com registro ativo no CFM por cada mil habitantes, a região Norte apresenta apenas 1,01 médico para mil pessoas. A desigualdade fica mais explícita quando se compara as capitais. Cidades como Porto Alegre e Rio de Janeiro têm, respectivamente, 8,73 e 6,18 médicos para mil habitantes, enquanto Rio Branco e Macapá apresentam 1,91 e 1,38, respectivamente. (PELLEGRINI, 2013)

Médicos apontam que a escassez de profissionais no interior se dá por falta de infraestrutura para desenvolvimento do trabalho, e a inexistência de um plano de carreira para os profissionais que trabalham no SUS. "Enquanto o País não tiver planos de carreira que incentivem, de fato, o médico a ocupar definitivamente ou rotativamente regiões de difícil acesso, a população seguirá negligenciada". (PELLEGRINI, 2013).

Mas porque então os médicos de outros países e principalmente os médicos Cubanos se submetem a essas condições de trabalho? Podemos atrelar isso à formação desses médicos? A formação do médico no Brasil, apesar dos avanços, é ainda voltada à formação clínica, onde o foco é muitas vezes o tratamento da doença e não o investimento em prevenção. Para prevenção, não é necessário o investimento em alta tecnologia, nem o investimento em medicamentos.

Cuba possui 22 faculdades de medicina, todas focadas a formar médicos a trabalhar na atenção primária e a primeira residência é obrigatoriamente ser realizada na medicina familiar. Como resultado - os cubanos estão acostumados e aceitam trabalhar em condições muito inferiores. Eles fazem medicina preventiva em massa, que é muito mais barata, e com grandes resultados. Durante o terremoto do Haiti, quem evitou uma catástrofe ainda maior foram os médicos cubanos. Em poucas semanas os médicos dos países ricos deram no pé e deixaram centenas de milhares de pessoas sem auxílio médico. Até o New England Journal of Medicine, a revista mais respeitada de medicina do mundo, fez há poucos meses um artigo sobre a medicina em Cuba. O destaque vai exatamente para a capacidade do país em fazer medicina de qualidade com recursos baixíssimos. (CAMPION, 2013).

No que se refere a recursos para saúde, Dilma sancionou a lei que fixa gastos mínimos em saúde pelo governo, um avanço a muito tempo reivindicado pelo Projeto da Reforma Sanitária. Todavia, a aprovação ocorreu com 15 vetos e com a inclusão de medidas devido ao tensionamento feito pelo Projeto Privatista. Entre

elas, uma se relacionava à Contribuição Social sobre a Saúde (CSS) e outra aos recursos que a União destinará para a saúde anualmente. Segundo o texto aprovado, o governo federal deve investir o montante do ano anterior acrescido da variação percentual do Produto Interno Bruto (PIB), que mede o crescimento da economia.

O veto presidencial impede uma eventual revisão que aumente esse percentual e force o governo a aplicar créditos adicionais para ajustar o valor. O texto sancionado mantém a previsão de que estados e Distrito Federal apliquem 12% de tudo o que arrecadam na saúde, enquanto os municípios devem investir 15% da receita. Foram excluídos do texto dispositivos que estabeleciam formas de compensação para estados e municípios que não atingissem essas metas em 2011. Outro trecho excluído previa que os recursos que não fossem aplicados na saúde deveriam ser depositados numa conta cujos rendimentos financeiros deveriam ser investidos na área posteriormente. Dilma também vetou o artigo que excluía do cálculo de investimento recursos aplicados em saúde provenientes de taxas, tarifas ou multas arrecadados por entidades públicas da área de saúde. Com o veto, esses investimentos poderão entrar no percentual mínimo a serem aplicados pelos estados (12%) e pelos municípios (15%). Outro veto exclui o trecho que dispunha que a lei fosse revisada ainda em 2012. Na justificativa, a presidente afirmou que a Constituição prevê a reavaliação da lei a cada cinco anos (BRASIL/MS, 2012).

No que se refere às resoluções mantidas, continuou o texto sobre o que não pode ser considerado gasto em saúde. Entre os investimentos autorizados na saúde estão a remuneração dos profissionais de saúde em atividade; os gastos com capacitação de pessoal e os investimentos na rede física do SUS; a produção, a aquisição e a distribuição de insumos como medicamentos e equipamentos médico-odontológicos; a gestão e as ações de apoio administrativo; entre outros. A lei também define como será feita a prestação de contas, fiscalização e transparência dos gastos na saúde, descrevendo as atribuições de tribunais de contas, órgãos do Executivo e Conselho Nacional de Saúde, vinculado ao governo (BRASIL/MS, 2012).

E neste cenário se constrói o sistema híbrido do SUS, no qual uma proposta pode ter características que vão ao encontro do Projeto da Reforma Sanitária e

também do Projeto Privatista. Para dar maior visibilidade foi elaborado um quadro que sintetiza o que foi escrito neste item.

Quadro 4 - Síntese da construção política e econômica do SUS.

PROJETO PRIVATISTA	PROJETO DA REFORMA SANITÁRIA
“[...] está pautado na Política do Ajuste, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado”. (BRAVO, 2009, p. 101).	“Tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde – SUS, [...] sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde”. (BRAVO, 2009, p. 101).
Governo Collor (1990-1992)	
<ul style="list-style-type: none"> – Redução de verbas para os setores sociais; – Redução de 40% nos serviços de saúde; – Ampliação dos serviços médico-hospitalares. 	<ul style="list-style-type: none"> – Aprova a Lei nº 8080; – Aprova a Lei 8142; – Ocorre a IX CNS.
Governo Itamar (1992 – 1994)	
–	<ul style="list-style-type: none"> – Extinção INAMPS – Promulgação NOB/93. – Cria do Programa Saúde da Família
Governo FHC (1995 - 2002)	
<ul style="list-style-type: none"> – Ignora as deliberações da X CNS; – Lança o documento “1997: ano da saúde no Brasil: ações e metas prioritárias”; – Lança “O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde”; – Lança o documento “Ações e metas prioritárias para a saúde no Brasil”. – Ações e metas prioritárias, prevenção no atendimento básico, qualidade dos serviços e mutirão social pela saúde. – Defesa de reestruturação dos planos privados de saúde e pela normatização dos medicamentos; – Não implementação da NOB; – Cria o Caderno MARE 13. 	<ul style="list-style-type: none"> – Aprova a CPMF – Ocorre a X Conferência Nacional de Saúde – Aprovada a NOB 01/96
Governo Lula (2003 – 2010)	
<ul style="list-style-type: none"> – Não implementação NOB; – Ênfase em programas focalizados; – Ênfase na precarização e terceirização de recursos humanos; – Desfinanciamento e redução com o gasto social; – Reforma da Previdenciária; 	<ul style="list-style-type: none"> – Retorno à concepção da Reforma Sanitária; – Escolha por profissionais comprometidos para ocupar o segundo escalão do Ministério; – Cria da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde; – Cria da Secretaria de Atenção à Saúde; – Cria da Secretaria de Gestão Participativa; – Convoca extraordinária da 12ª CNS; – Participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde; – Escolha de representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde. – Cria Política de Saúde Bucal; – Cria a SAMU; Regulamenta RMPS – Cria PRÓ-Saúde; PET-Saúde; – Ocorre 13ª CNS; – Expande do PESF; Cria os NASFs

Governo Dilma – Política de Saúde Híbrida (2011 – atual)
<ul style="list-style-type: none"> – Aumento das parcerias entre público e o privado; – Cria Rede Cegonha; – Cria Programa Brasil Sem Miséria, com ações focalizadas no que se refere ao SUS; – Cria o Programa de Prevenção do câncer do colo de útero; – Aprovada Ementa 29, com 15 vetos; – Cria Pacto pela Saúde.

Fonte: material sistematizado pela autora.

Destaca-se que, para consolidar o SUS com propostas formuladas pelo Projeto da Reforma Sanitária, uma peça fundamental nesse processo é o trabalhador da saúde, visto que, como afirma Gastão (1997, p. 137), “não é possível fazer avançar o SUS sem a integração e esforço da maioria dos trabalhadores de saúde”. E também é um dos principais afetados pelo processo de privatização da saúde. O trabalhador da saúde compreende em “profissionais que, por força da formação e habilitação profissional, devem estar aptos para o assistir individual, além da qualificados para a compreensão ampliada da promoção de saúde e para prestação de práticas integradas em saúde coletiva”. (CECCIM, 2004, p. 259).

As profissões reconhecidas como pertencentes à área saúde são 14, sendo elas: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. (BRASIL/CNS 1998; CECCIM, 2004). Profissões que precisam ter competências/habilidades em comum para realizarem o atendimento integral em saúde, as que emergem nas diretrizes curriculares são, o trabalho inter/multiprofissional e a atenção à saúde.

Profissionais que não possuem em sua formação preparação para enfrentar o processo de privatização da saúde, que impacta também, no processo de desregulamentação e precarização do trabalho, onde trabalhador é colocado contra trabalhador, uma vez que em um mesmo espaço convivem trabalhadores com direitos e deveres diferenciados, mas com o mesmo objetivo em comum produzir saúde a população. (BRASIL/MS/NOB/RH-SUS, 2003; CECCIM, 2004). “É comum [...] os desvios de funções, as duplas ou triplas jornadas de trabalho, a submissão a formas improvisadas e arcaicas de vinculação e gestão, [...] com poucos ou inexistentes espaços de negociação com seus empregadores” (BRASIL/MS/NOB/RH-SUS, 2003, p. 15).

Além dos fatos citados, agrega-se o fato que nas instituições públicas, a estabilidade empregatícia, um dos grandes atrativos o serviço público, está sendo substituído por contratos temporários por meio de editais emergenciais, cargos comissionados e por fim, a contratação de serviços terceirizados (empresas, consórcios, associações de moradores, cooperativas, etc.). Enquanto nas instituições privadas, a precarização ocorre principalmente no descumprimento de obrigações fiscais e no descumprimento das normas de contratação de pessoal, optam por contratação de profissionais autônomos e através de cooperativas (pela isenção fiscal).

Sem se esquecer da complementação de mão-de-obra utilizada tanto por instituições públicas como privadas: a contratação de universitários, através de estágio ou a participação em programas como PET-Saúde, Pró-Saúde (graduação) e profissionais inseridos nas Residências Multiprofissionais em Saúde (pós-graduação). Exemplo dessa realidade é a rede de atendimento em saúde de Porto Alegre, que muitas vezes por falta de profissionais e em virtude das metas de atendimentos a serem atingidas são complementadas pela mão de obra dos universitários (AZEVEDO, 2011; BRASIL/MS/NOB/RH-SUS, 2003; CECCIM, 2004).

Neste cenário que os profissionais precisam desenvolver seu trabalho na saúde, de modo a prestar um atendimento de qualidade à população, sendo a formação uma peça fundamental para a consolidação da política de recursos humanos e como forma de qualificação do atendimento em saúde, como será abordado no próximo capítulo.

4 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: UM NOVO MODO DE FAZER SAÚDE

Em 25 anos da homologação da Constituição Federal de 1988, muitos avanços foram realizados na política de saúde, entretanto, há muito a ser feito para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que se refere à formação profissional em saúde, para que se diminua o descompasso entre formação e exercício profissional. Em tempos de aumento da rede de saúde público-privada em detrimento do público-estatal é necessário que o profissional conheça profundamente o Sistema Público de Saúde (SPS) de modo a compreender a Lei Orgânica da Saúde (LOS), norteadora e normatizadora dos serviços públicos e privados de saúde.

É eminente a necessidade da mudança curricular nas Instituições de Ensino Superior (IES), com a inclusão de disciplinas que estudem o SUS e articulem essas disciplinas com a realidade das Unidades de Saúde (US). De modo que os futuros trabalhadores do SUS possam “reconhecer e promover soluções para as necessidades dos usuários do sistema de saúde”. (BRASIL/MS/NOB/RH-SUS, 2003, p. 58).

Contudo, à educação brasileira, passa por um processo de necrofilia, onde “em tudo, há sempre a conotação “digestiva”” (FREIRE, 2011, p.89), e por consequência a necrofilia do pensar e do sentir. Digestivo, pois a cada dia os professores “mastigam” o planejamento de suas aulas, de modo a “facilitar” a vida do educando. Os programas das disciplinas, além de direcionar as leituras a serem realizadas, já referem às páginas a serem lidas, para que não se “perca tempo”, e neste controle da leitura impossibilita e delimita o pensar (FREIRE, 2011).

No que se refere à formação universitária, possui como objetivo preparar para o trabalho e, se a atual educação não investe no pensar além dos muros acadêmicos, ou melhor, para além das páginas delimitadas para a leitura, a preparação para o trabalho passa a ser através a da delimitação, a do caminho perfeitamente traçado, a do cerceamento do desenvolvimento de habilidades e da humanidade. E em um mundo globalizado os indivíduos passam a ser formatados e a aceitar a lógica do sistema econômico vigente – o neoliberalismo.

Na atual conjuntura econômica uma das alternativas para humanizar a humanidade é que a educação retome o seu papel em formar não somente mão –

de – obra, mas sim preparar seres humanos para trabalhar com seres humanos. “[...] uma reformulação significativa da educação é inconcebível sem a correspondente transformação do quadro social no qual as práticas educacionais da sociedade devem cumprir as suas vitais e historicamente importantes funções de mudança”. (MÉZÁROS, 2008, p. 25).

No atual contexto neoliberal a educação preocupa-se em atender demandas do mercado, de modo a suprir necessidades do capital e não da sociedade como um todo. “É necessário romper com essa lógica se quisermos contemplar a criação de uma alternativa educacional significativamente diferente”. (MÉZÁROS, 2008, p. 27). A educação formal tem como uma de suas principais funções, produzir pessoas em consenso com atual modelo econômico e social, que não sejam capazes questionar atual lógica de exploração do trabalhador. Todavia, o *homo faber* não pode ser separado do *homo sapiens*, um está intrinsecamente ligado ao outro, quando se influencia um o outro sofre também modificações. O trabalhador é “forjado” nos bancos acadêmicos. (MÉZÁROS, 2008; GRAMSCI, 1989).

As IES precisam estar atentas não só para contribuir no intuito de subsidiar a elevação dos patamares de sociabilidade do conjunto da população como compromisso social, mas também para assegurar um ensino que responda aos desafios de seu tempo. É necessário que a Universidade realize mudanças para além da lógica de mercado, que pense a formação profissional que supere a “lógica desumanizadora do capital, que tem no individualismo, no lucro e na competição seus fundamentos”. (JINKING, 2008, p.9). A Política de Saúde e Educação devem andar no mesmo compasso, os currículos devem contemplar o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE para alcançar o do atendimento humanizado e integral em saúde.

No se refere à atuação das IES na formação profissional em saúde, este capítulo tem como objetivo refletir sobre esse tema e a eminente necessidade de reformulações curriculares que abarquem a realidades dos serviços de saúde, em especial a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), pois mesmo o acadêmico que pretende trabalhar exclusivamente na iniciativa privada necessita conhecer e apreender sobre a dimensão do conceito ampliado de saúde e as normativas que orientam tanto o sistema público como o privado. É abordado também, sobre os programas de ensino em serviço que surgem como uma possibilidade de formação profissional em saúde, em especial o Programa de

Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), bem como a trajetória deste na PUCRS.

4.1 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Para um Sistema Único de Saúde (SUS) de qualidade é necessário à qualificação profissional e conhecimento dos preceitos educativos da política de saúde. Para isto, a formação acadêmica deve estar em consonância com a realidade brasileira, através de um processo de articulação com as instancias de gestão desse sistema. Além disso, a rede serviços do SUS deve ser entendida como um lócus de ensino-aprendizagem¹⁷ e, portanto, de inovação assistencial, de produção de conhecimentos através da pesquisa, abrindo-se assim espaço para a aprendizagem permanente dos trabalhadores, como também para a integração entre ensino, serviço (instituições formadoras e serviços do SUS) e comunidade.

Destaca-se que o dever estatal no ordenamento dessa área implica na realização de políticas/ações indutivas junto ao setor educação, para assegurar que a formação nessa área possua coerência com as diretrizes do SUS, além de contribuir que o setor educação vincule-se à realidade do mundo do trabalho e das práticas em saúde. (CECCIM, FEUERWERKER, 2004). No que tange a Política de Educação, as mudanças se configuram em reorientação curricular e criação de novos cenários de prática, articulados de forma a compor o processo de qualificação e inovação na formação na Área da Saúde. “[...] esses fatores impuseram que a formação nessa área possibilite o acesso a saberes e práticas que estejam em consonância com as demandas da realidade e com os princípios da Política de Saúde [...]” (BELLINI; SILVEIRA, 2011, p. 30).

Apesar do arcabouço legal que dá sustentação à articulação entre saúde e educação, em especial ao trabalho e ensino em saúde, este é um dos campos formulações de políticas do SUS menos problematizados. É necessário reconhecer que a qualidade e a adequação das práticas do trabalhador da saúde são frutos de

¹⁷ Na Constituição Federal de 1988, o ordenamento da formação de recursos humanos, na área da saúde, consta como uma das competências do SUS. A Lei Orgânica da Saúde (LOS), que compreende as leis n.8.080/1990 e 8.142/1990, os serviços de saúde passam a ser reconhecidos como espaços de ensino e aprendizagem. Deste modo, observa-se cada vez mais a consolidação da importância da integração da educação e saúde, cabe ressaltar que o ordenamento de recursos humanos, conforme prevê a legislação, engloba a formação técnica, graduada, pós-graduada e permanente, além da especialização em serviço e a área da pesquisa.

um processo de formação que precisa ser problematizado para ser melhorado. Assim, acredita-se que a articulação entre trabalho e ensino em saúde possa converter-se em polo de potencialidades para a afirmação do SUS, superando o histórico de resistência a esse sistema. Ao longo do desenvolvimento das propostas político-pedagógicas dos cursos de formação dos profissionais de saúde percebe-se um claro distanciamento entre tais propostas e as necessidades sociais da população usuária do SUS.

Há, dessa forma, um visível favorecimento às especializações focadas na doença, ao setor privado de serviços de saúde, à fragmentação de saberes e práticas, repercutindo em um distanciamento da constituição de uma abordagem integral nos serviços de saúde. Tal distanciamento evidencia-se por um perfil tecnicista de ensino - centrado em conteúdos, com orientação biologicista na abordagem da saúde e grande preocupação com a sofisticação dos procedimentos relacionados ao diagnóstico e tratamento – em detrimento de abordagens pedagógicas problematizadoras, que valorizem o protagonismo dos estudantes e o conhecimento acumulado em diferentes áreas. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Essa configuração do ensino superior na área da saúde expressa a vigência de tendências privatistas também no setor educação, ou seja, a subordinação dos processos formativos à lógica do mercado, o qual assume o crescente papel de mediador e regulador de várias esferas da vida social, entre elas no processo de aprendizagem. Em verdade, trata-se de uma articulação bastante forte da formação em saúde com o modelo hegemônico e o projeto privatista em saúde¹⁸, que se convertem em um campo de resistência à implantação do SUS. Mas a educação como um campo eivado de contradições, abre-se o espaço para a disputa de processos formativos atentos ao campo de reivindicações das classes subalternas, à formação de um trabalhador, em especial no campo das políticas públicas, entre elas a da saúde, que se volte para a compreensão das necessidades e demandas sociais dessas classes (CLOSS, 2010).

A formação restrita ao paradigma denominado biomédico e/ou clínica tem como objetivo o “sentido constrangido à carência prática rude também tem apenas um sentido tacanho” (MARX, 2010, p. 110). O sentido é “tacanho”, pois este tipo de formação não potencializa uma prática em saúde em consonância como o conceito

¹⁸ Os projetos em disputas no Política de Saúde Brasileira são abordados no capítulo 3.

ampliado de saúde e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), centrado em práticas individuais (CAMPOS, 2006, p. 55). Entretanto, mudanças têm sido realizadas ao longo dos anos na formação em saúde em saúde, principalmente após a extinção dos currículos mínimos, em 1996, é possível vislumbrar a relação entre Saúde e Educação Superior, de modo a garantir a relação contínua e indissociável entre a formação e o Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de cada área ter suas próprias diretrizes curriculares, há um eixo que permeia todas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's), que é o

atendimento às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, assegurando a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento, de modo que ofereça uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. [...], sobretudo, a importância de um profissional que atue com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (CREUTZBERG; LOPES; DOCKHORN, 2011, p. 39).

É necessário, que a formação profissional em saúde contribua para desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilitem ao educando transformar o *olho rude em olho humano*, “[...] o olho humano frui de forma diversa da que o olho rude, não humano [frui]; o ouvido humano diferentemente da ouvido rude etc.”. (MARX, 2010, p. 109). A formação precisa possibilitar essa mudança, instigar o acadêmico realizar a síntese do processo teórico-prático e assim no cotidiano do trabalho em saúde em conjunto com os conhecimentos acadêmicos, assumir o compromisso com o cuidado em saúde, uma responsabilidade para além do espaço das IES, uma responsabilidade com a comunidade na qual está inserido. O resultado será a formação de profissionais/humanos críticos e atuantes não somente no âmbito da saúde, mas em toda sociedade.

Nesta perspectiva, o avanço na criação de estratégias para assegurar a qualidade e adequação das práticas desse trabalhador e reconhecendo que essas práticas são produtos do processo formação. Nestes últimos anos, há um investimento importante do governo federal na criação de residências multiprofissionais e programas de ensino em serviço, os quais incidem suas ações na formação dos recursos humanos. O governo federal busca então, parceria com as IES, as quais têm como objeto de sua existência a formação desse profissional,

que deve estar em consonância com a realidade histórica, o que nem sempre tem se evidenciado.

Entretanto no que tange aos currículos das instituições de ensino superior, os avanços não podem ser considerados significativos, pois ainda em sua maioria perduram disciplinas que beneficiam a doença e não a atendimento integral em saúde. Os atuais currículos possuem pouca ou nenhuma disciplina sobre o SUS, em alguns o tema é tratado como saúde coletiva e não propriamente a política de saúde com sua organização e princípios. “No contexto da formação superior, o currículo se configura como uma experiência recriada, por meio de competências, habilidades e valores, que visam à sustentação da interação entre teoria e prática” (SILVA et al, 2009, p.36 - 37).

O currículo não é uma transmissão desinteressada de conhecimento, compreendem em transmissão e produção de identidades, atrelada as relações de poder (SILVA et al., 2009). Neste sentido os atuais currículos contribuem e incentivam a cultura de uma política de saúde privatista, que beneficia práticas individuais e fragmentadas. As universidades devem assumir o seu papel de consolidação do SUS e de retomada dos preceitos da Reforma Sanitária, e para, além disto, o “compromisso acadêmico e social a formação profissional, baseada na investigação científica e na produção do conhecimento com vistas a sua aplicação na sociedade, buscando a sua transformação” (SILVEIRA, 2011, p. 75). Entretanto o que se percebe atualmente é o

foco na doença e na cura como resposta tecnológica a própria profissionalização exclusivamente voltada para o mercado neoliberal, que sempre teve a influência dominante na formação superior na área da saúde, caracterizada pela transmissão de conhecimentos e de experiências próprias de profissionais sem formação acadêmica. Dessa forma, os cursos superiores no Brasil “fecharam-se na formação específica de seus profissionais” (SILVEIRA, 2011, p. 77).

Neste cenário surgem os programas de ensino em serviço – no âmbito da pós-graduação as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) e na graduação¹⁹ o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), que possuem como objetivo diminuir o descompasso entre a formação universitária e a

¹⁹ Estes programas são contemplados no próximo item deste capítulo.

realidade dos serviços de saúde, entretanto o que se percebe atualmente é uma grande participação das IES nesses programas, mas que pouco ou nenhuma transformação tem ocorrido nesses nos currículos das IES da saúde.

Hoje, as equipes multiprofissionais são vistas como uma proposta de trabalho para um atendimento integral em saúde. A equipe de saúde é um “grupo de agentes que realizam seu trabalho conjuntamente, constituindo processos de trabalho conexos em uma mesma situação particular de trabalho, em um dado estabelecimento de saúde”. (PEDUZZI, 1998, p. 91). A equipe multiprofissional se complementa com o aprimoramento das habilidades e competências específicas de cada núcleo de saber, no enfrentamento dos processos de saúde e adoecimento da população assistida.

No que se refere à multiprofissionalidade das equipes de saúde, vale resgatar [...] a existência de um “polo participativo” na Declaração de Alma-Ata. Esse polo seria composto pelas recomendações cujo conteúdo se relaciona a uma maior democratização dos serviços, como a composição de equipes multiprofissionais. [...] Sendo o trabalho em equipe uma diretriz organizativa para os serviços que compõem o SUS, trata-se de uma característica desejável para a oferta de ações e serviços. (VECCHIA, 2012, p. 112 - 113).

Nesta perspectiva, a formação de profissionais com este perfil é, portanto, um desafio para docentes e discentes de todas as profissões da área da saúde, que coloca como exigência a construção de mudanças nos processos educativos cotidianos das instituições formadoras. É necessário construir processos de reformulação do ensino que partam da realidade loco-regional e institucional de cada instituição/rede de serviços de saúde.

É necessário que o trabalho seja eixo articulador e criador de experiências pedagógicas de modo a articular mundo do trabalho e mundo do ensino em saúde, imprimindo uma relação dialética entre ambos: o mundo do trabalho interrogado pelo mundo do ensino, na busca de qualificar a atenção à saúde, ao passo que as experiências dos trabalhadores passem a ser incorporadas na formação, e assim forme-se um circuito de qualificação e inovação assistencial no SUS.

Para isso ser possível é necessário que à organização curricular dos cursos, seja construída de maneira a realizar uma aproximação com o SUS, através de elementos do trabalho profissional desenvolvido neste sistema, o qual deve ser um elemento transversal ao currículo, rompendo com a tradicional abordagem do ensino

do trabalho restrita aos estágios. Além disso, a categoria trabalho pode se converter em um elemento articulador dos conteúdos de cada disciplina, procurando dotá-los de vinculação com temas relativos à prática no SUS, ao diferentes âmbitos de atenção, ou ainda, focalizar a rede loco-regional de serviços e o perfil sócio-epidemiológico da população usuária desta rede (CLOSS, 2010).

É imprescindível preparar o profissional da saúde para trabalhar de maneira a romper com a formação fragmentada onde cada profissional desenvolvia seu saber de forma isolada, ignorando que o indivíduo é um ser único, que entenda o indivíduo em sua totalidade – corpo, mente e a sociedade onde o indivíduo esta inserido. O desenvolvimento de programas que privilegiem a metodologia de ensino em serviço como PRÓ e PET-Saúde possibilita que o acadêmico apreenda a trabalhar com o cuidado em saúde, com um olhar inclusivo para as outras profissões de modo que o principal não seja a especificidade do conhecimento de cada um, e sim, a construção coletiva do cuidado em saúde. Um profissional atento às investidas do capital que tenta expandir a privatização da saúde através das Organizações da Sociedade Civil e Interesse Público (OCIPs), enfim, um profissional que saiba reinventar a sua prática cotidianamente. Como será demonstrado no item a seguir, através do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) como possibilidade de atendimento integral em saúde e sua implantação e desenvolvimento na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

4.2 O PET-SAÚDE COMO POSSIBILIDADE DE FORMAÇÃO INTEGRADA EM SAÚDE

Para um Sistema Único de Saúde (SUS) de qualidade, torna-se necessário a qualificação profissional, conhecimento dos preceitos educativos da política. Para isto, a educação é imprescindível, pois, é através da formação acadêmica em consonância com a realidade brasileira que será possível tornar o SUS ideal em SUS real. No artigo 200 da CF/88, inciso III, é atribuído ao SUS à competência de ordenar a formação na área da Saúde (BRASIL/CF, 1988). Desde então, passa ser competência do Ministério da Saúde realizar ações para o desenvolvimento de práticas e políticas voltadas a formação e qualificação dos trabalhadores da saúde,

de modo a atender as necessidades da política pública de saúde e da saúde da população.

Diante da necessidade de reformular a formação dos profissionais da saúde e com a extinção do currículo mínimo para as Instituições de Ensino Superior (IES), através da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) n. 9394/96, houve um estímulo aos cursos considerados da área da saúde para readequarem seus currículos ao novo modo de pensar e intervir na Política de Saúde. A flexibilização nos currículos auxiliou no desenvolvimento das graduações da área da saúde, mas também contribuiu para a mercantilização da educação, pois houve aumento no número de cursos da graduação oferecidos pela iniciativa privada, estimulando uma retração do Estado nos investimentos em ensino público.

Em 1999, o então Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, junto a atores do Movimento Sanitário, reuniram-se para criar um modelo de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), em que preservasse as especialidades de cada profissão envolvida com uma área comum, mas tendo os valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento como norteadores. No ano de 2002 são criadas 19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF) no Brasil. Atualmente, no país, há uma lacuna quanto ao número exato de RMPSF existentes no Brasil. (AZEVEDO, 2011).

Outra medida para a aproximação entre a realidade e a teoria foi a criação do Programa de incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) foi lançado pelo Ministério da Saúde (MS), em dezembro de 2001, em parceria com o Ministério da Educação (MEC) e a Organização Panamericana de Saúde (OPS), instituído oficialmente por meio da Portaria Interministerial nº. 610/GM, de 26 de março de 2002, visando a incentivar a promoção de transformações dos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, por meio de inovações curriculares baseadas nas diretrizes de adequação de currículo aprovadas pelo MEC para os cursos de medicina. Uma nova Escola Médica para um novo Sistema de Saúde (PUCRS, 2005; PIERUCCI, 2011).

Nesta mesma proposta de reformulação curricular em ação articulada entre o MEC e o MS, formalizada pela Portaria Interministerial n. 2.118, de 2005, instituiu a cooperação técnica entre os dois ministérios, para a formação e o desenvolvimento de recursos humanos na saúde, envolvendo o nível técnico, a graduação e a pós-graduação. Tem como um de seus eixos estruturantes, a integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, caracterizada por ações que visam à mudança das práticas de formação e atenção, do processo de trabalho e da construção do conhecimento, a partir das necessidades dos serviços (BRASIL, 2007).

Dentre os debates realizados, entre os dois ministérios, o que se identificou foi a ausência de integração entre ensino/serviço, currículos da graduação em desacordo com a realidade social, conflitos entre o sistema de saúde e o sistema formador. De um lado, as instituições de saúde observavam que os currículos apresentavam desarticulação entre as áreas básicas e clínica com as práticas de estágios, por outro lado, as instituições de ensino classificavam os locais de estágio como “má prática” e inadequado para o processo de formação de um bom profissional (BRASIL, 2006).

Para diminuir esse distanciamento, em 2005 foi criado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde I), através da Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005, que possui como objetivo “incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população, para abordagem integral de saúde-doença”, (BRASIL/MS, 2005, p. 17), nesta primeira edição participaram os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia, buscava-se com esse programa incentivar a transformação no processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviço a população, de modo a promover a integração ensino-serviço, com ênfase na Atenção Básica (BRASIL/MS-MEC, 2005).

O compromisso é o de equilibrar a relação especialistas/generalistas, sem prejuízo na qualidade da atenção dispensada e, assim, corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e necessidades do SUS. O processo de reorientação ocorre de maneira simultânea, em três eixos distintos, - orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógicas.

O *Eixo A – Orientação Teórica* - refere-se aos determinantes sobre saúde e doença, a produção do conhecimento e aos programas de pós-graduação e a educação permanente. O *Eixo B – Cenários da Prática* - possui como centralidade a articulação das Instituições de Ensino Superior (IES) e as Unidades de Saúde e o *Eixo C – Orientação Pedagógica* - que se preocupa com as mudanças metodológicas no ensino em Saúde. (BRASIL/MS, 2005). Em 2007 é lançado o PRÓ-Saúde II, com a mesma proposta do anterior, com a inclusão dos cursos de Fonoaudiologia, Psicologia e Serviço Social. (BRASIL, 2007).

Em 2008, através da Portaria Interministerial entre MS e MEC n. 1.802/08, é instituído o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), inspirado no Programa de Educação Tutorial (PET). É considerado um potencializador do eixo cenários da prática do PRÓ-Saúde e tem como finalidade fomentar a formação de grupos de aprendizagem, através da tutoria em áreas estratégicas do SUS, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde e de iniciação ao trabalho e vivências dirigidas aos estudantes das graduações em saúde.

O PET-Saúde tem como fio condutor à integração ensino, serviço e comunidade e, é uma parceria entre as secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, e a Secretaria de Educação Superior (SESU), do Ministério da Educação. Está previsto no Programa Mais Saúde – Direito de Todos – 2008-2011, no eixo 4: Força de Trabalho, “ampliar e qualificar a força de trabalho em saúde, caracterizando-a como um investimento essencial para a perspectiva de evolução do SUS” (HADDAD, 2009, p. 6 - 7).

As IES ao submeterem projetos, devem contemplar os itens: interdisciplinaridade; atuação coletiva; integração em docentes e discentes; contato com a comunidade, ter um planejamento e execução de um programa de atividades e ser construído em parceria com a Secretaria de Saúde do Município. Até o momento foram lançados 07 (sete) editais PET-Saúde, de modo a proporcionar aos estudantes da área da saúde as mais diversas experiências no SUS. No quadro a seguir apresentam-se os editais PET-Saúde e seus respectivos projetos e período de vigência.

Quadro 5 - Editais - Programa PET-Saúde

Nº/Data – Edital	Projeto	Período de vigência
Edital n.12, de 3 de setembro de 2008	PET-Saúde	2009 – 2010
Edital n. 18, de 16 de setembro de 2009.	PET-Saúde/Saúde da Família	2010 – 2011
Edital n. 7, de 03 de março de 2010.	PET-Saúde/Vigilância Sanitária	2010 – 2011
Edital nº 27, de 17 de setembro de 2010,	PET-Saúde/Saúde Mental/Crack	2011 – 2012
Edital n.24, de 15 de dezembro de 2011.	PRO-Saúde/PET-Saúde	2012 – 2014
Edital nº 28 de 22 de novembro de 2012.	PET-Saúde/ Vigilância Sanitária	2013 – 2015
Edital nº 14 de 8 de março de 2013	PET – Redes de Atenção	2013 – 2015

Fonte: material sistematizado pela autora.

O Projeto PET-Saúde (2009-2010) – tem por objetivo geral:

fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família, caracterizando-se como instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos, respectivamente, aos profissionais e aos estudantes da área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS.(BRASIL/DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2008)

No que tange ao desenvolvimento e qualificação dos docentes o projeto tem por objetivo fomentar a “qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”. (BRASIL/DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2010). Quanto aos profissionais da saúde o objetivo é “induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional”. (BRASIL/DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, [2010]).

No que se refere às IES, a proposta é “fomentar a articulação ensino-serviço-comunidade na área da saúde”. (BRASIL/DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, [2010]). Os cursos que participaram desta primeira edição foram: enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social. No que se refere aos acadêmicos o objetivo é “sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira”. (BRASIL/DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, [2010]). Deste modo o bolsista tem por atribuições:

I - participar de todas as atividades programadas pelo professor tutor e preceptor; II - participar, durante sua permanência no PET Saúde, de atividades de ensino, pesquisa e extensão; III - manter bom rendimento escolar; IV - publicar ou apresentar trabalhos acadêmicos em eventos de

natureza científica, individualmente ou em grupo, fazendo referência à sua condição de bolsista do PET Saúde nas publicações e trabalhos apresentados; e V - cumprir as exigências estabelecidas no Projeto PET Saúde aprovado pelos Ministérios da Saúde e da Educação. (BRASIL/DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, [2010]).

De abril a dezembro de 2009, o Ministério da Saúde concedeu 51.567 bolsas PET-Saúde, foram selecionados 84 projetos de todos Brasil, totalizando 306 grupos, que realizam atividades educativas e de pesquisas em aproximadamente 820 unidades da Estratégia de Saúde da Família no país. No total, foram 11.322 participantes/mês, sendo 5.814 subsidiados com bolsas e 5.508 estudantes não bolsistas. Destes 25 (vinte e cinco) grupos localizados na região sudeste; 23 (vinte e três) na região sul; 22 (vinte e dois) na região nordeste; 09 (nove) na região centro-oeste e 05 (cinco) na região norte. (BRASIL/MS/SGETS, 2011).

Um destaque nesse início de programa foi do pagamento das bolsas PET-Saúde para os acadêmicos, que representou uma inovação para o Ministério da Saúde, foi a primeira vez que se estabeleceu um mecanismo para pagamento direto de bolsas. Até então, os instrumentos disponíveis para repasse eram restritos aos convênios, aos termos de cooperação com instituições ou repasses financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais ou Municipais de Saúde, vinculados às Secretarias de Saúde. As bolsas dos Monitores PET são baseadas no valor das bolsas de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Neste cenário, inicia-se o PET-Saúde, em que seus atores são conhecidos através de terminologia própria. O Ministério da Saúde instituiu que os acadêmicos sejam chamados de Monitores PET; os professores de tutores e os profissionais da saúde de preceptores. Cada grupo PET-Saúde é formado por 1 (um) tutor acadêmico, 30 estudantes – sendo 12 estudantes monitores, isto é, que efetivamente recebem bolsas – e 6 (seis) preceptores. (HADDAD, 2009).

Em 2010, foi lançado o *PET-Saúde/Saúde da Família (2010 – 2011)*, que possui sua intervenção voltada à atuação juntamente com as Equipes de ESF (THIESEN, COBERLLINI, GUTAVO, 2011). Participaram deste Programa os cursos da área da saúde já inseridos anteriormente e foram incluídas a biomedicina, ciências biológicas, educação física, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina

veterinária e terapia ocupacional. Os objetivos deste projeto são os mesmos em relação à edição anterior.

Foram selecionados 111 projetos, o que representou 484 grupos e 9.196 bolsas/mês, além da participação de 8.712 estudantes não bolsistas, totalizando 17.908 participantes/mês em todo o país. Foram ao todo contemplados 23 estados brasileiros e o Distrito Federal – Alagoas (02), Amazonas (02), Amapá (01), Bahia (07), Ceará (05), Distrito Federal (03), Espírito Santo (02), Manaus (02), Minas Gerais (11), Mato Grosso do Sul (04), Mato Grosso (02), Pará (02), Paraíba (02), Pernambuco (03), Paraná (08), Rio de Janeiro (05), Rio Grande do Norte (02), Rondônia (01), Roraima (01), Rio Grande do Sul (10), Santa Catarina (11), Sergipe (01), São Paulo (15) e Tocantins (01). Destes 20 são projetos de IES privadas e 64 de IES públicas.

No mesmo ano foi lançado também *PET Vigilância Sanitária (2010 – 2011)*, que além dos cursos participantes no PET-Saúde da Família tem mais 7 (sete) cursos inclusos na proposta do PET – saúde coletiva, ciência e tecnologia, engenharia da computação, matemática, biotecnologia, geografia e gestão ambiental. A proposta é um grupo composto por: 1 (um) tutor acadêmico, 8 (oito) estudantes monitores e 2 (dois) preceptores por IES. Para o desenvolvimento de atividades em 2010/2011 foram selecionados 122 grupos, que representam 1.342 bolsas/mês. (BRASIL/MS/ SGETS, 201(?)). Os diferentes PET's sempre foram elaborados com a preocupação de cumprir o que está preconizado nas diretrizes do SUS e atender as demandas emergentes na sociedade.

Outra proposta inovadora, neste mesmo ano, foi realizada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, a criação do Pró-Ensino na Saúde.

O Pró-Ensino na Saúde tem por objetivo possibilitar a produção de pesquisas científicas e tecnológicas e a formação de mestres, doutores e estágio pós-doutoral na área do ensino na saúde contribuindo, assim, para desenvolver e consolidar esta área de formação, considerada estratégica para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). (FUNDAÇÃO CAPES/MS, 2010).

Essa proposta visa o apoio ao ensino e à pesquisa científica e tecnológica em ensino na saúde. A PUCRS foi contemplada com dois projetos: “Docência na

área da saúde”, da professora Magda Lahorgue Nunes, da Faculdade de Medicina e o “Integração entre Universidade e Política de Saúde: Intersetorialidade e Ensino em Saúde, sob coordenação da professora Maria Isabel Barros Bellini, da Faculdade de Serviço Social. (FUNDAÇÃO CAPES/MS, 2011).

No que se refere ao PET-Saúde, em 2011, o Ministério da Saúde por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, e da Secretaria de Atenção à Saúde, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD/GSI/PR, e o Ministério da Educação, por intermédio da Secretaria de Educação Superior, abriram edital para participação no *PET-Saúde/Saúde Mental - Crack, Álcool e outras Drogas (PET-Saúde/Saúde Mental/Crack)*, considerando o Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010. Através do PET-Saúde/Saúde Mental/Crack foram selecionados mais 69 grupos – proporção de 1 (um) tutor: 3 (três) preceptores: 12 estudantes –, o que totaliza mais 1.280 bolsas/mês, considerando a formação completa dos grupos. (BRASIL/MS/ SGETS, 201(?))

O *PET-Saúde/Saúde Mental/Crack, Álcool e outras Drogas (2011 – 2012)* tem como pressuposto:

a educação pelo trabalho e é destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Atenção em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais para a atenção em saúde mental, crack, álcool e outras drogas, bem como de iniciação ao trabalho e formação dos estudantes dos cursos de graduação da área da saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde - SUS, tendo em perspectiva a qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino superior. (BRASIL/DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2010).

Ao participarem do programa, os atores envolvidos, desenvolveriam habilidades para:

a) identificar demandas em saúde mental, qualificando a rede de referência e contra-referência, incluindo as equipes dos NASF, com manutenção da responsabilidade longitudinal;

b) qualificar as ações das ESF relativas à saúde mental, promovendo educação permanente e práticas transdisciplinares, a partir da articulação de redes de cuidados nos territórios abrangidos;

c) favorecer a reinserção social dos usuários da rede de saúde mental, incorporando a esta rede recursos de setores como educação, trabalho, esporte, cultura e lazer;

d) construir os Projetos Terapêuticos Singularizados articulando território dos serviços com território do usuário, e;

e) ampliar o cuidado em saúde mental, incluindo o uso abusivo de álcool e outras drogas, na perspectiva da redução de danos. (BRASIL/DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2010). No final de 2011 é lançado o edital para *PRO-Saúde/PET-Saúde (2012 – 2014)*, que possui como objetivo o mesmo dos projetos PRÓ-Saúde II e PET-Saúde/Saúde da Família.

No ano de 2013 é lançado outra edição do projeto do *PET-Vigilância (PET/VS) (2013 – 2015)* - cada projeto, seja de pesquisa e/ou de intervenção, deve descrever as ações a serem trabalhadas em uma ou mais das seguintes prioridades da Agenda Estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde, entre eles:

- Vigilância, prevenção e controle da dengue;
- Redução da morbimortalidade por tuberculose;
- Análise e avaliação do Sistema de Vigilância das Doenças Transmissíveis;
- Fortalecimento, ampliação e integração das ações de Vigilância em Saúde com as Redes de Atenção à Saúde;
- Vigilância, prevenção e controle da hanseníase e de outras doenças relacionadas à pobreza;
- Redução da morbimortalidade por malária;
- Ações de vigilância, prevenção, controle e/ou erradicação da morbimortalidade das zoonoses: leishmanioses, raiva humana e febre amarela;
- Vigilância, prevenção e controle de doenças de maior carga;
- Ampliação da capacidade de vigilância e respostas rápidas às emergências de Saúde Pública e desastres;
- Vigilância, controle e redução da transmissão do HIV/aids;
- Melhoria da qualidade de vida de pessoas com HIV/aids;
- Vigilância e eliminação da sífilis congênita;
- Vigilância, prevenção e controle das hepatites virais. (BRASIL/DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2012).

A partir de 2013, foram incorporados 197 Grupos PET-Saúde/Vigilância em Saúde (PET/VS). Na sequência, foram iniciadas as atividades do *PET-Saúde/Redes de Atenção (PET/Redes)*, cujos projetos foram selecionados em edital lançado em 2013. Foram aprovados 114 projetos com apoio a 290 grupos PET. Considerando os três editais vigentes (PRÓ/PET - Saúde, PET/VS e PET/Redes) existem, atualmente, 902 grupos PET-Saúde com participação de 902 tutores, 4.624 preceptores e 10.036 estudantes. (BRASL/MS, 2013).

O *PET-Saúde/Redes de Atenção (2013 – 2015)*, possui como perspectiva o desenvolvimento de intervenções nas redes de atenção à saúde, com vias à qualificação das ações e serviços de saúde oferecidos à população nos diversos pontos de atenção das redes e a inserção das necessidades dos serviços no contexto das redes como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado à saúde. Caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica à Saúde/Atenção Primária à Saúde (ABS/APS), pela centralidade nas necessidades em saúde da população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASL/MS, 2013).

O fortalecimento da ABS, como cenário privilegiado do desenvolvimento da clínica ampliada, educação permanente à saúde, participação social, educação multiprofissional, gestão compartilhada, centralidade no usuário dos serviços, problematização da realidade, onde se pode promover o diálogo da formação com o mundo do trabalho, torna-se uma exigência para o estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde.

Os pontos de atenção das redes temáticas, determinados em função da produção singular, devem estar evidenciados no desenho de cada rede. A organização das ações e serviços de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, nos diferentes níveis de atenção, a articulação e a

interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações também precisam estar explicitados nas redes.

O edital incentivou a apresentação de propostas que contemplassem as políticas e as prioridades do Ministério da Saúde, tais como: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama, Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis.

O objetivo era mobilizar instituições de ensino superior do País, em parceria com as secretarias municipais e estaduais de Saúde e com a participação da comunidade, na maior integração ensino-serviço, a centralidade na produção de saúde e no cuidado humanizado na formação da graduação das profissões da área da saúde. (BRASL/MS, 2013). Após a apresentação do Programa PET em âmbito nacional, no próximo item discorrer-se-á sobre o desenvolvimento desses projetos na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

4.2.1 O PET-Saúde na PUCRS

Nesta proposta de reorganização da formação profissional em saúde no país, e em consonância com o marco referencial de atuar no “ensino, na pesquisa e na extensão, em permanente interação com a sociedade, visando à formação de cidadãos responsáveis, autônomos, inovadores e solidários, com vistas ao desenvolvimento científico, cultural, social e econômico”, (PUCRS, [2013]), a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) participa desde o primeiro Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), no ano de 2001, para fomentar mudanças no curso de medicina principalmente no que se refere aos modelos de atenção à saúde na rede primária. (THIESEN, COBERLLINI, GUSTAVO, 2011).

Foram “realizadas ações de assistência e ensino abrangendo o Hospital São Lucas (HSL), o Centro de Saúde da Vila Fátima (integrado a PUCRS) e Unidades Municipais de Saúde (inicialmente do Distrito Leste da Capital)”. (PUCRS/ASCOM, [2004]). A prática no “Campus da Saúde” envolveu níveis de atenção de alta complexidade (hospital), média complexidade (ambulatório do hospital e centros de saúde) e baixa complexidade (unidade básicas de saúde, domicílios, escolas,

creches e outros serviços envolvidos ou relacionados com a saúde), na perspectiva do ensino, pesquisa e assistência. (PUCRS/ASCOM, 2004).

No ano de 2005, ocorreu à primeira edição do Programa Nacional de Reorientação Profissional (PRÓ-Saúde I), o projeto foi destinado ao curso de enfermagem, no qual foi disponibilizado 20 bolsas para os acadêmicos do respectivo curso. As ações tinham caráter interdisciplinar, e contemplavam necessidades acadêmicas e da rede de serviços e usuários, na perspectiva da integração ensino-assistência. Os projetos incluíam:

educação permanente de docentes e profissionais dos serviços, para desenvolvimento de práticas assistenciais e pedagógicas problematizadoras; fóruns de debates sobre a reorientação de formação profissional em saúde entre docentes e discentes de Enfermagem, profissionais da rede de saúde, gestores e usuários; viabilização de infraestrutura e meios necessários ao desenvolvimento de ensino e pesquisa nos serviços de saúde; práticas assistenciais desenvolvidas por docentes e discentes, integrados às equipes, nos serviços de saúde. (OJEDA *et al*, s.d.).

No primeiro ano de desenvolvimento observou-se o fortalecimento das ações com vistas à integração ensino-assistência. Ocorreu a expansão das atividades de ensino com 425 participações de alunos e 93 participações docentes, 135 trabalhadores, realizadas nas práticas pedagógicas de disciplinas teórico-práticas desenvolvidas a partir do segundo nível do curso. Por meio de seminários itinerantes ocorreu a qualificação de 336 trabalhadores, 84 docentes e 187 discentes. (OJEDA *et al*, s.d.).

A segunda edição do PRÓ-Saúde ocorreu em 2007 com vigência até 2013. Participaram deste projeto as áreas de enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia e serviço social, inicialmente com um total de 24 bolsas. “Para a operacionalização da proposta foi desenhado um conjunto de 15 projetos, distribuídos nos três eixos do PRÓ-Saúde concebidos com enfoque interdisciplinar, constituindo uma proposta unificada”. (THIESEN, COBERLLINI, GUSTAVO, 2011, p. 54)

No ano de 2008, a PUCRS participou do primeiro edital do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), sendo suas atividades desenvolvidas no período de 2009 - 2010. A PUCRS foi contemplada com 58 bolsas, os cursos incluídos, nesta primeira edição, foram: enfermagem, farmácia, medicina,

nutrição, odontologia, psicologia e serviço social, organizados em quatro grupos de trabalho. Apresenta-se, então, um desafio: de construir uma nova pedagogia entre serviço e academia, de maneira a superar a fragmentação que existia e ainda persiste entre estes, onde os atores envolvidos possam ser protagonistas do processo de aprendizagem (AGUINSKY; PROENÇA; ALTAMIRANO, 2011).

Através desta proposta, o aluno ao participar do Programa, além de conhecer e intervir na realidade têm espaço e voz garantidos nos grupos de tutoria para problematizar, com o tutor, suas indagações e pontuações sobre a formação acadêmica. Proporciona, também, aos preceptores a constante qualificação profissional e a relação universidade/serviço passa a ser o polo de saber, mediante a convivência e troca de conhecimentos entre professores, alunos da graduação e profissionais da saúde.

No que concerne ao cotidiano de um Monitor PET-Saúde, uma vez por semana há a reunião com o Tutor de Núcleo, que nem sempre é o mesmo da área de formação do acadêmico. Essas reuniões são formadas por equipes multiprofissionais de acadêmicos, com até dois alunos de cada área de formação. Encontros que permitem a construção de ações interdisciplinares, voltadas para atuação nas unidades básicas de saúde, bem como, a realização de estudos sobre o Sistema Único de Saúde e a Política de Saúde, de modo a articular esse conhecimento com a realidade vivenciada no campo de inserção, favorecendo, assim, o processo de integração ensino-serviço, na medida em que “reconhece e valoriza o papel dos profissionais do serviço, respaldado pelo Professor Tutor, oriundo da universidade, na orientação do processo de aprendizagem dos estudantes” (BELLINI et al, 2011).

Ainda no que se refere ao espaço acadêmico, há também, a reunião com o Tutor de Área, que é um professor da área de formação do aluno, realizada preferencialmente semanalmente. Esta reunião tem como objetivo alinhar as atividades realizadas no PET-Saúde com os conhecimentos adquiridos na área de formação, de modo a identificar a particularidades da profissão nas atividades efetivadas, bem como o desenvolvimento de algum projeto específico, como o mapeamento dos recursos da região leste/nordeste de Porto Alegre²⁰.

²⁰ Esta atividade foi desenvolvida em conjunto com os alunos que participavam do PRÓ-Saúde.

Outro momento no cotidiano dos bolsistas PET-Saúde é a sua inclusão nas unidades básicas de saúdes da Região Leste/Nordeste de Porto Alegre, de 8 horas semanais. Neste espaço cada bolsista possui um projeto de inserção, e o preceptor pode ou não ser de sua área de formação.

Outro diferencial foi a inserção do aluno na prática de pesquisa, como grupo formado pelos Monitores PET e os Tutores de Núcleo. Nesta primeira edição, realizou-se a pesquisa intitulada “Diagnóstico da Região Leste/Nordeste de Porto Alegre”, por solicitação da Prefeitura Municipal Porto Alegre (THIESEN, COBERLLINI, GUSTAVO, 2011), referente a essa experiência foi produzido o livro “Formação Profissional em Saúde: Trajetórias do PET- Saúde/PUCRS no Diagnóstico de Saúde do Distrito Nordeste de Porto Alegre”, com previsão de lançamento em abril de 2014. (PUCRS/CPE/NPE, 2013 (?)).

No final de 2009, a Universidade submeteu um novo projeto, para participar do Programa PET-Saúde, com o propósito de dar continuidade às atividades já desenvolvidas no PET-Saúde anterior, a exemplo de atividade desenvolvida em 2009: levantamento demográfico-social, levantamento geográfico-espacial e epidemiológico dos serviços de saúde e redes de apoio, mapeamento das ações programáticas desenvolvidas pelos serviços de saúde, entre outras. Essas atividades tinham como objetivos mensurar as características sociais, demográficas e a distribuição dos fenômenos de saúde/doença e seus condicionantes e determinantes na região leste/nordeste de Porto Alegre (PUCRS, 2009).

Sendo contemplada em 2010, com o projeto PET-Saúde/Saúde da Família (60 bolsas), participaram as mesmas áreas de formação do projeto anterior. Onde foram desenvolvidas ao longo do ano oficinas com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cada grupo ficou responsável por desenvolver um tema para qualificação destes profissionais. No mesmo ano foi implantado o PET-Saúde/Saúde Mental/Crack (12 bolsas), nesta edição participaram também as áreas de educação física e fisioterapia.

E o PET-Saúde/Vigilância em Saúde, desenvolvidos em parceria com a Equipe de Vigilância de Eventos Vitais Doenças e Agravos não Transmissíveis, através da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS), da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, incluindo os cursos de Fisioterapia e Educação Física, além dos demais envolvidos. O PET-Saúde/Vigilância em Saúde é formado

por um grupo composto por: 1 (um) tutor acadêmico, 9 (nove) estudantes monitores e 2 (dois) preceptores. No qual fizeram parte os cursos de serviço social, farmácia-medicina, nutrição, odontologia, psicologia, enfermagem, ed. física e fisioterapia.

Este trabalho possuía como objetivo à qualificação das ações de vigilância de agravos não transmissíveis junto à rede de saúde do município de Porto Alegre, contribuindo para a criação de um sistema de vigilância da prevenção de câncer do colo de útero para mulheres de 25-59 anos, moradoras no município de Porto Alegre (THIESEN, COBERLLINI, GUSTAVO, 2011).

O primeiro evento realizado na PUCRS para socialização de experiências foi a I Mostra de Trabalhos PET-Saúde/PRÓ-SAÚDE/PREMUS PUCRS, foram apresentados 57 trabalhos que expressaram a articulação entre os programas de ensino em serviço. Essas produções revelaram a oportunidade de reflexão sobre “ações vivenciadas cotidianamente de modo a sistematizar o vivido, reconhecer as questões geradoras e o contexto em que se instituem os processos saúde-doença, enfatizando a elaboração de estratégias de superação nos processos de trabalho” (PIZZINATO et al., 2011, p. 104).

Em dezembro de 2011, ocorreu Fórum de Integração PRÓ-Saúde/PET-Saúde/Residência Multiprofissional em Saúde, o objetivo era integrar os diferentes atores envolvidos nos Programas Pró-Saúde/PET-Saúde e Residência Multiprofissional em Saúde, por meio da socialização das experiências e trabalhos realizados. O evento foi destinado a docentes e discentes da Área da Saúde, tutores, preceptores, bolsistas, controle social e trabalhadores da Rede de Atenção Primária em saúde. (PUCRS/ASCOM, [2011]).

Em 2012, a PUCRS foi selecionada para o projeto PRÓ-Saúde/PET-Saúde, são 94 bolsas distribuídas em 04 (quatro) subprojetos: “Saúde Escolar: escola como um espaço de promoção de saúde”, “Rede Cegonha: cuidando da mãe da criança”, “Promoção em Saúde e Prevenção de DCNT: academia da saúde como estratégia para a modificação do estilo de vida” e “Diagnóstico e intervenção da tuberculose, HIV/AIDS na Atenção Básica”. Estes subprojetos terão vigência até 2014. Participam os cursos de serviço social, farmácia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia, enfermagem, ed. física e fisioterapia. No quadro abaixo, realizou-se a descrição dos objetivos dos subprojetos.

Quadro 6 - Subprojetos do PRÓ-Saúde/PET-Saúde (2012 - 2014).

SUBPROJETO	OBJETIVOS
Saúde Escolar: escola como um espaço de promoção de saúde	Fortalecer o Programa nos distritos de saúde, potencializando a articulação entre atenção básica, escola e comunidade. Estabelecer ações educativas interdisciplinares, ampliando ações de promoção em saúde. Desenvolver materiais educativos e metodologias de trabalho para utilização na rede de educação e saúde. Propor oficinas educativas abordando: saúde mental, saúde bucal e nutricional, violência, sexualidade e preconceito racial.
Rede Cegonha: cuidando da mãe da criança	Oferecer oficinas sobre cuidados em saúde de acordo com necessidades da comunidade. Identificar sintomas de HAS, DM e hemoglobinopatias (ênfase na triagem neonatal). Articular escolas e rede de serviços de saúde, identificando riscos de gestação em adolescentes. Realizar acompanhamento domiciliar a gestantes, puérperas e crianças. Fazer mapeamento de domicílios para o acompanhamento das gestantes/puérperas/crianças.
Promoção em Saúde e Prevenção de DCNT: academia da saúde como estratégia para a modificação do estilo de vida	Fortalecer ações de conscientização e educação sobre a realidade das DCNT. Realizar ações de promoção da saúde, prevenção e reabilitação das DCNT, com ênfase na população negra. Fazer vigilância de fatores de risco e proteção contra doenças crônicas, integrados com as ações de vigilância em Saúde. Reorientar a prática dos estudantes e profissionais de saúde frente às DCNT, baseada pelas políticas públicas de educação em saúde.
Diagnóstico e intervenção da tuberculose, HIV/AIDS na Atenção Básica.	Promover atividades educativas, envolvendo usuários e profissionais da saúde. Estimular a realização de exames para diagnóstico precoce. Promover ações que visem busca ativa dos TB bacilíferos. Comprometer o usuário quanto a sua adesão ao tratamento. Desenvolver ações para a redução das desigualdades étnico-raciais no processo saúde-doença nos portadores de TB e AIDS.

Fonte: Sistematizado pela autora com referência na apresentação PRÓ-Saúde e PET-Saúde: participação da PUCRS nos programas PROMED/PRÓ-Saúde/PET-Saúde e Residência Multiprofissional (PREMUS). (PUCRS/CPE/NPE, 2013 (?)).

No ano de 2013, ocorreu a participação em mais dois projetos: o PET-Vigilância (2013 -2015): prevenção e controle da dengue que possui como objetivos: criar um fluxo de informações entre a CGVS e os serviços de saúde da região; orientar as práticas de promoção e prevenção de saúde da região; promover a redução dos índices de infestação do vetor a partir das práticas exercidas na comunidade; garantir que as práticas e fluxos se constituam rotinas assistenciais, este projeto foi contemplado com 08 bolsas. Participam as áreas de Serviço Social, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Enfermagem. (PUCRS/CPE/NPE, 2013 (?)).

E o PET-REDE (2013 – 2015), composto por 51 bolsas e 04 (quatro) subprojetos: “Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência”, “Atenção à Saúde Indígena Doenças Prevalentes e Saúde do Jovem” e “Intervenção com Gestantes e Puérperas usuárias de crack e outras drogas em Porto Alegre”. Participam desses subprojetos às áreas: Serviço Social, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Enfermagem, Ed. Física e Fisioterapia. No quadro abaixo, realizou-se a descrição dos objetivos dos subprojetos.

Quadro 7 - Subprojetos do **PET Redes** (2013 - 2015)

SUBPROJETO	OBJETIVOS
Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	Identificar e caracterizar pessoas com deficiência motora nas áreas de prioridade das GDs envolvidas. Contribuir para promoção da qualidade de vida do indivíduo com deficiência motora (qualificação da atenção na sua unidade de referência, buscando atuação intersetorial, articulação entre os diversos níveis de atenção à saúde, qualificação do acesso, do acolhimento, da coleta de dados e da avaliação).
Atenção à Saúde Indígena Doenças Prevalentes e Saúde do Jovem	Conhecer os significados e os determinantes sociais do processo saúde-doença para esta população, considerando o contexto sociocultural das comunidades. Desenvolver ações de saúde direcionadas para a população jovem (zero a dezenove anos). Buscar e monitorar casos de HIV e tuberculose nas comunidades indígenas, garantindo o acompanhamento dos mesmos na rede.
Intervenção com Gestantes e Puérperas usuárias de crack e outras drogas em Porto Alegre	Identificar a incidência de puérperas usuárias de álcool, crack e outras drogas hospitalizadas no Alojamento Conjunto do HSL/PUCRS provenientes das regiões Leste-Nordeste, Partenon-Lomba. Investigar características da população das regiões Leste-Nordeste, Partenon-Lomba de Porto Alegre em relação ao uso de álcool, crack e outras drogas.

Fonte: Sistematizado pela autora com referência na apresentação PRÓ-Saúde e PET-Saúde: participação da PUCRS nos programas PROMED/PRÓ-Saúde/PET-Saúde e Residência Multiprofissional (PREMUS). (PUCRS/CPE/NPE, 2013 (?)).

Assim, foram desenvolvidos pela PUCRS entre os anos de 2009 a 2013 sete editais de Programas voltados para a formação profissional em saúde, em consonância com as demandas do Ministério da Saúde e de Educação e, com destaque, a partir de 2014 foi implantada a disciplina integrada “Trabalho, integrado em saúde”²¹, disciplina que será ministrada em todas as áreas da saúde, que em sua ementa prevê abordar os conceitos referentes “a Política e Sistemas de Saúde na perspectiva histórica, Sistema Único de Saúde: princípios, diretrizes e processo de trabalho; prioridades em saúde, incluindo conteúdos relacionados à diversidade

²¹ No capítulo 5 – Principais Achados da Pesquisa, será retomado a problematização sobre essa disciplina

étnico-racial; ação integrada em saúde em diferentes contextos de trabalho”, que estimula o estudo do SUS, da questão multiprofissional da atuação profissional e aprofunda os conhecimentos de saúde pública no âmbito da graduação.

5 PRINCIPAIS ACHADOS DA PESQUISA

“O começo de todas as ciências é o espanto de as coisas serem o que são”.
(Aristóteles).

Ao iniciar o presente capítulo com o pensamento do filósofo Aristóteles, evidencia-se a curiosidade dos seres humanos sobre o mundo que o cerca, de compreender os fenômenos que estão a sua volta, sejam eles, o comportamento do clima ou dos seres humanos. Esta necessidade de olhar além do aparente o levou a estudar, a pesquisar. É inerente ao homem procurar compreender como e porque determinado fenômeno ocorre. O homem pesquisador utiliza-se de métodos, instrumentos e técnicas que melhor lhe pareçam para atingir determinado resultado que, no final das contas, é a resposta para sua questão inicial.

Este estudo tem por questão inicial - *“De que forma a experiência junto ao PET-Saúde contribui para uma formação profissional em saúde voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS)?”* Para responder esse questionamento e dar visibilidade ao método, aos instrumentos e as técnicas utilizadas, organizou-se os “principais achados da pesquisa” em três subitens, que correspondem a cada etapa²² desenvolvida neste estudo. O primeiro item corresponde ao pré-mapeamento, trata-se do levantamento documental da pesquisa, constituindo-se em resultados exclusivamente quantitativos.

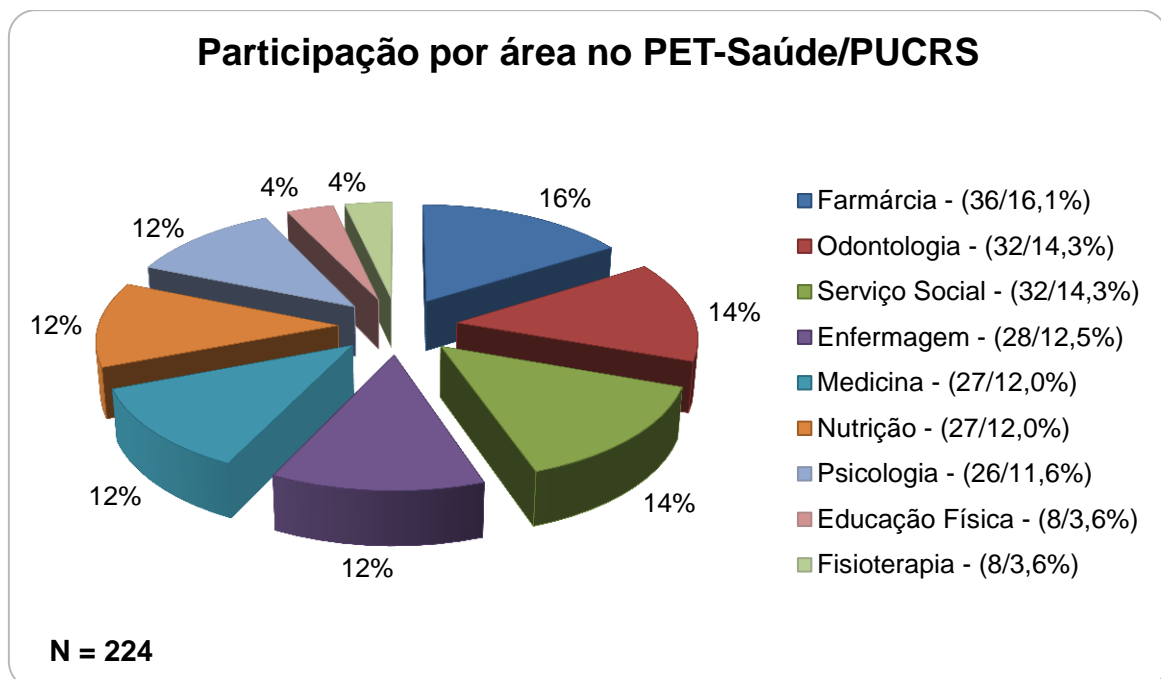
O segundo item constitui-se dos resultados obtidos através dos questionários *online*, dados quantitativos que são complementados com as falas extraídas das entrevistas. E por fim, no terceiro item aborda-se a fase das entrevistas, composta principalmente por dados qualitativos, organizados em duas grandes categorias – ensino em serviço e trabalho multidisciplinar. Destas duas categorias emergem subcategorias: integração ensino-serviço, trabalho, educação permanente, entre outras.

²² As etapas do estudo encontram-se detalhadas no capítulo 2 – Aspectos Metodológicos da Pesquisa

5.1 PRIMEIRA ETAPA: PRÉ-MAPEAMENTO

Na PRIMEIRA ETAPA DE COLETA DE DADOS, denominada PRÉ-MAPEAMENTO, foi identificado o cadastramento de 224 alunos que participaram na qualidade de bolsistas do PET-Saúde no período de desenvolvimento do Programa na PUCRS, ou seja, desde 2009 até 2013. No que se refere à composição das áreas que tem efetivamente participado do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), aferiu-se que as áreas da Farmácia, do Serviço Social e da Odontologia são aquelas que possuem maior representatividade, tendo o primeiro, atingido 36 alunos (16,1%) e os dois outros cursos com 32 (14,3%) participações cada. O curso de Enfermagem possui 28 (12,5%) acadêmicos que passaram pelo PET-Saúde, as áreas de Medicina e a Nutrição tiveram 27 (12,0%) participações respectivamente; a Psicologia 26 (11,6%) e a Educação Física e Fisioterapia cada um com 08 (03,6%) participações. O gráfico a seguir representa as áreas que participam do PET-Saúde/PUCRS, no período entre 2009 a 2013.

Gráfico 1 - Participação por área no PET-Saúde/PUCRS, período entre 2009 a 2013.



Fonte: Sistematizado pela autora, com base nos dados coletados.

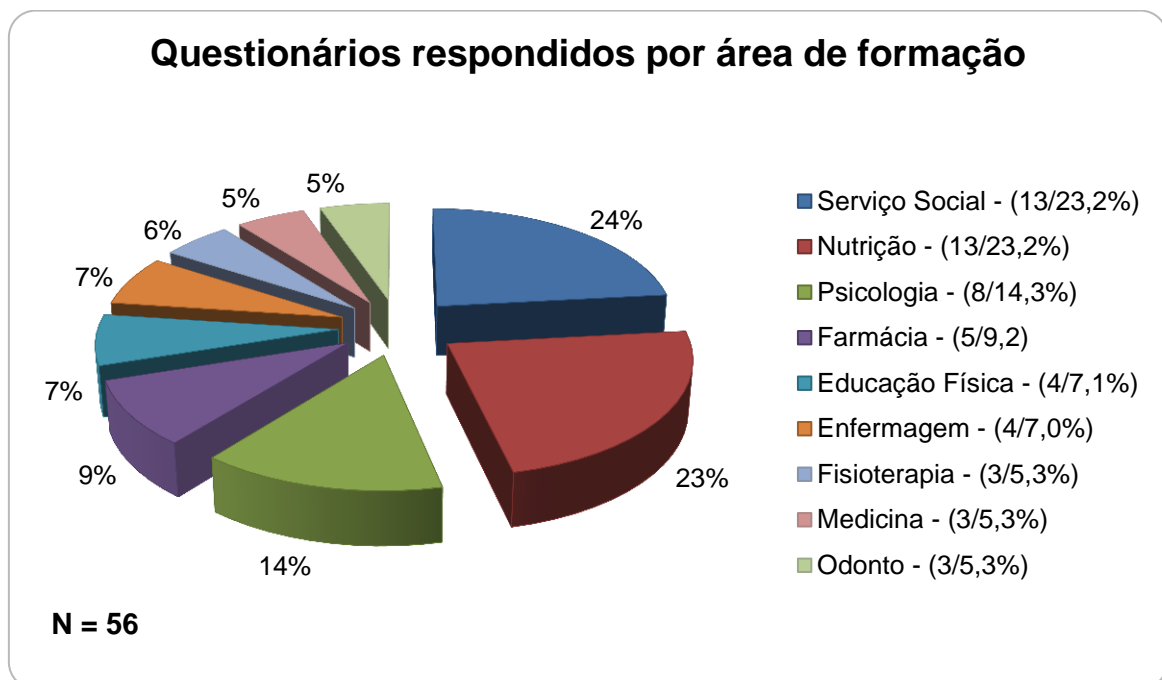
Contudo é importante salientar que os cursos que possuem maiores participações nos Projetos do PET-Saúde na PUCRS estão inseridos no Programa desde seu início no ano de 2009, enquanto que as áreas de Educação Física e

Fisioterapia inseriram-se a partir de 2010, outro dado a ser considerado no que se refere às participações, é que as diferentes áreas não possuem o mesmo número de vagas nos projetos e, a quantidade de bolsas para cada área depende do objetivo e das atividades previstas.²³ No que tange a permanência no programa a de menor período de participação compreende de 01 semana e o maior de 02 anos.

5.2 SEGUNDA ETAPA: MAPEAMENTO

A SEGUNDA ETAPA, o MAPEAMENTO, foi realizada através do envio de questionário online para os 224 sujeitos cadastrados na Coordenadoria de Programas Especiais (CPE) no departamento “Diretoria de Graduação” da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Responderam aos questionários online 56 (25,0%) bolsistas e ex-bolsistas. No que se refere a respostas por área têm-se: 13 (23,3%) Nutrição e Serviço Social; 08 (14,2%) Psicologia; 05 (09,2%) Farmácia; 04 (07,1%) Educação Física, 04 (07,0%) Enfermagem, 03 (05,3%) Fisioterapia, 03 (05,3%) Medicina e 03 (05,3%) Odontologia. O gráfico a seguir os questionários respondidos por área de formação.

Gráfico 2 - Questionários respondidos por área de formação

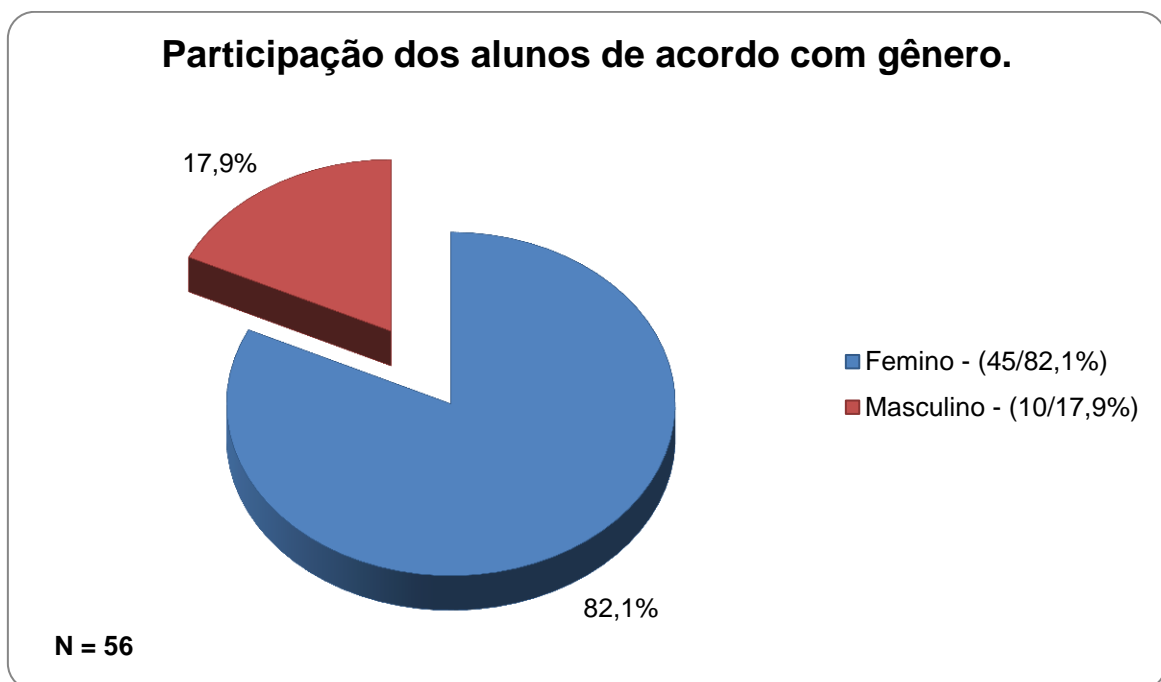


Fonte: Sistematizado pela autora, com base nos dados coletados.

²³ A distribuição de bolsas por projeto PET-Saúde esta descrita no capítulo 3.

Em relação à questão de gênero, a amostra foi constituída por 45/56 (82,1%) mulheres e 10/56 (17,9%) são homens. Na tentativa de compreender a discrepância entre as participações, considerando-se a questão de gênero, uma possibilidade para o maior número de pessoas do gênero feminino é o fato de algumas profissões serem predominantemente ocupadas por mulheres, como por exemplo, o Serviço Social. O gráfico a seguir representa a participação dos alunos de acordo com gênero.

Gráfico 3 - participação dos alunos de acordo com gênero

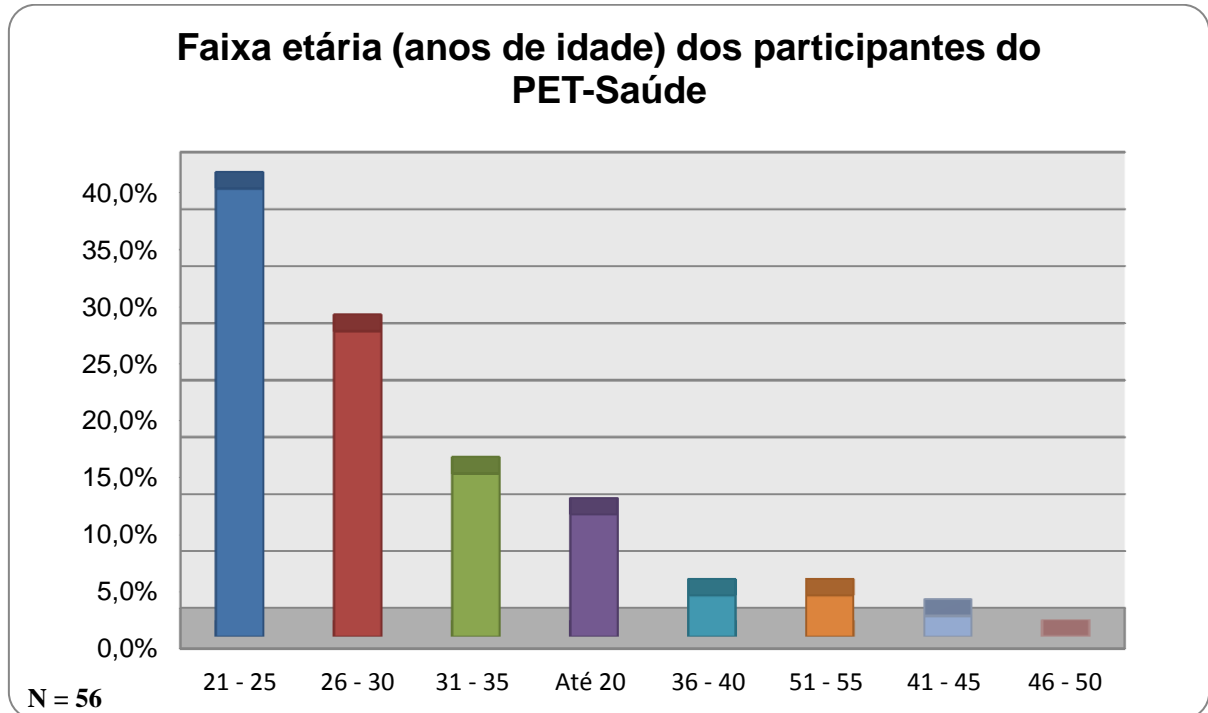


Fonte: Sistematizado pela autora, com base nos dados coletados.

No que se refere à idade, dos 56 respondentes, a média é de 26,9 anos de idade, sendo o mais jovem de 19 anos e o mais velho de 54 anos de idade. Este dado reflete os resultados do Censo do Ensino Superior no Brasil, realizado em 2012, que identificou como a faixa etária dos 25 as 34 anos como as que mais estão procurando realizar um curso superior. O que pode representar que a população em busca de melhores condições socioeconômicas, investe na educação superior como meio para alcançar esse objetivo. (MERCADANTE, 2012). O maior índice de participantes compreende na faixa etária entre 21 e 25 anos - 22 (39,3%), seguido dos entre 26 e 30 anos - 15 (26,8%), após os entre 31 e 35 anos - 08 (14,3%), entre 15 e 20 anos - 06 (10,7%), entre 36 e 40 anos e entre 51 e 55anos cada um com 02

(03,6%) e entre 41 e 45 anos - 01 (1,8%), não havendo participantes entre 46 e 50 anos. O gráfico a seguir representa os participantes no PET-Saúde por faixa etária.

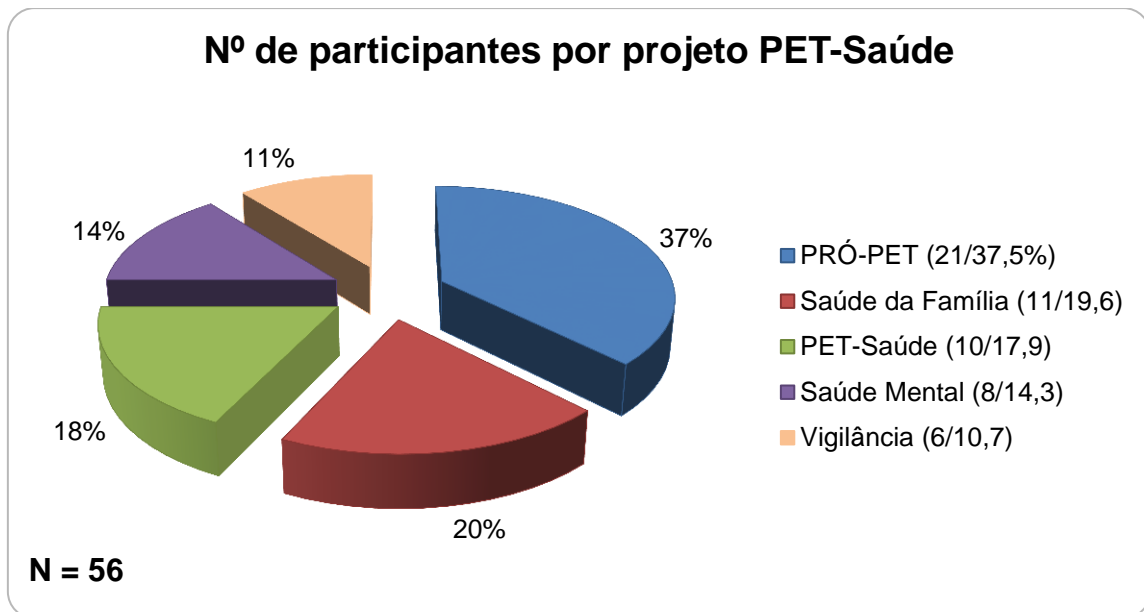
Gráfico 4 - Participantes no PET-Saúde por faixa etária



Fonte: Sistematizado pela autora, com base nos dados coletados.

No que se refere aos projetos que os profissionais participaram no PET-Saúde, o maior número de respondentes é do PRÓ-PET 21 (37,5%) sendo este um dos mais recentes projetos (2012 – 2014), que envolve uma diversidade de subprojetos e um maior número de bolsas oferecidas (94). Após tem-se o PET-Saúde da Família 11/56 (19,6%) e do PET-Saúde 10/56 (17,9), sendo estes os dois primeiros projetos desenvolvidos na PUCRS, respectivamente no ano de 2009 – 2010 e 2010 – 2011; PET Saúde Mental 08/56 (14,3%) e Vigilância 06/56 (10,7%). O gráfico a seguir representa número de participantes por programas PET-Saúde.

Gráfico 5 - Número de participantes por programas PET-Saúde.



Fonte: Sistematizado pela autora, com base nos dados coletados.

O maior número bolsistas para os projetos PRÓ-PET e PET Saúde da Família, decorre do investimento em ações que contribuam para a formação de trabalhadores para atuarem na Atenção Básica de Saúde, política importante no processo de ordenação das Redes de Atenção²⁴. E deste modo preparar trabalhadores que possam responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde da população, com ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. (MATTA; MOROSINI, 2008).

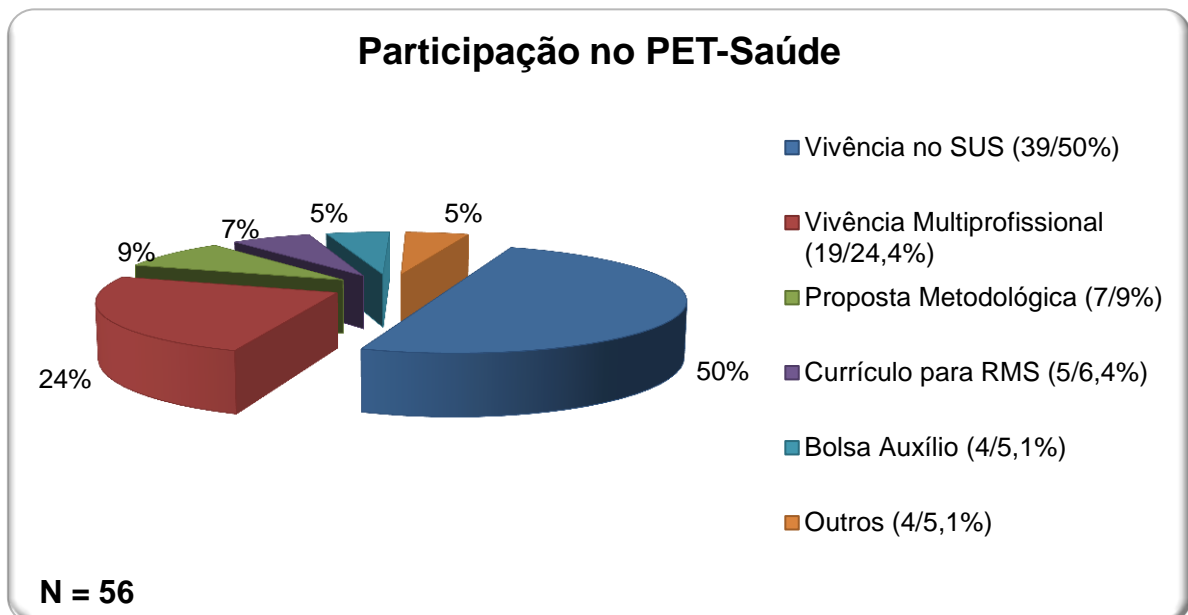
Cabe pontuar que, esta questão foi apresentada na forma de questão aberta e observou-se que os ex-bolsistas se referiram, para identificar os Projetos que estavam inseridos, às atividades que realizavam no trabalho em saúde. Ou seja, observou-se que os ex-bolsistas tinham clareza em relação às atividades em que

²⁴ As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010). A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde. (DAB /SMP RAS, [2012]).

participavam, porém não se tem subsídios necessários para afirmar que tinham clareza sobre o Programa ao qual estavam vinculados.

Dos 56 sujeitos que responderam ao questionário on-line 39 (50,0%) declararam que escolheram participar do PET – Saúde para vivenciar o SUS, principalmente no que se refere ao trabalho na atenção básica; 19 (24,4%) o que motivou a inserção no programa foi a possibilidade da vivência multidisciplinar em saúde; 07 (07,9%) responderam que a proposta metodológica do programa propicia a integração ensino - pesquisa – extensão; 05 (06,4%) a possibilidade de construir um bom currículo para realizar RMS; 04 (05,1%) a Bolsa-auxílio e 04 (05,1%) outros motivos. Contudo, observa-se que esta foi elaborada na forma de questão aberta, possibilitando ao sujeito da pesquisa respostas múltiplas, ou seja, uma liberdade para apontar mais de um descritor quando questionado sobre as razões que os levaram a participar do PET-Saúde. O gráfico a seguir representa os motivos que levaram os profissionais a participarem no PET-Saúde.

Gráfico 6 - Motivos que levaram os profissionais a participarem no PET-Saúde



Fonte: Sistematizado pela autora, com base nos dados coletados.

A busca dos acadêmicos por experiências no SUS pode ser justificada pela pouca oferta de disciplinas na graduação que possibilitem um maior o conhecimento e a vivências principalmente sobre o trabalho na Atenção Básica em Saúde. Ao analisar estrutura curricular cursos da área da saúde, a única faculdade que oferecia

até o primeiro semestre de 2013 uma disciplina que abordasse o Sistema Único de Saúde em seu título era a Faculdade de Serviço Social – FSS. As outras áreas, quando oferecem disciplinas pensando na saúde de maneira ampliada, há oferecem com o nome de saúde coletiva. O que é insuficiente, visto que, os bolsistas buscam o PET para uma complementação na sua formação e que se evidencia na fala do sujeito #PSICO191.

– O curso de psicologia que era muito voltado para a clínica privada ou para trabalho em organizações e instituições, mas daí em empresas privadas ou geralmente em hospitais privados, essa realidade é muito distante, né? Não entendia o que era uma política pública ou o que era o sistema de saúde, como que o profissional psicólogo pode se inserir. A gente sabe que o psicólogo pode estar em vários lugares. Pode estar na escola, pode estar em um hospital, ou tu vais estar em uma escola privada, né? Ou tu vai estar como psicólogo da própria PUC, dentro do prédio 11. A gente ainda não tem uma dimensão maior do que é saúde. Na verdade não tem nenhuma disciplina especificamente naquela grade curricular que se preste a estudar o que é o conceito de saúde. Então tudo isso é muito distante.

A formação profissional em saúde foi construída através de currículos com conteúdos fragmentados, com enfoque que privilegia os determinantes biológicos da doença e no trabalho hospitalar. (FEUERWERKER, 2002). É necessário refletir sobre a lógica da organização dos currículos, de maneira a se redesenhar as atuais grades curriculares, propondo não somente reformulações nas disciplinas, como também, nas vivências que aproximem os acadêmicos da realidade do SUS, principalmente no que se refere à atenção básica. Como se evidencia na fala #NUTRI124:

– Na faculdade a gente ouviu falar: como que é; como que é feito; como que deveria ser; como não deveria ser. E ali [no PET] a gente pode ir até os locais, ver como é feito. Ter acesso aos prontuários, que às vezes na faculdade a gente tem poucas oportunidades, só no estágio prático, olhar com outros olhares. Na unidade básica também, durante a faculdade eu tive poucas aulas na unidade básica, então foi outra experiência, de frequentar uma unidade básica, vê, conversar com os profissionais, em algumas situações a gente teve mais acessibilidade, aí eles também já nos mostravam outras coisas do trabalho dele. E eu acho que interferiu um pouco nas minhas escolhas pra depois de formada.

Neste sentido, na PUCRS, ocorreram pequenos, mas importantes avanços, no que se refere à mudança curricular, com a implantação em 2014/1 da disciplina “Trabalho Integrado em Saúde”, que descreve em sua ementa a abordagem de conceitos referentes a “Políticas e Sistemas de Saúde: perspectiva histórica; SUS:

princípios, diretrizes e processos de trabalho; prioridades em saúde, incluindo a temática da diversidade étnico-racial; atenção integrada em saúde em diferentes contextos de trabalho”. (PUCRS/PROGRAD, 2014). Para muitos dos alunos que irão cursar essa disciplina será algo completamente novo e inovador, entretanto será que uma disciplina de 02 (dois) créditos será suficiente para abordar toda a complexidade do SUS?

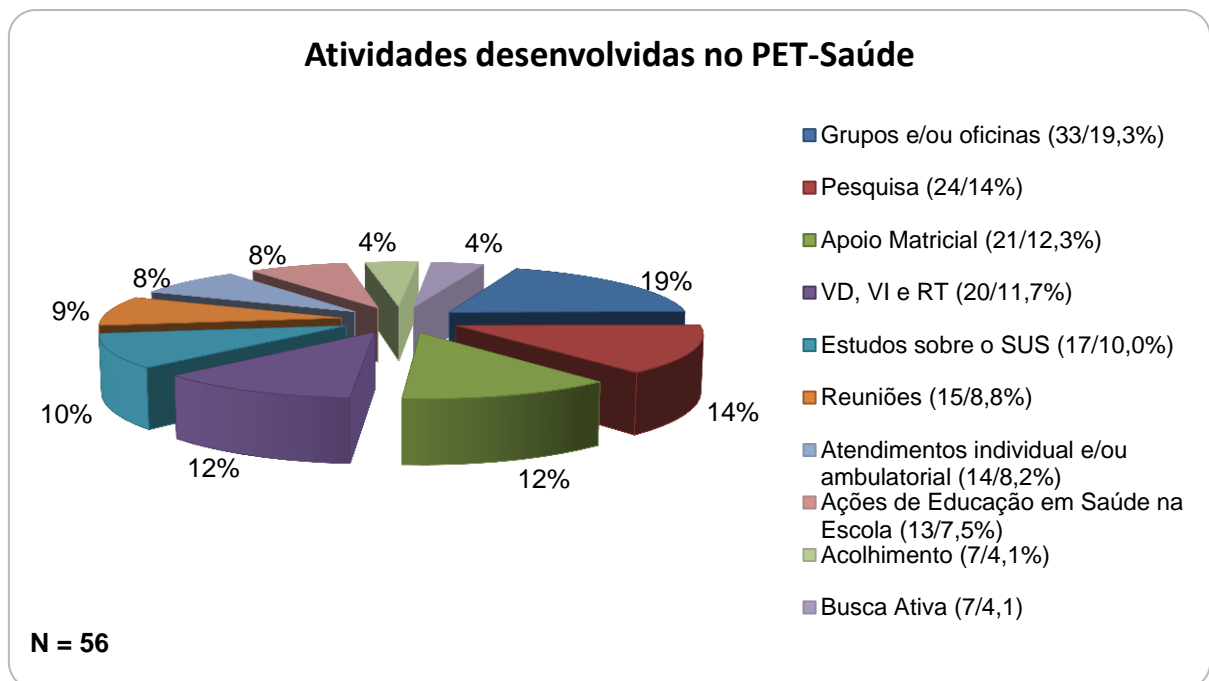
Iniciativa relevante, para que muitos alunos iniciem o contato com o SUS, entretanto, muito ainda precisa-se avançar, não somente nos currículos com um todo, mas também na proposta metodológica da disciplina de “Trabalho Integrado em Saúde”, pois a disciplina se propõe a debater o trabalho *integrado* em saúde, mas que é realizado de maneira individual, o currículo é único, mas os sujeitos continuam isolados. Ocorre a ofertada da disciplina nas 09 (nove) áreas da saúde, e cada uma a oferece, com um professor de sua unidade de ensino para os seus respectivos alunos.

A disciplina tem como um dos seus objetivos: “favorecer a integração ensino-serviço e comunidade, **desenvolvendo práticas interdisciplinares**, proporcionando a construção compartilhada do conhecimento”. (PUCRS/PROGRAD, 2014) (grifo da autora). No plano da disciplina não está descrito com serão realizado essas práticas interdisciplinares. Mas um conhecimento que será construído de maneira isolada, com um olhar de uma única área, pode proporcionar práticas interdisciplinares? O aprender coletivamente é importante, “não para eliminar as profissões, mas aprender, umas com as outras, tudo o que coloque um profissional real com maior capacidade de escuta, cuidado e cura diante de pessoas (usuários) reais” (CECCIM, et al, 2007. p 195).

Sobre as atividades desenvolvidas como participante do PET-Saúde, as atividades declaradas foram: 33/56 (19,3%) oficinas e grupos nas unidades de saúde que estavam inseridos; 24/56 (14,0%) participação em projetos de pesquisa nas mais diversas etapas, elaboração do projeto, coleta de dados, análise de dados e elaboração de relatórios; 21/56 (12,3%) referenciaram a participação em ações de Apoio Matricial e Interconsultas; 20/56 (11,7%) a participação em Visita Domiciliares (VD), Visitas Institucionais (VI) e Residenciais Terapêuticos (RT); 17/56 (10,0%) mencionaram os estudos sobre o SUS realizados tanto nas reuniões de preceptoria como nas unidades de saúde; 15/56 (08,8%) as reuniões de equipe; 14/56 (08,2%)

atendimentos individuais e/ou ambulatoriais; 13/56 Ações de Educação em Saúde nas Escolas Municipais; 07/56 (07,5%) Acolhimento em grupo ou individual e 07/56 (07,5%) a Busca Ativa aos usuários. Esta questão, assim como a que abordava os motivos que levaram a participação dos alunos no Programa, foi construída na forma de uma questão aberta, dando ao entrevistado a liberdade de apontar o que para ele era realmente relevante quando questionado sobre as atividades que desenvolvia como bolsista do PET-Saúde. O gráfico a seguir representa as atividades realizadas pelos participantes no PET-Saúde.

Gráfico 7 - Atividades realizadas pelos participantes no PET-Saúde.



Fonte: Sistematizado pela autora, com base nos dados coletados.

Na análise destes descritores, observou-se que nas atividades relatadas identificam-se atividades referentes aos três eixos do programa pesquisa – ensino – extensão, o que pode ser considerado positivo se atentar-se aos próprios objetivos do PET-saúde, que são: preparação para o SUS e a metodologia de ensino em serviço, deste modo contemplando os três eixos: ensino, pesquisa e extensão, ou seja, observa-se a relevância da participação no PET para a formação profissional.

A fala abaixo corrobora com os descritores identificados, pois reflete a realidade no cotidiano das unidades de saúde e como esta foi se desvelando no momento que a teoria foi fazendo sentido na realidade e como pesquisa ajudou a

compreender as dificuldades da unidade de saúde, onde o SUS deixa de ser “letra morta”²⁵ e passa a ser algo palpável.

– Bom, eu fui uma das primeiras a introduzir no campo em si do SUS, né, então eu observava que pra mim era um pouco mais fácil até para entender a fala dos profissionais, porque bom, naqueles encontros semanais que tinha diversas áreas, a medicina, odonto, farmácia e todas aquelas áreas. E bom, começava pela lei 8080, aquela coisa toda e o pessoal ficava muito assim, né [...] muito no início, eles não tinham tanta dimensão quanto eu que já estava indo mais pra prática assim, né. E aí depois que eles começaram parece que as coisas fluíram mais, porque daí bom, tu te dá conta tanto da parte prática, como também da parte teórica das questões assim, dos entraves, daquelas coisas da rede. Então a gente começa se dar conta da parte da pesquisa, e fica mais rico, porque tu começa a perceber realmente como é que funcionam mesmo. Aí eu aprofundava mais o diálogo nas reuniões de grupo, a discussão ficava bem mais rica. Não é só falar assim “ah o ideal é isso”, “o usuário deve fazer isso”. Não, tu vê que lá na outra ponta é diferente. É tu estar em uma Unidade de Estratégia da Saúde da Família e o pessoal “se virar” com as coisas que tem. Usar pote de sorvete pra botar os remédios, entende? Ah, vamos distribuir camisinha, ah, mas não é assim, né? Como é que a gente pode deixar a coisa um pouco mais fácil? Então deixou as coisas bem mais ricas quando todo mundo foi a campo mesmo. Aí ia a campo, voltava e discutia e debatia. Né [...] então ficou bem mais rico assim, do que uma coisa mais de ilusão, que a gente tem só quando lê a lei 8080. (#SerSocia213).

O acadêmico, nesta proposta metodológica, é convidado a conhecer a realidade, a olhar além do aparente, entender as conexões entre realidade e o conhecimento acadêmico. E ao desenvolver espírito investigativo, ir além do que está aprendendo nas disciplinas da universidade. Aspectos que serão evidenciados nas entrevistas realizadas na terceira etapa deste estudo.

Dentre os 56 questionários respondidos - 15 (26,7%) dos ex-bolsistas estão inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS) e contemplam plenamente os critérios de inclusão/ exclusão da pesquisa, que corresponde deste modo, ao numero de sujeitos da pesquisa. Observa-se que as formas usuais de inserção para trabalho no SUS se dão através de Concurso público²⁶, Programas de Residência ou serviços terceirizados. Neste sentido, é importante contextualizar que, desde 2009 (ano de criação do PET-saúde) ocorreram no Estado do Rio Grande do Sul 149²⁷

²⁵ Algo perdeu importância, que está esquecida, ignorada.

²⁶ Os Concursos públicos podem se dar através de Processos seletivos de Instituições públicas, privadas e públicas-privadas.

²⁷ No que se refere aos concursos por profissão: Enfermagem – 32; Medicina – 26; Fisioterapia – 21; Nutrição 18; Farmácia – 17; Odontologia – 15; Psicologia – 15; Serviço Social – 4 e Educação Física – 1.

concursos²⁸. Outro ponto a ser destacado é um superior investimento na formação em saúde a partir do Governo Lula²⁹.

Responderam ao questionário on-line 08/56 (53,3%) profissionais da Psicologia, 05/56 (33,3%) da Farmácia, 04/56 (26,6%) do Serviço Social, Nutrição, Educação Física e Enfermagem, 03/56 (20,0%) da Fisioterapia, Medicina e Odontologia. Uma informação relevante, obtida a partir dos questionários on-line é, em relação à busca de pós-graduação entre os graduados. Foram identificados 07/56 (12,5%) profissionais matriculados em cursos de mestrado e doutorado e, entre os sujeitos que estão cursando pós-graduação todos (100%) realizam estudos sobre a área da saúde, demonstrando que mesmo não estando inserido diretamente no SUS, o interesse em estudá-lo permanece. O quadro a seguir apresenta as áreas de formação dos profissionais respondentes, relacionando estes aos critérios de inclusão/exclusão do estudo.

²⁸ Informação obtida no site PCICONCURSOS. Disponível em: <<http://www.pciconcursos.com.br/>>. Acesso em fevereiro de 2014.

²⁹ Essa linha de tempo encontra-se no capítulo 4.

Quadro 8 - Áreas de formação dos profissionais respondentes (56), relacionado aos critérios de inclusão/exclusão do estudo.

		E.F. ³⁰		Enf. ³¹		Farm. ³²		Fisio. ³³		Med. ³⁴		Nutri. ³⁵		Odonto. ³⁶		Psico. ³⁷		Serv. Soc. ³⁸		TOTAL		N =	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
		Trabalham no SUS critérios de inclusão	RMS ³⁹	2	3,5	-	-	-	-	-	-	-	-	3	5,3	-	-	2	3,5	3	5,3		
RM ⁴⁰	-		-	-	-	-	-	-	-	2	3,5	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3,5		
Atenção Básica	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8		
Alta Complexidade	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8	-	-	-	-	-	-	1	1,8		
Saúde Mental	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8		
Não trabalham no SUS critérios de exclusão	Graduação	1	1,8	2	3,5	4	7,4	3	5,3	1	1,8	6	10,7	1	1,8	2	3,5	4	7,4	24	43,2	41	73,2
	Pós-Graduação	-	-	2	3,5	-	-	-	-	-	-	1	1,8	1	1,8	1	1,8	2	3,5	7	12,4		
	Iniciativa privada	1	1,8	-	-	1	1,8	-	-	-	-	1	1,8	-	-	1	1,8	-	-	4	7,2		
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8	-	-	2	3,6	3	5,3	6	10,7		
Total		4	7,1	4	7,0	5	9,2	3	5,3	3	5,3	13	23,2	3	5,4	8	14,2	13	23,3	56	100,0	56	100,0

Fonte: Sistematizado pela autora, com base nos dados coletados.

³⁰ Educação Física.

³¹ Enfermagem.

³² Farmácia.

³³ Fisioterapia

³⁴ Medicina

³⁵ Nutrição

³⁶ Odontologia

³⁷ Psicologia

³⁸ Serviço Social

³⁹ Residência Multiprofissional em Saúde.

⁴⁰ Residência Médica em Saúde.

5.3 TERCEIRA ETAPA: ENTREVISTA

A TERCEIRA FASE da coleta de dados, denominada ENTREVISTAS, tinha o propósito de entrevistar dois profissionais de cada área - sujeitos da pesquisa. Porém, os participantes das áreas de medicina (02) e odontologia (01) que responderam ao questionário on-line manifestaram não ter interesse em participar desta etapa da pesquisa. Também não foram entrevistados profissionais dos cursos de Enfermagem e Farmácia, pois foi identificado, pelo questionário on-line, que estes profissionais trabalham na iniciativa privada e não atendem ao critério de trabalharem no SUS.

Assim, foram realizadas 07 entrevistas, com os profissionais graduados em Serviço Social (02/28,6%), Psicologia (02/28,6%), Nutrição (02/28,6%) e Educação Física (01/14,3%). Em relação ao local da inserção profissional, foi identificado que 10/15 (66,7%) estão realizando Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), 02/15 (13,3%) Residência Médica (RM) e nas áreas de Alta Complexidade, Saúde Mental e Atenção Básica 01/15 profissional (6,7%).

Este subcapítulo está organizado em dois subitens, cada um deles representa uma das categorias centrais analisadas – ensino em serviço e trabalho multidisciplinar. Destas duas categorias de análise, emergem as subcategorias integração ensino-serviço, trabalho, educação permanente, currículo, preceptoria, que são abordadas transversalmente nestes dois subitens.

5.3.1 Metodologia de ensino em serviço: a formação intra/exta-muro acadêmico

O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), objeto desta Dissertação, tem como pressuposto a metodologia de integração ensino-serviço. Proposta que tem como locus de preocupação a formação dos futuros profissionais da saúde. Albuquerque et al (2008, p. 357) conceituam integração ensino-serviço como

o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços.

Nesta perspectiva, como verificado na fala da #NUTRI122, essa metodologia é um diferencial na formação profissional em saúde, pois potencializa o aprendizado do acadêmico, desmitificando a realidade no cotidiano das Unidades de Saúde (US), e coloca o usuário como sujeito principal. Onde os projetos devem se adequar as demandas da população e não o contrário.

– Aqui como era um projeto novo, que tinha a pouco sido aprovado, então a gente começou a construir os objetivos desse projeto. O que seria feito em relação a academia de saúde, primeiramente a gente teria os equipamentos para os usuários fazerem exercícios. Depois a gente viu que primeiro precisava ver a demanda deles [usuários], vê se eles queriam aquilo, vê se nos lugares que eles habitam, se tinha essa possibilidade e de que outras formas nós poderíamos fazer outras ações que não fossem diretamente com equipamento e de educação física, mas que eles pudessem também, exercitar a saúde e o exercício por assim dizer, que era o foco da academia da saúde, com diabéticos e hipertensos. (#NUTRI122).

A metodologia utilizada no PET-Saúde ultrapassa os muros acadêmicos, pois ocorre concomitantemente dentro e fora dos muros da universidade. Os estudantes vão além de conhecer a realidade dos serviços de saúde, eles têm a possibilidade de desenvolver competências, que o qualifiquem para o trabalho em saúde, dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A competência é “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo”. (FLEURY; FLEURY, 2001, p. 188). É a interface entre conhecimento, habilidade e atitude, o trabalho em saúde deixa de ser algo idealizado e passa a ser algo concretizado. Na fala de #NUTRI122, evidencia-se a compreensão sobre o desenvolvimento de competências para o trabalho em saúde.

– Acho que com certeza, a gente amadurece muito, aprende a respeitar, a ouvir, a saber se colocar, sim, foi muito importante para Residência e continua sendo. Porque, eu acho que a gente vai estar sempre em constante aprendizado e por isso é tão importante esse tipo de projeto com PET e como a vivência da Residência, porque depois os profissionais, que trabalharam direto com o SUS, eles já vêm com essa bagagem, já vêm com essa experiência, isso vai se tornando automático, mas claro, enfim, acho que isso para o futuro é muito importante para quem vai trabalhar no SUS. (#NUTRI122).

A integração ensino-serviço proporciona o desenvolvimento de competências para além da transmissão de informação, é o resultado da construção

de conhecimento a partir de cenários da prática, a aprendizagem é realizada em situações reais das unidades de saúde. É o domínio intelectual e o saber agir, baseado em experiências adquiridas durante a formação. Que resultam em competências, habilidades e atitudes desenvolvidas pelos sujeitos quando inseridos no PET e corroboram com o trabalho em saúde realizado hoje enquanto profissional.

“A inserção dos alunos nos diversos Serviços de Saúde representa importante instrumento de familiarização com as peculiaridades do SUS, e acrescenta qualidade ao atendimento prestado aos cidadãos” (CORBELINNI et al, 2011, p. 83), pois esse processo é possível revisitar a todo momento o conhecimento e readequá-lo quando necessário a realidade que se apresenta dentro das unidades de saúde. E assim, o processo formativo possibilita que as relações de trabalho e a produção do conhecimento estejam intrinsecamente interligadas.

Colocar isto em análise faz com que os trabalhadores, alunos, professores e usuários se coloquem no centro dos processos de aprendizagem, afetando e sendo afetados pelo que produzem em todos os âmbitos do conhecimento e para a efetiva transformação do fazer em saúde. (AGUINSKY, PROENÇA, ALTAMIRANO, 2011, p. 94).

Todavia o que se evidenciou nas entrevistas é que tutores e preceptores, nem sempre, são vistos neste processo de aprendizagem de forma integrada.

Os sujeitos pesquisados destacam a necessidade de haver uma maior integração entre bolsista – tutor – preceptor, principalmente entre o tutor e o preceptor. As reuniões multiprofissionais com o tutor precisam estar mais próximas das atividades realizadas nas unidades de saúde junto ao preceptor, como pode ser evidenciado na fala de #SerSocial217:

– Eu acho assim uma metodologia muito boa, tanto é que isso depois me fez buscar a residência e me motivou pra isso. Acho que, enfim, articular isso é essencial. Tinham uns espaços ali de textos, que depois a gente discutia. Tanto textos sobre o SUS e discutia um pouco da prática, mas eu acho que faltava mais articulação, assim. Enfim, de poder discutir mais a prática nesses espaços Apesar de ver que bom, que contribuiu bastante pra formação. Teve espaços sim de tu discutir o SUS, enfim, e também a questão da prática lá do cotidiano, assim. Mas eu acho que poderia ter mais ainda. De poder discutir mais o cotidiano mesmo. Ah, o que tu tá fazendo? Discutir mais a prática, sabe? Tipo, vamos fazer uma roda de conversa, vamos falar do que precisa fazer mais e mais. A gente poderia ter isso, assim. Entendo que, claro, muitos cursos aí não tinham muito conhecimento também sobre o SUS. Então era um espaço bem pra isso, pra se aproximar do SUS teoricamente, com essa didática assim. Acho que contemplou assim, mas acho que sempre ficou um desafio de poder alcançar mais

ainda. Não sei como tá hoje. Acho que daqui a pouco hoje, se existe este movimento maior. Mas acho que a metodologia é super boa. É isso aí mesmo que tem que se pensar, mas daqui a pouco poderia tá um pouco mais articulado. Mais espaços para discutir a prática, por exemplo, o preceptor com o tutor se articular mais. De aproximar mais. Porque o tutor sabia mais o que a gente trazia. Bom, mas daqui a pouco podia aproximar esse tutor desse preceptor e do estudante, né? Acabava que não via muito essa tríade. Eu acho que eu senti falta disso. Senti mais trazido isso por nós. A comunicação que tu tinha era mais a que a gente trazia, assim, do espaço que a gente estava, mas daqui a pouco podia ter trazido também tanto os trabalhadores, né, lá do serviço Que eu acho que era mais por nós. Senti falta dessa integração. (#SerSocial217).

Entre avanços e limites, a interface ensino/trabalho deve ser elaborada para tornar-se espaços efetivos de diálogo entre o trabalho e a educação, espaços de cidadania, de modo que todos exerçam seus papéis sociais na confluência de seus saberes, e nos modos de ser e de ver o mundo.

Quanto à articulação, no que se refere aos cenários de prática, a SMS [Secretaria Municipal de Saúde] identifica as condições locais para inserção dos alunos, orienta a distribuição deles por serviço e providencia adequação dos cenários para recepção dos acadêmicos. Cabe à Gerência Distrital de Saúde a escolha dos locais e dos profissionais que deverão receber e acompanhar *in loco* os alunos. Entretanto, os Coordenadores de Curso/estágio sempre dialogam antes com a Gerência para sugerir campos de estágio. (THIESEN, CORBELLINI, GUSTAVO, 2011, p. 55).

Segundo a entrevistada, da área da psicologia (#PSICO170), haviam pontos muito organizados, como a questão da orientação, que ocorria de forma inter-relacionada com os demais membros do grupo:

– Eu acho que (...) o que a PUCRS conseguia organizar, a parte mais acadêmica, essa questão da orientação do tutor da profissão, era muito bom, até porque a gente discutia, até cada um estava num lugar, estava num grupo. E essa tutoria também era multiprofissional, né, a parte da tutoria multiprofissional essa troca foi muito boa, acrescentou muito na minha formação.

Para a entrevistada, “- o que estava um pouco atrapalhado era a prática profissional, até porque a gente estava se inserindo naquele momento, então nem a gente sabia bem o que era, para poder deixar claro pra eles, até aqui é o PET”. Um ponto confuso, para a psicóloga entrevistada, era a falta de compreensão, por parte dos profissionais, sobre o que era de fato o PET-Saúde:

– Então, isso era uma coisa que deveria ser melhor organizada, a questão daquela prática, até porque os nossos supervisores dessa prática também não estavam por dentro do que era bem o PET, o que fazia o que não fazia, então eles colocavam a gente para fazer o que eles faziam e as vezes era meio separado porque vinha dessa lógica cada um faz o seu, durante o meu tempo, as minhas atividades enquanto psicóloga lá era muito individualizada, eu sentia essa parte do trabalho multi mesmo na hora da supervisão que ai eu me dava conta de várias coisas que ali não tinha como, tá tinha as reuniões de equipe, a equipe da unidade. A reunião era com toda a equipe da unidade, mas não era a mesma troca que a gente tinha ali, até porque tinham questões burocráticas, as reuniões multiprofissionais eram muito para discutir questões burocráticas da unidade, não era pra discutir sobre o paciente, não era pra discutir sobre o usuário, é para discutir as coisas administrativas. Mas eu acho que muito boa essa parte toda, que era organizada pela universidade, funcionava muito bem, esse tempo de 4hs por dia era muito bom também, acredito que hoje a coisa deve estar bem melhor organizada, já deve estar mais estabelecido o que se deve fazer, o que se pode fazer, o que se pode abrir de campo (#PSICO170).

O que se observa é uma tendência à reprodução da prática profissional do preceptor nas orientações ao bolsista. Cabe salientar que este profissional (o preceptor) é um profissional que se encontra em seu ambiente de trabalho, com suas demandas de trabalho a serem cumpridas e a preceptoria é uma tantas tarefas que ele executa em um dia de trabalho. O que se pretende destacar aqui é o descompasso entre as instancias que devem acompanhar o bolsista, o que dificulta o processo de formação do acadêmico voltado para a integração das metodologias de ensino do PET: a formação pelo trabalho.

O trabalho é elemento central da produção dos serviços de saúde, materializados no cuidado em saúde prestado à população usuária. Assim, se caracteriza por ser trabalho vivo em ato, no qual ganha destaque a sua dimensão relacional (campo das tecnologias leves), posto que incide no complexo objeto da saúde. (MERHY, 1998). Neste processo não somente os usuários como os profissionais vivenciam o processo saúde-doença e as distintas necessidades dele decorrentes. Como o atendimento domiciliar que é necessário em alguns momentos, como exemplificado na fala do profissional #ED. FÍSICA2, o cuidado com a família, a assistência para além do diagnóstico e da entrega do medicamento.

– E tinha um usuário que eu acompanhava em VD [visita domiciliar], que era uma situação bem crítica, de ele ser usuário de álcool e a esposa terem um transtorno. Eles não conseguiam se organizar assim, como o horário de tomar o medicamento. Então eu ia com duas meninas do serviço social fazer VDs quase que toda a semana, para auxiliar nesse processo de reorganização. (#ED. FÍSICA2).

Trabalho que deve ser realizado de maneira coletiva e multidisciplinar, que é permeado de por tensões e características próprias da área da saúde, constituindo processos de trabalho, efetivado conjuntamente pelos profissionais da saúde. E nesse processo de mudança dos modelos de trabalhar em saúde, é necessário preparar o futuro profissional para isso – trabalhar multidisciplinarmente.

5.3.2 Trabalho Multidisciplinar: competência aprendida no cotidiano em saúde.

Na atual Política de Saúde, urge a necessidade de reconfigurar o trabalho em saúde, de práticas realizadas antes de maneira individual, muitas vezes por um médico, para ações desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, para alcançar resultados não somente sobre a doença, mas sobre os determinantes sociais que interferem nos processos saúde-doença. Entretanto a formação de muitos desses profissionais foi realizada para atuarem de maneira individualizada, impactando negativamente no cotidiano das equipes de saúde, onde cada profissional atua isoladamente e atendendo ao usuário do serviço de “maneira fatiada”.

No entanto, sabemos que o trabalho em saúde não pode ser engendrado isoladamente. Assim, a pergunta que podemos fazer é: como podemos frente às condições objetivas (que são permeadas por expressões da histórica cultura do não público neste país e no êxito do projeto neoliberal), construir um trabalho que efetive direitos? (MATOS, 2013, p. 53).

Corroborando com essa perspectiva, ao se analisar as falas dos participantes deste estudo, a categoria que emerge com maior frequência é o trabalho multidisciplinar, competência que desenvolveram nas atividades desenvolvidas no Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde). Inclusive sendo uma marca do seu trabalho quando ingressaram no SUS.

*– E o primeiro ano todo eu tive que ficar todo dentro da internação psiquiátrica e era muito fechada. A pessoa internava ali, recebia a alta e “te vira”, sabe? E eu estava há um ano no PET, trabalhando lá na ponta [atenção básica] sabendo que **não adiantava só a pessoa sair do hospital com uma nota de alta. Tinha que ter todo um trabalho de reinserção, sabe? Que às vezes a pessoa não tinha nenhum vínculo com o serviço de saúde. Tipo [...] tinha que pelo menos tentar agendar uma consulta com alguém, para aquela pessoa não se perder, porque lá na Equipe de Saúde Mental eu via o dia que eles chegavam da internação e já tinham uns horários pra quem eram egressos de internação e tinha toda essa preocupação de estar vinculando aos serviços de saúde, a buscar coisas no***

*território. Daí quando eu cheguei na internação ninguém fazia nada disso. E aí tinham pessoas internadas há três, quatro meses ali e recebendo alta assim oh... “te vira”. **E aí eu tinha uma colega que tinha feito estágio no CIAPS, um tempo e aí a gente se juntou e fez um projeto que a gente deu o nome de Rede de Apoio.** Que era isso, assim, era pensar como é que a pessoa ia sair daqui do hospital. **Então quando ela estivesse internada a gente ia fazer contato com a rede, ver se tinha vinculação com o serviço de saúde, se tinha que ir para o CAPS,** como é que ia encaminhar, como é que ia fazer. Tem que fazer VD [visita domiciliar], porque eu tinha isso muito da minha vivência do PET, assim. **Eu fazia isso todos os dias lá na equipe** e quando eu cheguei aqui na internação, não tinha nada. E aí a gente fez esse projeto, foi meio difícil no início, mas no final, assim, todo mundo já estava meio acostumado com a realidade. **Chegava alguém que tinha muitas internações, que não tinha boa adesão ao tratamento, daí a chefe de equipe olhava: “Gurias da ‘multi’”, acho que vocês vão ter que pegar esse caso”.** E foi muito do que eu aprendi do PET, assim, porque aqui na residência eu não teria tido essa formação. (#ED. FÍSICA2).*

Na fala, os destaques em negrito ressaltam no texto a essência do que se pretende abordar nesse momento. O trabalho em equipe é parte integrante e indispensável para o desenvolvimento das atividades do setor saúde, e ver o atendimento em saúde de forma ampliada, para além da ausência de doença, é a promoção de saúde. É realizar um atendimento na alta complexidade e saber que para promover saúde é necessário estar em contato com a atenção básica. Ao se trabalhar nesta perspectiva rompe – se com o modelo médico-assistencial privatista⁴¹. (MATOS, 2013).

O novo modelo de atenção à saúde exige profissionais críticos, conhecedores da realidade e principalmente comprometidos com ela, que estejam preparados para novos desafios, que orientem ações coletivas. Que contribuam não somente de forma individualiza com o usuário, mas também transformem os espaços que estão inseridos para proporcionar um atendimento integral. (AGUINSKY, PROENÇA, ALTAMIRANO, 2011). O PET-Saúde surge como um importante modelo de integração entre as profissões, e possui como cerne o estímulo ao desenvolvimento da interdisciplinaridade no contexto da Estratégia Saúde da Família. Assim, desde a implementação do PET-Saúde é provocada a flexibilização e uma “sutil” oportunidade de um fazer interdisciplinar em todos os níveis de atenção.

⁴¹ Não houve a possibilidade neste estudo de ouvir como os profissionais da medicina que passaram pelo PET-Saúde para constatar o que pensam sobre o trabalho multidisciplinar e nessa descentralização da prática médica no atendimento em saúde, pois como já referido (capítulo 2 – Aspectos Metodológicos da Pesquisa), estes declararam não ter interesse em participar da pesquisa.

A realização das atividades no PET-Saúde é pautada no trabalho em equipe, buscando o comprometimento e a participação de todos os acadêmicos, procurando assim que as diversas áreas interajam de modo a resultar na construção conjunta do conhecimento. As falas a seguir demonstram duas questões: uma que o trabalho realizado no PET-Saúde é coletivo e desenvolvido no cotidiano das atividades e outra, o universo acadêmico precisa flexibilizar essa integração.

– A gente pelo menos uma vez por semana se reunia todos, para discutir o que seria feito e o que tinha sido feito na semana anterior. E aí dentro disso, dentro das aulas de cada um, por causa das aulas da faculdade, a gente se dividia em duplas ou trios, que variava, não era sempre com a mesma pessoa para ir aos locais visitar e também para nos reunir aqui, para fazer as atividades de pegar os dados que foram coletados e transferir para planilha, assim a minha experiência foi bem multi. (#NUTRI124).

– Pois é, essa coisa de inter, interdisciplinar, multidisciplinar, era muito, eu acho que era sempre uma busca pelo inter, né. Pela essa coisa de ter um viés, onde cada um pudesse trazer sua contribuição, a gente trabalhava o tempo todo assim, multiprofissional, mas sempre buscando esse olhar mais assim, interdisciplinar ou transdisciplinar. A gente discutia muito isso, o legal era que a gente podia discutir muito isso. (#PSICO170).

A vida cotidiana faz parte da vida de todo o ser humano, nela desempenha-se atividades que se repetem sistematicamente. Pensar cotidiano é pensar no dia-a-dia, em rotinas, em repetições, em familiaridades. O termo cotidiano deriva do latim *cotidie* ou *cotidianus*, significa: todos os dias, o comum, o habitual (HELLER, 2000; GUIMARÃES, 2002)⁴². “No cotidiano o que importa para o homem é a resposta para suas necessidades imediatas” (MATOS, 2013, p. 84). Entretanto o cotidiano também pode ser surpreendente, pois como assegura Guimarães (2002, p. 11) cotidiano é “descobrir o incomum no repetido”.

E ao “(des)acomodar” o acadêmico do seu processo de construção do saber tradicional entre “pares” e/ou entre “iguais”, convoca-o a construir um saber coletivo em saúde pública, através do cotidiano dos serviços de saúde. Essa troca de experiências, sob a ótica do trabalho multiprofissional viabiliza uma abordagem integral e com maior resolubilidade, através do planejamento de ações de saúde mais eficazes (FERREIRA, 2011). Através do fazer diário, o acadêmico percebe a importância do trabalho multidisciplinar, e também dos princípios assistenciais e

⁴² O conceito da categoria cotidiano esta descrito no capítulo 2 - Aspectos Metodológicos da Pesquisa.

organizativos do SUS, possibilitando o atendimento da população de forma universal, integral e com equidade.

– O SUS tem um modelo muito bom no papel e na prática razoável. Então a gente tem que aprimorar assim... eu acho que quanto mais a gente agrega coisas, mais a gente amplia o nosso pensamento. Isso é fundamental na prática depois. (#PSICO191).

– É uma experiência que infelizmente poucos acadêmicos têm, porque, enfim, tem um número limitado de vagas. Esses projetos para o pessoal da área da saúde, é a única oportunidade de ter essa vivência, interdisciplinar e multidisciplinar, que a gente acaba saindo do nosso núcleo e vendo que a saúde é muito mais que isso e o quanto é importante a gente fazer as trocas, apreender com as outras profissões, saber trocar, não estar sempre focado na nossa profissão, acho que isso é bem importante para quem quer trabalhar com saúde de uma forma geral e principalmente para quem quer trabalhar com atenção básica/atenção primária, porque é assim que funciona, se não for assim, não funciona, não é atenção básica. (#NUTRI122).

O que se observa é o diferencial na formação dos alunos que foram bolsistas PET-Saúde, preconizando a necessidade de atuação multiprofissional na área da saúde. Contudo, conforme a fala acima (#NUTRI122) surge uma preocupação com a formação em nível universitário daqueles que não tiveram essa experiência. Dentre os 4.286 alunos matriculados dos cursos da área da PUCRS⁴³ contemplados com editais do PET-Saúde, apenas 224 participaram do programa no período de 2009 a julho de 2013, representando menos de 10% (5,23%) de alunos que têm a possibilidade de vivenciar essa experiência diferenciada na sua formação. Fica o questionamento – e os outros 95%, passam por experiências que possibilitem a compreensão de um atendimento integral em saúde? Têm a possibilidade do desenvolvimento de habilidades como o trabalhar multidisciplinarmente? Desta forma pode-se problematizar uma emergente necessidade da discussão da formação para atuação na área da saúde no âmbito das graduações, que deve contemplar o mesmo modelo de atenção e atuação em saúde.

Contudo, apesar da proposta do PET-Saúde, valorizar e estimular o trabalho em equipe no cotidiano, segundo os entrevistados essa é uma prática que somente os bolsistas desenvolvem. Apesar de serem incentivados a realizar ações coletivas

⁴³ Na data de 03/07/2014 foi solicitada a Central de Atendimento ao Aluno PUCRS o número de alunos matriculados nos cursos de Psicologia, Educação Física, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, Enfermagem, Odontologia, Medicina e Farmácia referente ao período 2014/1. A informação foi remetida por e-mail.

nas reuniões de tutoria, quando inserido no trabalho da equipe de saúde o que relatam é que ocorria a reprodução do trabalho individualizado e resistência à proposta de mudanças na prática profissional. Observa-se que os tutores e os preceptores, até o presente momento, são profissionais que tiveram suas formações em um modelo de atenção diferente da atual proposta, e assim também se encontram em fase de construção deste novo referencial de saúde.

– Até porque os nossos supervisores dessa prática também não estavam por dentro do que era bem o PET, o que fazia o que não fazia, então eles colocavam a gente para fazer o que eles faziam e as vezes era meio separado porque vinha dessa lógica cada um faz o seu, durante o meu tempo, as minhas atividades enquanto psicóloga lá era muito individualizada, eu sentia essa parte do trabalho multi mesmo na hora da supervisão que aí eu me dava conta de várias coisas que ali não tinha como. (#PSICO170).

– Porque eu tinha uma preceptora que ela era muito engessada. Então tudo que eu via de errado na teoria, eu via ela fazendo de errado na prática, sabe? E eu não [...] eles não conseguiam juntar isso, casar, então eu meio que troquei de preceptora ao longo do caminho, assim. Ela era minha preceptora formal, mas eu tinha uma outra da equipe que estava aberta a receber as coisas que a gente estava trazendo da academia, assim. Então era uma dificuldade bem grande. As vezes a gente chegava com todo o embasamento teórico. Não, mas só um pouquinho. Eu faço isso há vinte anos e tu está querendo me dizer que eu não vou mais fazer, que não é assim? Tá na faculdade. Sabe? Era a maior dificuldade que a gente tinha (#ED. FÍSICA2).

Nas falas evidencia-se que os profissionais reproduzem para o bolsista a formação receberam, onde o estudante se inseria no serviço para reproduzir e complementar as metas a serem alcançadas pelos trabalhadores da saúde nas unidades. Deste modo percebe-se que não é possível pensar mudanças na formação dos profissionais de saúde sem a discussão sobre articulação ensino – serviço, considerando-a um espaço privilegiado para uma reflexão sobre a realidade da produção de cuidados e necessidade e transformação do modelo assistencial vigente em um modelo que considere como objetivo central as necessidades dos usuários.

A dimensão ontológica do trabalho, enquanto processo de transformação/produção dos sujeitos, situa a importância dos processos educativos a partir do mundo do trabalho. Assim, ganha destaque o processo de educação permanente do trabalhador, no cotidiano do SUS, voltado para a qualificação do atendimento às necessidades em saúde.

A educação permanente em saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma 'prática de ensino aprendizagem' e como uma 'política de educação na saúde'. [...] Como 'prática de ensino-aprendizagem' significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança. [...] A 'educação permanente em saúde' não expressa, portanto, uma opção didático-pedagógica, expressa uma opção político-pedagógica. (CECCIM, FERLA, p.162-163).

A integração ensino e serviço potencializa práticas de educação permanente, os atores envolvidos tem a possibilidade de “transformação da realidade, constituição de modos de existência e criação de novas formas de gestão dos processos de trabalho” (BRASIL/MS, 2014). A fala do sujeito #SerSocial217, corrobora com a perspectiva que ao intervir na realidade, como um método de ensino-aprendizagem, não somente o acadêmico desenvolve conhecimentos, habilidade e atitudes, mas o todos os atores envolvidos.

– Então eu acho que no final o bacana foi que aquela profissional da atenção básica, estava trazendo coisas que a gente (bolsistas pet-saúde) trazia. Eu contribuí enquanto assistente social, e tinha a contribuição da psicologia também. Então ali que eu vi que a gente foi pra além de um trabalho de um só profissional, que o saber se agregou, assim. A partir dali se construiu algo conjunto, algo interdisciplinar.

O aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações, possibilitando a transformação das práticas profissionais. Ela se ressignifica e se (re)constrói nos processos de trabalho - habilidades técnicas se desenvolvem. Ao aproximar o mundo do trabalho ao mundo da educação, os atores envolvidos são sujeitos de sua própria formação e se desenvolvem por meio da reflexão sobre seu lugar no mundo, sua realidade e suas vivências (FREIRE, 1989).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

[...] claro que quando chegar ao fim do meu passeio saberei mais, mas também é certo que saberei menos, precisamente por mais saber, por outras palavras, a ver se me explico, a consciência de saber mais conduz-me à consciência de saber pouco, aliás, apetece perguntar, que é saber [...] (José Saramago).

Ao final deste estudo observa-se que o conhecimento sobre as implicações da experiência dos alunos de graduação como bolsistas no Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) na busca compreender de que forma essa participação contribuiu para que, agora profissionais, tenham a pretensão e os conhecimentos necessários para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), teve significativos avanços, suficiente para responder ao problema pesquisado: *“De que forma a experiência junto ao PET-Saúde contribui para uma formação profissional em saúde voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS)?”*

Entretanto ao conhecer mais, “também é certo que saberei menos”, e que este é o término, mas também, o início de futuros estudos. Pois, o que se observa, é que a formação universitária deve preparar para o trabalho, isto é, para pensar além dos muros acadêmicos, entretanto, o que se percebe é a padronização do acadêmico, é a formação de um futuro trabalhador que desenvolva suas atividades na lógica da competitividade e do individualismo – apto para trabalhar com o outro, mas principalmente capaz de superar o seu colega de trabalho.

Na atual conjuntura econômica uma das alternativas para humanizar a humanidade é que a educação retome o seu papel em formar não somente mão – de – obra, mas sim preparar seres humanos para trabalhar com seres humanos. “[...] uma reformulação significativa da educação é inconcebível sem a correspondente transformação do quadro social no qual as práticas educacionais da sociedade devem cumprir as suas vitais e historicamente importantes funções de mudança”. (MÉZÁROS, 2008, p. 25).

Neste cenário surgem os programas de ensino em serviço – no âmbito da pós-graduação as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) e na graduação o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), que

possuem como objetivo diminuir o descompasso entre a formação universitária e a realidade dos serviços de saúde.

O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) é desenvolvido na PUCRS desde o ano de 2009 e até julho de 2013 participaram do programa 224 alunos bolsistas, oriundos dos cursos de: Serviço Social, Farmácia, Medicina, Psicologia, Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Odontologia. Inseridos nos diversos projetos desenvolvidos - PET-Saúde; PET-Saúde/Saúde da Família; PET-Saúde/Vigilância Sanitária; PET-Saúde/ Saúde Mental /Crack; PRÓ-Saúde/PET-Saúde e PET – Redes de Atenção.

Os achados da pesquisa apontam que:

- As áreas da Farmácia, do Serviço Social e da Odontologia são aquelas que possuem maior número de participantes no PET-Saúde e os alunos dos cursos de Educação Física e Fisioterapia são os de menor representatividade, porém, sobre este aspecto, há de considerar-se que estes cursos não estavam incluídos quando no desenvolvimento dos programas PET-Saúde (2009/10) e PET-Saúde da Família (2010/11);

- Os sujeitos da pesquisa declararam que escolheram participar do PET – Saúde para vivenciar o SUS, principalmente no que se refere ao trabalho na atenção básica; a possibilidade da vivência multidisciplinar em saúde; a integração ensino - pesquisa – extensão; a possibilidade de construir um bom currículo para realizar RMS; e Bolsa - Auxílio entre outros motivos não apresentados.

Apesar da inserção em programas voltados para a formação em saúde, as grades curriculares ainda reproduzem os modelos já constituídos anteriormente e, desta forma, estão em descompasso às novas configurações do sistema e da política de saúde brasileira. A atual política de saúde prioriza a atenção e o atendimento integral a saúde, relocando o atendimento clínico como uma das etapas do processo de saúde da população.

Percebe-se o investimento das Instituições de ensino superior em participar de Programas subsidiados por parcerias entre o Ministério da Saúde e Educação, entretanto essa participação pouco tem repercutido nos currículos, e como apontam os dados deste estudo e não respondem principalmente as necessidades dos acadêmicos que buscam em programas como PET diminuir o descompasso entre a universidade e a realidade em saúde. Como meio para diminuir essa lacuna, avanços

ocorreram, mas com impactos pouco significativos. Com destaque, para a disciplina integrada “Trabalho, integrado em saúde”, disciplina que será ministrada para todas as áreas da saúde, que implantada no primeiro semestre de 2014.

Compreende-se que as alterações nas grades curriculares das IES necessitam de investimentos em médio prazo, e que o investimento em Programas, cujos incentivos têm sido quase que permanentes, significam além da oportunidade de estudantes aproximarem-se da prática da saúde pública, outros benefícios como a experiência interdisciplinar e pensar em saúde para além do consultório, de uma forma mais ampliada.

- Em relação ao número dos ex-bolsistas que atualmente atuam como profissionais no SUS observou-se que 26,7% dos respondentes do questionário online (56) encontram-se neste campo de atuação, e, entre os profissionais que atuam no SUS, a busca pela formação continuada ocorre através de cursos de mestrado/doutorado, especializações e, com destaque para a busca pelas Residências Multiprofissionais.

Dentre os sujeitos entrevistados destaque para:

- A *metodologia* de integração ensino-serviço que beneficia não somente o acadêmico, mas também professores e trabalhadores da saúde, pois estes precisam desenvolver suas práticas nesse novo modo de fazer e ensinar os futuros trabalhadores da saúde. Este trabalho em conjunto é valorizado na fala dos sujeitos pesquisados, demonstrando que esses profissionais contribuem para que teoria e realidade tenham o mesmo sentido. Nesta proposta, o serviço passa a ser *lócus* de pensar, fazer, aprender e transformar as práticas ultrapassadas e fragmentadas, desenvolvendo práticas que considerem o usuário como sujeito capaz de responsabilizar-se pelo seu cuidado.

- O trabalho multiprofissional surge com o grande diferencial do programa, nas falas evidencia-se que o trabalho multidisciplinar para os hoje profissionais da saúde, é algo natural, que foi aprendido nas atividades coletivas realizadas no PET-Saúde. Deste modo a formação sai do modelo biomédico e passa para o atendimento integral em saúde, onde cada um dos profissionais contribui com o seu saber de forma horizontal.

- Observa-se também, a necessidade de pensar a formação profissional em saúde para além dos programas de ensino em serviço, estes são fomentadores de

novas propostas de formação em saúde, mas não devem ser a única, ou o fim único de propostas de investimentos para a preparação dos profissionais da saúde. É necessário que mudanças efetivas passem a ser formuladas nos currículos e propostas de currículo integrado possam ser pensadas para as diversas áreas da saúde.

Dentre o que foi apresentado, a metodologia de ensino em serviço empregada no Pet-Saúde trata de um método de ensino que se baseia na interface ensino-trabalho, para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes no trabalho em saúde. Onde o agente educador não é somente os professores das instituições de ensino, mas também os trabalhadores da saúde. Metodologia que pressupõe transformações no acadêmico, mas também, nos trabalhadores da saúde, nos professores, nas universidades e nos serviços de saúde, que provoca repensar os modos de ensinar, os modos de apreender e os modos de trabalhar em saúde.

Metodologia de Ensino em Serviço que deve provocar: mudanças curriculares para transformar a formação profissional em saúde, a educação continuada e permanente dos trabalhadores da saúde e dos professores, o desenvolvimento e a aprendizagem do trabalho multiprofissional, a humanização dos serviços de saúde e também a integração ensino – serviço.

Ressalta-se que o processo de consolidação do SUS está diretamente relacionado com atuação dos trabalhadores da saúde, seja pelo papel estratégico no processo de disputa entre os projetos de saúde, no protagonismo frente à construção de ações que afirmem a reorientação do modelo assistencial, bem como pela centralidade do trabalho em um setor caracterizado pela prestação de serviços.

Pensar em trabalhadores da saúde é pensar em formação profissional em saúde. Esta deve contribuir para com conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilite ao acadêmico transformar o *olho rude em olho humano*. (MARX, 2010). O resultado será a formação de profissionais/humanos críticos e atuantes não somente no âmbito da atenção à saúde, mas na contribuição para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUINSKY, Beatriz Gershenson; PROENÇA, Juliana Giorgetta; ALTAMIRANO, Marisa Martins. As instituições de saúde como espaço de construção. p. 87 – 96. In: CORBELLINI, Valéria Lamb. et al. (orgs.). **Atenção primária em saúde: vivências interdisciplinares na formação profissional PUCRS**. Brasília: ABEn, 2011. 190p.
- ALBUQUERQUES, Verônica Santos. et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de educação Médica**. 32 (3) : 356–362; 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10.pdf>>. Acesso em jun de 2014.
- AROUCA, Sérgio. **Reforma Sanitária**. Biblioteca Virtual. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1998. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>> Acesso em 11 set. 2011.
- AZEVEDO, Vanessa L.S. **Abrindo a “Caixa de Pandora”**: programas de ensino em serviço. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: PUCRS, 2011. 107p.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero e Augusto Pinheiro. Edição Revista e Atualizada. Lisboa: Edições 70, 2009. 281p.
- BELLINI, Maria Isabel Barros; SILVEIRA, Esalva. A Reforma Sanitária e as Políticas de Educação e Saúde no Brasil. p. 27 – 38. In: COBERLLINI, Valéria Lamb. et al. (orgs.). **Atenção primária em saúde: vivências interdisciplinares na formação profissional PUCRS**. Brasília: ABEn, 2011. 190p.
- BELLINI, Maria Isabel Barros; et al. Programa de ensino em serviço: uma experiência Universitária na região sul do país. **III Seminário de Política Social no Mercosul: temas emergentes e perspectivas para o futuro**. De 27 a 29 de abril de 2011. Universidade Católica de Pelotas. Mestrado em Política Social. Pelotas: EDUCAT, 2011.
- BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04.pdf>>. Acesso em jan. 2014. 380 – 398 p.
- BOSCHETTI, I. SALVADOR, E. O financiamento da Seguridade Social no Brasil no período 1999 a 2004: quem paga a conta? p. 49 – 72. In: MOTA, A. E. et al. (orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. 408p.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 36 ed. rev. atual. São Paulo: Saraiva, 2005.

BRASIL. Edital 12 de 3 de setembro de 2008. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 set. 2008. Seção 3, p. 81-82. Disponível em <<http://www.prosaude.org/legislacao/pet-saude-ago2008/2-Edital-12de3Setembro2008-SelecaoPET-Saude.pdf>>. Acesso em jul. 2013.

BRASIL. Edital Conjunto n. 27 de setembro de 2010. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Saúde Mental - Crack, Álcool e outras Drogas (PET-Saúde/Saúde Mental/Crack). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 set. 2010. Seção 3, p. 30-31. Disponível em <http://www.prosaude.org/noticias/petsaudeFormacaoSaudeMental/EditalConjunto27_17-09-2010_PET-SaudeMental.pdf>. Acesso em ago. 2013.

BRASIL. Edital de convocação nº 28, de 22 de novembro de 2012. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Vigilância em Saúde PET/VS - 2013/2014. Convidam as Instituições de Ensino Superior (IES) para, em conjunto com Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde, participarem do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Vigilância em Saúde (PET/VS) com apresentação de projetos com vistas à seleção na forma disciplinada por este Edital, entre os dias 23/11/2012 a 19/12/2012, com publicação de resultados a partir de 20/01/2013 no Diário Oficial da União. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 de nov. de 2012. Seção 3, p. 171 - 173. Disponível em <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2013/iels.nov.13/lcls208/U_PT-CJ-MS-SVS-4_311013.pdf>. Acesso em ago. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA FAZENDA. **7 Anos do Real: Estabilidade, Crescimento e Desenvolvimento Social**. Presidente (1999-2002: F.H. Cardoso). Brasília: Presidência da República, 2001. (Coleção Documentos da Presidência da República). 103 p. Disponível em: <http://www.fazenda.gov.br/divulgacao/publicacoes/plano-real/7_anos_portugues.pdf/view>. Acesso em jan. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos RH Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. – Vol.3, n. 1 (mar. 2006). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS**. 2 ed. rev. e atual. 3ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da X Conferência Nacional de Saúde**. Conferência Nacional de Saúde, realizada de 2 a 6 de setembro de 1996, em Brasília/DF. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf>. Acesso em jan. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998**. Brasília: CNS, 1998. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html>. Acesso em jun. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Educação Permanente em Saúde**: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Folder PRÓ-Saúde/PET-Saúde**. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/pro_saude_pet_saude.pdf>. Acesso em mar. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial MS/MEC Nº 2.101**, de 3 de novembro de 2005. PORTAL EDUCAÇÃO - Cursos Online : Mais de 1000 cursos online com certificado <<http://www.portaleducacao.com.br/odontologia/artigos/3454/portaria-interministerial-ms-mec-n-2101-de-3-de-novembro-de-2005#ixzz2v39zCs5T>>. Acesso em mar. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <http://prosaude.org/rel/pro_saude1.pdf>. Acesso em mar. de 2014

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O consórcio e a gestão municipal em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 32p. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_14.pdf>. Acesso em jan. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pacto Nacional pela Saúde: mais hospitais e mais unidades de saúde, mais médicos e mais formação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 (?). Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/setembro/27/2013-08-21-informe-mais-medicos.pdf>>. Acesso em jan. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Promoção à Saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá, Brasília, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PRÓ-Saúde**: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 77 p. (Série C. Projetos, Programa e Relatórios).

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em mar. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGETS: políticas e ações**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 32p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Abrangência Nacional do Programa**. Brasília: Ministério da Saúde, 201?. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/18/quadro-resumo290311.pdf>>. Acesso em mar. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DE SAÚDE. **Análise das principais inovações trazidas pela Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou a Emenda Constitucional nº 29, de 2000. Nota Técnica nº 014, de 2012 – CONOF/CD -Versão Preliminar – (Elaboração: 26 de junho de 2012). (Revisão: 23 de novembro de 2012). Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2012/nt14.pdf>>. Acesso em jan. 2014.

BRASIL. Portaria Interministerial Nº 421, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 mar. 2010. Seção 1, p. 52-53. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_421_2010.pdf>. Acesso em ago. 2013.

BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **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. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em mar. 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza. A Política de Saúde no Governo Lula: algumas reflexões. **Revista INSCRITA** nº 9. Brasília: CFESS, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. p. 88 – 110. In: MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. 408p.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. p. 197 – 217. In: MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. 408p.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org.(as)). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. Disponível em <http://abepss.hospedagemdesites.ws/wp-content/uploads/2012/07/Revista_cadernos_de_Saude_adufrj_pelasaude.pdf>. Acesso em jan. 2014.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio Castro. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. p. 200 – 220. In: BRAVO, Maria Inês; PEREIRA, A. P. **Política Social e Democracia**. 5 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012. 286p.

CAMPION, Edward W. **A Different Model — Medical Care in Cuba. The New England Journal of Medicine**. January, 24, 2013. Disponível em <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1215226>>. Acesso em jun. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões e fragmentos. In: BRASIL. Ministério DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Cadernos RH Saúde: 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde. Opinião**. Vol. 3, n. 1 (mar. 2006). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 55 – 59p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 220p.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R; MATTOS RA. (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p. 259 – 278.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed.rev .ampl.- Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 162 - 168 p.

CECCIM, Ricardo. et al. Autogestão no trabalho com/em equipes de Saúde: estudantes agindo o Sistema Único de Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem; BARROS, Maria Elizabeth (orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

CECCIM; R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 20 (5), set-out, Rio de Janeiro, 2004.

CLOSS, Thaísa Teixeira. **O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Básica**: formação para a integralidade? Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Serviço Social. Pós-Graduação em Serviço Social, Porto Alegre: PUCRS, 2010.

CORBELLINI, Valéria Lamb et al. A construção de um processo de integração ensino-serviço: inserção das atividades de ensino em saúde. p. 73-87. In: CORBELLINI, V.L. et al. (Orgs.) **Atenção primária em saúde**: vivências interdisciplinares na formação profissional PUCRS. Brasília: ABEn, 2011. 190p.

COSTA, N. R. O Banco Mundial e a política social nos anos 90 - a agenda para a reforma do setor saúde no Brasil. In: COSTA, N. R. & RIBEIRO, J. M. (Orgs.) **Política de saúde e inovação institucional**: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional - Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, 1997. 196p.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira**: uma equação possível? 4 ed. São Paulo: Cortez, 2004. 198p.

CREUTZBERG, Marion; LOPES, Maria Helena Itaquí; DOCKHORN, Denis. As diretrizes curriculares da área da saúde. p. 39 – 47. In: CORBELLINI, Valéria Lamb. et al. (orgs.). **Atenção primária em saúde**: vivências interdisciplinares na formação profissional PUCRS. Brasília: ABEn, 2011. 190p.

CURY, Carlos Jamil. **Educação e Contradição**. São Paulo: Cortez, 1995. 134p.

DAB /SMP RAS. **Saúde Mais Perto de Você**. Portal da Saúde. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php>. Acesso em jul. 2014.

DOBASHI, Beatriz Figueiredo. **Avaliação do Pacto pela Saúde e sua implantação nos municípios brasileiros**. Divulgação em Saúde para debate. Saberes e Práticas da Gestão Municipal. Série CONASEMS/CEBES. n. 46. maio 2010. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2010.

FAGNANI, Eduardo. **A política social do Governo Lula (2003-2010)**: perspectiva histórica. Texto para Discussão. IE/UNICAMP n. 192, junho 2011. Disponível em <<http://www.eco.unicamp.br/docprod/downarq.php?id=3105&tp=a>>. Acesso em jan. 2014.

FARAH BF. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista APS**. 2003; 6 (2):123-5. Disponível em <<http://www.aps.ufjf.br/>>. Acesso em jun. 2014.

FERREIRA RC, Varga CRR, Silva RF. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva** 2011; 14(1):1421-8 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800015>. Acesso em jul. 2014.

FEUERWERKER, L.C.M. **Além do discurso da mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002.

FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso. Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*. 5 no. Curitiba, 2001. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010>>. Acesso em jun. 2014.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 19. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989. 157 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 50 ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011. 253 p.

FUNDAÇÃO CAPES. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pró-Ensino na Saúde**. Brasília: CAPES, 2010. Disponível em <<http://www.capes.gov.br/bolsas/programas-especiais/pro-ensino-na-saude>>. Acesso em ago. 2014.

FUNDAÇÃO CAPES. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pró-Ensino na Saúde**. Brasília: CAPES, 2011. Disponível em <http://www.capes.gov.br/images/stories/download/editais/resultados/ResultadoEditaI_EnsinoSaude_2011_PosRecurso.pdf>. Acesso em ago. 2014.

GADOTTI, M. **Perspectivas atuais da educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 294 p.

GALLO, Edmundo; LUCHESI, Geraldo; MACHADO FILHO, Nilson; RIBEIRO, Patrícia Tavares. Reforma sanitária: uma análise de viabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**. vol.4 n.4 Rio de Janeiro: Out-Dez 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1988000400007&script=sci_arttext>. Acesso em jan. de 2014.

GERSCHMAN, Silvia. **A Democracia Inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GOMES, Fábio Guedes. Conflito social e Welfare State: Estado e desenvolvimento social no Brasil. **Rev. Adm. Pública**. vol.40. no. 2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2006. Rio de Janeiro: EBAPE, 1967. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122006000200003&script=sci_arttext>. Acesso em jan. 2014.

GRAMISC, Antonio. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Tradução e orelha de Carlos Nelson Coutinho. 7 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1989. 244p.

GUIMARÃES, Gleny Duro. **O não-cotidiano do cotidiano**. In: GUIMARÃES, GlenyDuro (org.). Aspectos da Teoria do cotidiano: Agnes Heller em perspectiva. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

HADDAD, Ana Estela [et al]. **Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – PET-Saúde**. Cadernos ABEM. vol. 5. out. 2009. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf_caderno5/pet_saude.pdf>. Acesso em mar. 2014.

HADDAD, J. et al. Processo de trabajo y educacion permanente de personal de salud: reorientacion y tendencias en America Latina. **Educacion Médica y Salud**, v. 24, n. 2, p. 136 - 204, abr/jun 1990.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a História**. São Paulo: Paz e Terra, 2000. 121p.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital e fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

JINKING, Ivana. Apresentação. In: MÉSZÁROS, István. **A Educação para além do Capital**. Tradução de Education beyond capital. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2008.(Mundo do Trabalho). 126p.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. 5 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989. 248p.

LÜCK H. **Pedagogia interdisciplinar**: fundamentos teórico-metodológicos. 8ed. Petrópolis: Vozes; 2000.

LUKACS, Georg. **As Bases Ontológicas da Atividade Humana**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Temas de Ciências Humanas nº 4. São Paulo: Ciências Humanas, 1978. 264p.

LUKÁCS, Georg. **História e consciência de classe**. São Paulo: Martins Fontes. 2003. 142p.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010. 297 p.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostras e técnicas de pesquisa, elaboração e interpretação de dados. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 296p.

MARIN M J S et al. Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas. **Interface (Botucatu)**, 2010; 14(33):331-44.

MARQUES, R. M. & MENDES, A. Desvendando o Social no Governo Lula: a construção de uma nova base de apoio. In: PAULA, J. A. de; MASSON, F. M. A (orgs.). **Adeus ao Desenvolvimento** – a opção do governo Lula. “Terceira Via” na Reforma. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

MARX, Karl. **Contribuição á crítica da economia política**. Tradução e introdução de Florestan Fernandes. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008. 288p.

MARX, Karl. **Manuscritos econômicos - filosóficos**. Tradução, apresentação e notas Jesus Ranieri. 4 reimpr. São Paulo: Boitempo, 2010. 191p. (Coleção Marx-Engels).

MARX, Karl. **O capital**: crítica da Economia Política. Livro I. v. 1. 27 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013. 164p.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed.rev .ampl.- Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 44 - 49 p.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção à Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed.rev .ampl.- Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 39 - 43 p.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A Política de Saúde no Governo Lula. **Revista Saúde Sociedade**. v.20, n.2. São Paulo: USP. p.522-532. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200022>. Acesso em: jan. 2014.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. (orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.180 – 197.

MENICUCCI, Telma. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. p.303 – 328. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. (orgs.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. 397p.

MERCADANTE, Aloizio. BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Censo da Educação Superior 2012**. Disponível em <http://www.andifes.org.br/wp-content/files_flutter/1379600228mercadante.pdf>. Acesso em jul. 2014.

MERHY E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS CR, MALTA DC, REIS AT, SANTO AF, MERHY EE (ORG). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO. Túlio Batista. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed.rev .ampl.- Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 427 - 432 p.

MÉSZÁROS, István. **A Educação para além do capital**. Tradução de Education beyond capital. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2008.(Mundo do Trabalho). 126p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 27. ed. Petrópolis, RJ; Vozes, 2008. 108p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 407p.

MOTTA, Ana Elizabete Mota. **Cultura da Crise e Seguridade Social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2005. 248 p.

NAKATANI, Paulo; OLIVEIRA, Fabrício Augusto de. Política Econômica Brasileira de Collor a Lula: 1990-2007. p. 21 – 50. In: MARQUES, Rosa Maria; FERREIRA, Mariana Ribeiro Jansen.(orgs.) **O Brasil sob a nova ordem**: a economia brasileira contemporânea – uma análise dos governos Collor a Lula. 1 ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

NETTO, José Paulo; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **Cotidiano, conhecimento e crítica**. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2012. 93p.

OJEDA, Beatriz Sebben. et al. **Resumo das atividades desenvolvidas no PRÓ-Saúde do curso de graduação em enfermagem da PUCRS**. Disponível em <http://www.prosaude.org/enf/resumo/PUC_RS_ENF.pdf>. Acesso em mar. 2014.

PÁDUA JG, Boog MCF. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. **Revista Nutrição** 2006; 19(4):413-424

PEDUZZI, Marina. **Equipe Multiprofissional em saúde**: a interface entre trabalho e interação. Tese de Doutorado, 1998. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. 254p. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832000000100016&script=sci_arttext>. Acesso em jul. 2014.

PELLEGRINI, Marcelo. **O Brasil precisa de médicos estrangeiros?**. Carta Capital. publicado 08/05/2013. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/saude/medicos-estrangeiros-que-atenderiam-comunidades-carentes-sao-reprovados-em-exame-do-cfm-1.>>. Acesso em jun. 2014.

PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS, Marise Nogueira. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 120p.

PEREIRA. Besser. **Reforma Gerencial de 1995**: apresentação. Disponível em <<http://www.bresserpereira.org.br/RGP.asp>>. Acesso em jan. 2014.

PIERUCCI, Lucirléia Alves Moreira. Reformas Curriculares no Ensino Superior: Proposta de análise das origens do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares (PROMED). **Revista Espaço do Currículo**, v.3, n.2, pp.609-625, Setembro de 2010 a Março de 2011. 609 – 625 p. Disponível em <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rec>>. Acesso em mar. 2014.

PIZZINATO, A. et al. Vivências integradas no serviço. p. 99 – 106. In: CORBELLINI, V. L. et al. (orgs.). **Atenção primária em saúde**: vivências interdisciplinares na formação profissional PUCRS. Brasília: ABEn, 2011. 190p.

PONTES, R. N. **Mediação**: categoria fundamental para o trabalho do assistente social. In: Capacitação em Serviço Social e Políticas Sociais: Módulo 4: O Trabalho do assistente social e as políticas sociais – CEAD, Brasília, 2000

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS). ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL (ASCOM). **Medicina firma convênio com a Secretaria Municipal de Saúde:** fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos objetivos. Sala de Imprensa. Assessoria de Comunicação Social – ASCOM. Porto Alegre: PUCRS, 2004. Disponível em: <http://www3.pucrs.br/php/noticias/noticia_portal.php?codigo=4198>. Acesso em mar. 2014.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS). ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL (ASCOM). **Notícias:** Fórum de Integração Pro-Saúde/PET-Saúde/Residência Multiprofissional em Saúde. Assessoria de Comunicação Social – ASCOM. Porto Alegre: PUCRS, 2011. Disponível em: <http://www.pucrs.br/boletim/html/pucrs_noticias-0395.html>. Acesso em mar. 2014.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS). COORDENADORIA DE PROGRAMAS ESPECIAIS. NÚCLEO DE PROJETOS ESPECIAIS. **PRÓ-Saúde e PET-Saúde:** participação da PUCRS nos programas PROMED/PRÓ-Saúde/PET-Saúde e Residência Multiprofissional (PREMUS). Porto Alegre: CPE/NPE, 2013.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS). **Institucional:** a universidade. Porto Alegre: PUCRS, 2013. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/portal/?p=institucional/a-universidade>>. Acesso em mar. 2014.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS). Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. **Diagnóstico de saúde do distrito leste de Porto Alegre:** PROMED. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. **Institucional:** diretoria de graduação. Porto Alegre, [2013b]. Disponível em: <<http://webapp.pucrs.br/bcmodelos/LoginControl#docele>>. Acesso em jan. 2014.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. **Institucional:** Coordenadoria de Projetos Especiais - CPE. Porto Alegre, [2013a]. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/portal/?p=institucional/idades-administrativas/proacad/diretoria-de-graduacao/cpe>>. Acesso em jan. 2014.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO. **Plano da disciplina:** trabalho integrado em saúde. Porto Alegre: PUCRS, 2014.

PRATES, J. C. O Planejamento da Pesquisa Social. **Revista Temporalis.** n.7. Brasília: ABEPSS, 2003.

PRATES, Jane. **Retomando algumas categorias a partir da perspectiva dialética.** Material didático elaborado para Disciplina de Metodologia IIIC. Faculdade de Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: PUCRS, 2000.

RODRIGUES, M. Z. Educação continuada em enfermagem de Saúde Pública. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v.18, n.2,p. 129 - 140, agos. 1984.

SADER, Emir. Notas sobre a Globalização Neoliberal. In: MATTA, Gustavo; LIMA, Júlio César França. **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008. 35 – 49 p.

SILVA, Gizelda Monteiro da; SEIFFERT Otília Maria L. B. Educação continuada: estratégias para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem** vol.62 no.3 Brasília May/June 2009. Rio de Janeiro: Marques – Saraiva, 1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000300005&script=sci_arttext>. Acesso em jun. 2014.

SILVA, Lucia Silva e. et al. A formação de recursos humanos na graduação em saúde compatibilizando os distintos tempos entre saberes e práticas: um desafio emergente do SUS. In: BELLINI, Maria Isabel Barros (cord.). **Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde: a realidade da saúde do Estado do Rio Grande do Sul pelo olhar do trabalhador em saúde**. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública; Rede Observatório de Recursos Humanos; Secretaria de Saúde; Rio Grande do Sul, 2009. p. 33 - 48.

SILVEIRA, João Luiz Gurgel Calvet da; et al. A Formação da área da saúde para além da profissionalização. In: ANDRADE, Marcia Regina Selpa de; et al (orgs.). **Formação em Saúde: experiências e pesquisas nos cenários de prática, orientação teórica e pedagógica**. Blumenau: Edifurb, 2011. p. 75 - 85.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2000. (Coleção Questões da Nossa Época, v. 78). 118 p.

THIESEN, Flávia Valladão; COBERLLINI, Valéria Lamb; GUSTAVO, Andréia, da Silva. Os programas nacionais de reorientação da formação profissional de saúde: Pró-Saúde, PET-Saúde e PREMUS. p. 49 -57. In: CORBELLINI, V.L. et al. (Orgs.) **Atenção primária em saúde: vivências interdisciplinares na formação profissional PUCRS**. Brasília: ABEn, 2011. 190p.

TONETTO AM, Gomes WB. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estudos de Psicologia**. 2007; 24(1):89-98.

VECCHIA, Marcelo Dalla. **Trabalho em equipe na atenção primária em saúde: fundamentos histórico-políticos**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. 132 p.

VIANA, Maria Lúcia Werneck. As armas secretas que abateram a seguridade social. In: LESBAUPIN, Ivo (org.) **O desmonte da nação: balanço do Governo FHC**. Petrópolis, Vozes, 1999.

APÊNDICE 1 – Roteiro Pré-Mapeamento

- 1) Cod.Curso
- 2) Nº
- 3) Área de formação
- 4) Bolsista
- 5) Telefone
- 6) E-mail
- 7) Projeto que estava inserido: PET Saúde 2009-2010; PET SF 2010-2011; PET SM 2011-2012; PET VS 2011-2012; PET-PRÓ 2012-2013; PET VS 2013-2015
- 8) Questionário enviado em:
- 9) Retorno Questionário:
- 10) Preenche os critérios para entrevista:
- 11) Convite para entrevista enviado em:
- 12) Entrevistado em:

APÊNDICE 2 – Questionário Eletrônico - Mapeamento**“PET-SAÚDE: desafios e potencialidades de uma formação profissional voltada aos princípios do SUS a partir da experiência do bolsista”**

Essa pesquisa faz parte de um projeto de mestrado que possui como objetivo compreender se e/ou como a experiência dos ex-bolsistas do PET-saúde contribuiu para a opção profissional voltada para os princípios do SUS e como essa prática qualifica a política de saúde brasileira. Ressalta-se a preservação do sigilo de sua identidade na publicação desta pesquisa. Sua participação consiste em responder um questionário com 13 questões, com duração de aproximadamente 10 minutos e contribuirá com dados que serão encaminhados para o Programa PET-Saúde da PUCRS.

Ao enviar esse questionário, declaro que ACEITO participar da pesquisa.

Diante de novos questionamentos poderei entrar em contato com a mestranda Vanessa Azevedo pelo telefone (51) 8533-6545, com a Dra. Andréia Mendes dos Santos pelo telefone (51) 3320.3539 ou com a entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, fone (51) 3320-3345, horário de funcionamento das 08h00min às 12h00min e das 13h35min às 17h00min.

*Obrigatório

Você aceita participar da pesquisa “PET-SAÚDE: desafios e potencialidades de uma formação profissional voltada aos princípios do SUS a partir da experiência do bolsista? *

- Sim
 Não

0 - Nome:

1 - Idade

2 - Sexo

3 - Área de Formação

4 - Já concluiu a graduação?

- Sim
 Não

cont.

5 - Período que participou do PET-Saúde?

mm/aa - mm/aa.

6 - Em qual projeto do PET-Saúde você estava inserido?

7 - Descreva um pouco de suas atividade no período que participou do PET-Saúde.

8 - Qual(is) motivo(s) que o levou(ram) a participar do PET-Saúde?

9 - Neste momento você realiza alguma dessas atividades?

Residência Multiprofissional em Saúde

Mestrado/Doutorado

Trabalho

Outro:

cont.

10 - Em caso de estar realizando mestrado/doutorado, qual a temática do seu estudo?

11 - Em caso de estar trabalhando, qual instituição e função?


12 - Na necessidade de coletar mais informações para pesquisa, você gostaria de participar?

Sim

Não

13 - Se você respondeu SIM para resposta anterior, informe seu telefone de contato.

Nunca envie senhas em formulários do Google.

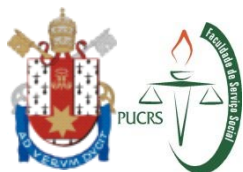
Powered by  Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

Questionário disponível em:

<https://docs.google.com/forms/d/1_yYMMVCKDxMHZORtHyZKwuBd8De8FLIMYb4RbKuli0Q/viewform>.

APÊNDICE 3 – Roteiro da Entrevista Semiestruturada



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
 FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

PROJETO: PET-SAUDE: desafios e potencialidades de uma formação profissional voltada aos princípios do SUS a partir da experiência do bolsista.

Identificação do Instrumento: _____

Data: _____

1 IDENTIFICAÇÃO

1.1. Área de formação: _____

1.2. () Residência Multiprofissional em Saúde () Trabalho

Local: _____

2 QUESTÕES

2.1 Como era a sua rotina na época bolsista do PET-Saúde? (atividades desenvolvidas e planejamento dessas atividades)

2.2 Como você analisa a metodologia do ensino em serviço proposta pelo Programa PET-Saúde? (possibilidade e desafios)

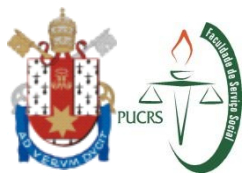
2.3 Você consegue identificar em seu fazer profissional conhecimentos e habilidades desenvolvidos durante sua experiência no PET-Saúde? Caso positivo, quais seriam?

2.4 Durante sua participação no PET Saúde as atividades eram desenvolvidas de maneira individual, multidisciplinar ou interdisciplinar? Descreva situações que justifiquem a sua resposta.

2.5 A experiência, durante a graduação, da prática multidisciplinar (entre as áreas da medicina, psicologia, serviço social, enfermagem, odontologia e farmácia) possibilitou a qualificação e a capacitação para o trabalho em saúde no SUS? Como você identifica isso?

2.6 Gostaria de acrescentar mais alguma informação/opinião acerca dos programas de ensino em serviço (conquistas, desafios, contribuições, etc.)?

APÊNDICE 4 – Termo Livre Esclarecido



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Identificação do Instrumento: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa: **“PET-SAUDE: desafios e potencialidades de uma formação profissional voltada aos princípios do SUS a partir da experiência do bolsista”**. Essa pesquisa tem como objetivo Identificar as atividades profissionais dos ex-bolsistas do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde / PET-Saúde, a fim de verificar a inserção no Sistema Único de Saúde e como a experiência de ensino em serviço qualifica o exercício profissional. Sua participação consiste em responder uma entrevista semi-estruturada, que tem a duração de aproximadamente 40 minutos e será gravada se assim você permitir.

Foi-me assegurado:

Rigoroso sigilo de minha identidade na publicação desta pesquisa;

Possíveis esclarecimentos a quaisquer dúvidas que eu possa ter sobre minha participação nesta pesquisa;

Poderei solicitar meu desligamento da pesquisa a qualquer momento.

Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza. Diante de novos questionamentos poderei entrar em contato com a mestranda Vanessa Azevedo pelo telefone (51) 8533-6545, com a Dra. Andréia Mendes dos Santos pelo telefone (51) 3320.3539 ou com a entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, fone (51) 3320-3345, horário de funcionamento das 08h00min às 12h00min e das 13h35min às 17h00min. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Data ___/___/___

Assinatura do Participante: _____

Orientadora Dra. Andréia Mendes dos Santos

Mestranda Vanessa Azevedo

ANEXO 1 – Parecer da Comissão Científica Da FSS/PUCRS



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Porto Alegre, 18 de junho de 2013

Encaminho o projeto de pesquisa sob o nº 15/2013 **"PET – SAÚDE: DESAFIOS E POTENCIALIDADES DE UMA FORMAÇÃO PROFISSIONAL VOLTADA AOS PRINCÍPIOS DO SUS A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DO BOLSISTA"** da mestranda Vanessa Lúcia Santos de Azevedo que foi revisado quanto ao cumprimento das solicitações realizadas em parecer anterior.

As solicitações foram atendidas:

- Sim
 Não

Com base nas alterações executadas e de acordo com a avaliação o projeto enquadra-se na seguinte categoria:

- Aprovado
 Com pendências – anexar parecer
 Não aprovado – anexar parecer

Prof.ª. Dra. Maria Isabel Barros Bellini
Coordenadora da Comissão Científica do Programa de Pós-Graduação em
Serviço Social - FSS/PUCRS

PUCRS

Campus Central

Av. Ipiranga, 6681–P. 15–sala 330–CEP90619-900
Porto Alegre – RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3539 – Fax (51) 3320-3606
E-mail: servico-social-pg@pucrs.br
www.pucrs.br/fss/pos

ANEXO 2 – Parecer do CEP/PUCRS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PET-SAÚDE: desafios e potencialidades de uma formação profissional voltada aos princípios do SUS a partir da experiência do bolsista

Pesquisador: Andreia Mendes dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19097113.1.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 334.834

Data da Relatoria: 15/07/2013

Apresentação do Projeto:

O estudo se propõe a Identificar as atividades profissionais dos ex-bolsistas do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde / PET-Saúde, a fim de verificar a inserção no Sistema Único de Saúde e como a experiência de ensino em serviço qualifica o exercício profissional. O interesse pelo estudo é despertado por ser um dos objetivos do programa - o fomento a novos recursos humanos aptos trabalharem no Sistema Único de Saúde -, mas quantos ex-alunos da PUCRS, ex-bolsistas do PET-Saúde estão hoje desenvolvendo suas atividades profissionais na Política de Saúde? E dos que estão inseridos, a experiência no PET-Saúde contribuiu para sua qualificação profissional? Estudo misto que tanto terá dados qualitativos, quanto quantitativos, o método que norteia esse estudo é o dialético-crítico. Os sujeitos pesquisados serão os ex-bolsistas PET-Saúde que tenham participado do programa no período de 2009-2013, já tenham concluído a graduação.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário da pesquisa é compreender se e/ou como a experiência dos ex-bolsistas do PET- saúde contribuiu para a opção profissional voltada para os princípios do SUS e como essa pratica qualifica a política de saúde brasileira. Como objetivo secundário a pesquisa busca investigar os impactos, durante a graduação, da experiência multidisciplinar (medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, farmácia e odontologia) na formação e qualificação

Endereço: Av.Ipiranga, 6681

Bairro:

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)320--3345

Fax: (513)320--3345

E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 334.834

profissional voltada para a saúde. Analisar como os ex-bolsistas percebem o ensino do PET-SAÚDE no processo de qualificação profissional para a atuação na área da saúde. Subsidiar o PET-SAÚDE (PUCRS), a partir dos resultados do estudo, com informações referentes a participação dos bolsistas e a inserção profissional dos ex-alunos do programa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos para a pesquisa e como benefícios tem-se subsídios para qualificar o programa PET-Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa interessante e projeto bem desenvolvido inclusive agora, com a metodologia bem definida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação estão presentes e corretos no protocolo.

Recomendações:

Os questionamentos realizados pelo CEP foram esclarecidos. Recomenda-se a aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram esclarecidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av.Ipiranga, 6681

Bairro:

CEP: 90.619-900

UF: RS

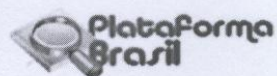
Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)320--3345

Fax: (51)320--3345

E-mail: cep@puers.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 334.834

PORTO ALEGRE, 16 de Julho de 2013

Assinador por:
caio coelho marques
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681

Bairro:

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)320--3345

Fax: (513)320--3345

E-mail: cep@pucrs.br