
Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: A Experiência da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Educational Program Through Health Work: The Experience of University of São Paulo and The Municipal Health Department of São Paulo.

Anna Maria Chiesa^I / Alexandre Archanjo Ferraro^{II} / Fátima Corrêa Oliver^{III} / Maria Amélia de Campos Oliveira^{IV} / Maria Ercilia de Araujo^V / Sandra Elisabete Vieira^{VI} / Simone Rennó Junqueira^{VII} / Raquel Aparecida Casarotto^{VIII} / Alexandre Nemes Filho^{IX} / Ana Emília Ramos Bagueira^X / Mariângela Rosa de Oliveira^{XI}

palavras-chave: Educação Superior; Processo Saúde-Doença; Necessidades de Saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

keywords: Education, Higher; Health-Disease Process; Needs Assessment; Health Services Needs and Demands.

INTRODUÇÃO

O modelo biomédico flexneriano, proposto, em 1910, por Abraham Flexner e reafirmado, em 1926, por Gies, de transformar o ensino médico e odontológico em um modelo científico^{1,2} tem se mostrado limitado para o profissional atuar na solução dos problemas de saúde da população,

desde o final do século XX, pois os problemas de saúde modificaram-se e tornaram-se mais complexos². Se, no início do século XX, as doenças infecciosas agudas dizimavam a população, no final do século XX, as doenças crônico-degenerativas tornaram-se mais prevalentes e, por requererem tratamentos dispendiosos, passaram a representar um dos maiores desafios para os sistemas de saúde.

^I Enfermeira; Coordenadora do Projeto PET Saúde USP Capital 2009-2010. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.

^{II} Médico; Professor Doutor do Departamento de Pediatria da FMUSP.

^{III} Terapeuta Ocupacional; Professora Doutora do Depto de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP).

^{IV} Enfermeira; Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.

^V Cirurgiã-dentista; Professora Titular do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da USP (FOUSP).

^{VI} Médica; Professora Doutora do Departamento de Pediatria da FMUSP.

^{VII} Cirurgiã-dentista; Professora Doutora do Departamento de Odontologia Social da FOUSP.

^{VIII} Fisioterapeuta; Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP.

^{IX} Médico; Mestre em Saúde Pública. Gerente do Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa da FMUSP.

^X Enfermeira; Especialista em Saúde Coletiva. Gerente da UBS Jardim Boa Vista.

^{XI} Enfermeira; Mestre em Saúde Pública. Gerente da UBS Jardim São Jorge.

Além disso, nos últimos anos, a conceituação do processo saúde-doença ampliou-se, em razão do reconhecimento do papel dos determinantes sociais das doenças, o que representa um novo desafio para os formuladores de políticas públicas de saúde, visto que se torna necessário incluir outros setores da sociedade (educação, trabalho, habitação, saneamento) para promover a saúde das populações³.

Na formação inicial dos profissionais de saúde, as discussões em sala de aula sobre os condicionantes do processo saúde-doença podem ser mais bem compreendidas após a vivência de estudantes em territórios vinculados aos serviços públicos de saúde. Com esse contato, é o serviço, em sua prática concreta, que permite a demonstração de que o contexto socioeconômico não é externo ou alheio à saúde, mas lhe é intrínseco e mediador em todas as práticas⁴.

Com a mudança dos paradigmas da educação superior, a vivência precoce nos cenários de prática profissional tem sido preconizada, o que possibilita a associação entre teoria e prática na formação dos futuros profissionais da saúde. É necessário, portanto, que sejam implementadas ações de maturação a médio e longo prazo, voltadas à melhoria da formação profissional. Para tanto, as Instituições de Ensino Superior (IES) de todo o país, responsáveis por essa formação, devem ter papel pró-ativo e serem os sujeitos desta ação, e não mais um participante entre muitos outros.

O processo de mudança da formação profissional de saúde vem sendo reforçado desde os anos 80, com diferentes incentivos (Fundação Kellogg, Rede Unida) para sua implementação. No Brasil, foi recentemente estimulado por meio da implantação, por parte do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, do Programa de Reorientação da Formação dos Profissionais de Saúde (Pró-Saúde).⁵

Desde 2006, Unidades de Ensino da USP – campus Capital (Escola de Enfermagem, Faculdades de Medicina e Odontologia) conduzem processos de reorientação curricular, apoiados pelo Pró-Saúde. Nessas Unidades, o Pró-Saúde veio contribuir para a concretização de princípios no âmbito da formação, tais como o contexto do trabalho ser um importante definidor do processo de formação, o que exige da Universidade um maior envolvimento nos processos de educação permanente em saúde. Os cenários de prática constituem *loci pri-*

viligiados para a geração de questões norteadoras da aprendizagem, e a formação em saúde é orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, sobretudo em se tratando de uma universidade pública.

Entretanto, a desejada aproximação com os serviços de saúde necessitava de uma articulação maior, para que não fosse uma via de mão única. A inserção de profissionais da saúde da rede pública no processo educacional deve permear a formação profissional para que o aluno de graduação possa compreender melhor a realidade do processo de trabalho em saúde. Ademais, cria-se a oportunidade de aproximar o profissional do contexto acadêmico, incentivando-se a realização de pesquisas e mobilizando-se processos de educação permanente.

Uma forma de estimular a inserção de instituições de ensino nas unidades de saúde foi o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), criado pelo Ministério da Saúde, por meio das Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e de Atenção à Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, via Secretaria de Educação Superior. O Programa é destinado a viabilizar o aperfeiçoamento e a especialização em serviço, bem como a iniciação ao trabalho, estágios e vivências dirigidos a estudantes e profissionais da área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS⁶.

Assim, as mesmas Unidades universitárias participantes do Pró-Saúde, por meio dos Cursos de Enfermagem, Medicina, Odontologia, associadas aos cursos de graduação de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, participaram da seleção para o PET-Saúde 2009-2010, com suas respectivas disciplinas vinculadas à Atenção Básica, de modo a possibilitar o ensino articulado à Estratégia de Saúde da Família para seis categorias profissionais do campo da saúde.

Nesse processo, houve adesão expressiva de estudantes, preceptores e tutores. O projeto envolveu a participação de 8 professores tutores, 48 preceptores de 4 serviços de Atenção Básica, com 96 estudantes bolsistas e 144 não bolsistas.

Quando da sua proposição, foram listados os seguintes objetivos para o Projeto: 1) aprimorar a participação dos alunos de graduação no ensino de campo das disciplinas de Atenção Primária em Saúde e Saúde Coletiva dos diferentes cursos envolvidos, efetivando a

aproximação com os profissionais da rede por meio de um projeto comum; 2) fortalecer o processo de reconhecimento das necessidades de saúde da população adstrita das Unidades de Saúde integrantes do projeto, visando à adequação das tecnologias de atenção à saúde na Estratégia Saúde da Família; 3) propiciar aos estudantes a vivência de atividades acadêmicas complementares para fortalecer a compreensão do trabalho em equipe, da atuação generalista e das ações de promoção à saúde como eixos centrais da Estratégia Saúde da Família; 4) resgatar a contribuição de um inquérito sobre necessidades de saúde no processo de aprimoramento do trabalho e com potencial de transformação da realidade epidemiológica no território de atuação das Unidades de Saúde integrantes do Projeto; 5) contribuir para o processo de articulação e ampliação do Pró-Saúde na USP, bem como para a expansão da ESF e implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na região do Butantã, zona oeste do município de São Paulo⁷.

A finalidade deste artigo é descrever as experiências vivenciadas no primeiro ano do PET-Saúde, de forma a registrar e divulgar o trabalho conjunto e, por isso mesmo, desafiador, em que diferentes áreas de formação da saúde na USP se articularam para a concretização de um projeto comum, em consonância com o Sistema Único de Saúde e conforme recomendação das novas diretrizes curriculares dos cursos da área da Saúde.

OBJETIVO

Avaliar a ampliação das atividades desenvolvidas no PET-Saúde USP-Capital como forma de verificar o cumprimento dos objetivos, identificar suas potencialidades e limitações e propor novas estratégias que confluem para a efetiva integração ensino-serviço.

METODOLOGIA

Considerando a inserção do PET-Saúde USP-Capital na região centro-oeste da cidade de São Paulo, onde se localiza a sede da Cidade Universitária, esta região foi o cenário de prática. Assim, propõe-se um “estudo de caso”, onde se apresentam a caracterização do território, das pessoas envolvidas e suas ações durante o primeiro ano de vigência do projeto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização do território

Desde 2008, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo realiza a gestão de sua rede de serviços por meio de parcerias público-privadas. Em outubro de 2008, foi assinado um convênio de parceria para a gestão dos serviços de saúde, entre a SMS e a Fundação Faculdade de Medicina, denominado Projeto Região Oeste (PRO). Especificamente no caso desse convênio, foi criada uma plataforma de ensino e pesquisa, que alicerça o estabelecimento das metas e atividades de gestão, convergentes com os princípios da Universidade de São Paulo. Essa plataforma foi elaborada pelas Unidades de Ensino que compõem o Conselho Diretor do PRO e essa articulação tem sido fundamental para a realização do PET-Saúde USP-Capital.

A região do Butantã foi escolhida para o desenvolvimento do Projeto PET-Saúde da USP-Capital, uma vez que nela já ocorre uma parceria entre a Universidade e algumas unidades de saúde que trabalham com a Estratégia de Saúde da Família. Das 14 unidades existentes na região, quatro integraram o projeto 2009-2010: o Centro de Saúde Escola Butantã, UBS Boa Vista, UBS Vila Dalva e UBS São Jorge.

A Tabela 1 reúne os envolvidos no primeiro ano do projeto, segundo as categorias profissionais dos estudantes de graduação, dos tutores (docentes) e dos preceptores (trabalhadores dos serviços públicos municipais).

Os estudantes participantes estavam em diferentes momentos dos cursos de graduação, conforme as disciplinas dos cursos vinculadas ao projeto. Assim, os alunos de Odontologia (1º e 2º semestre) e Enfermagem (3º e 4º semestre) estavam em estágio inicial do curso, ao passo que os da Medicina vivenciavam um momento intermediário do curso (5º e 6º semestre) e os de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional já estavam no último ano da graduação (7º e 8º semestre).

Apesar de as disciplinas indicadas terem uma grande interface com a proposta do projeto PET-Saúde, verificou-se que os conhecimentos dos alunos eram muito distintos, inclusive, pelo fato de alguns cursos terem envolvido alunos do primeiro ano e outros, do último. As experiências dos preceptores também eram bastante di-

Tabela 1 – Distribuição dos participantes bolsistas do projeto PET-Saúde USP-Capital, segundo categorias e Unidades de Saúde, 2009-2010.

Unidade de Saúde	Função	Categoria profissional						
		Medicina	Enfermagem	Odontologia	Fonoaudiologia	Fisioterapia	Terapia Ocupacional	Outra
CSEscola	Tutores	-	-	-	-	1	-	-
	Preceptores	2	1	-	1	1	1	-
	Alunos	-	3	3	2	2	2	-
<i>Subtotal</i>		2	4	3	3	4	3	-
Jardim Boa Vista	Tutores	-	1	1	-	-	1	-
	Preceptores	6	6	2	-	-	-	1
	Alunos	15	5	13	-	-	2	-
<i>Subtotal</i>		21	12	16	-	-	4	1
São Jorge	Tutores	1	1	-	-	-	-	-
	Preceptores	4	6	3	-	-	-	-
	Alunos	6	8	8	-	-	-	-
<i>Subtotal</i>		11	15	11	-	-	-	-
Vila Dalva	Tutores	1	-	1	-	-	-	-
	Preceptores	5	5	1	1	1	-	-
	Alunos	10	7	6	2	2	-	-
<i>Subtotal</i>		16	12	8	3	3	-	-
Total geral		50	43	38	6	8	6	1

ferentes, principalmente no que tange aos novos desafios da Atenção Básica no SUS. Com isso, foi preciso investir um tempo maior no alinhamento conceitual acerca de temáticas centrais ao Projeto, visando a um envolvimento mais significativo do conjunto dos participantes.

Atividades desenvolvidas

O projeto previa a realização de um levantamento de necessidades de saúde da população e, para isso, o alinhamento conceitual entre os estudantes e os preceptores envolveu temas como SUS, Estratégia de Saúde da Família, territorialização, entre outros.

Nas Unidades de Saúde do Jardim Boa Vista, Vila Dalva e São Jorge, que contavam com ESF, as equipes, em geral, e os preceptores, em particular, conheciam o território de abrangência das unidades e, nestas, os estudantes foram convidados a também conhecer o

funcionamento dos serviços tanto pelo depoimento de preceptores como pela observação de algumas atividades antes do desenvolvimento da caracterização das famílias.

No Centro de Saúde Escola Butantã, que conta com apenas duas ESF, houve a necessidade de desenvolver também atividades específicas para maior contato dos preceptores e estudantes com as famílias acompanhadas pelas equipes. Isto porque a ESF, na unidade, organiza-se de forma particular e parte dos preceptores (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional) não compunham a ESF. Assim, todos os preceptores participaram, juntamente com estudantes, de momentos de reconhecimento do território de abrangência da unidade, realizados pela equipe de agentes comunitários de saúde da unidade, que apresentou sua leitura sobre a organização e os problemas enfrentados pela população que ali residia.

Aprimoramento do cadastramento das famílias adstritas.

Cada aluno bolsista, em parceria com o respectivo preceptor, pôde ampliar a captação das necessidades em saúde dos integrantes de famílias moradoras na área de abrangência da unidade de saúde por meio de inquérito domiciliar, com realização de entrevistas estruturadas. Cada aluno realizou, em média, 16 entrevistas, em locais previamente definidos pelas unidades de saúde, segundo seus interesses organizacionais.

No Centro de Saúde Escola do Butantã, a região escolhida para a realização das entrevistas foi a área da comunidade São Remo, onde a ESF já estava implantada. Na UBS Jardim São Jorge, foi escolhida a área vermelha, de maior risco social e por ser uma região que prevê ampliação de equipes e requer nova territorialização. Na UBS Jardim Boa Vista, a opção foi concentrar as entrevistas na área azul, da comunidade Morumbzinho, de maior vulnerabilidade social, onde se localiza uma favela. Já na UBS Vila Dalva, as equipes optaram por realizar as entrevistas distribuídas em todas as microáreas da unidade.

Foram adotados horários alternativos para conciliar os compromissos prévios dos preceptores, alunos e o funcionamento das UBS's e o desenvolvimento das entrevistas no domicílio. A experiência de realização do inquérito em alguns sábados foi bem avaliada pelos integrantes e a receptividade da população também foi grande.

O inquérito, dividido em caracterização da família, do trabalho, das percepções sobre saúde e sobre riscos, da identificação da rede social de apoio e das condições de saúde, permitiu, aos alunos, além da imersão em território diferente de qualquer outro produzido pelas Instituições de Ensino, a compreensão sobre os condicionantes do processo saúde-doença. Os preceptores também consideraram que foi uma oportunidade de conhecer determinados espaços, ainda não mapeados pelas equipes locais, ou de ampliar a interpretação dos indicadores de saúde que constam da Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o que pode orientar o planejamento e o desenvolvimento de outras atividades de ensino e assistência na perspectiva de adequação às necessidades dos grupos populacionais e dos interesses pedagógicos dos cursos.

Sistematização e discussão dos dados

Após o inquérito, os alunos preencheram uma planilha no Microsoft Office Access, desenvolvida pela Equipe Técnica em Informática do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, após capacitações realizadas para todos os alunos organizados em grupos de 12 participantes.

Foram entrevistadas 1.445 famílias, num total de 5.545 indivíduos (média de 3,8 pessoas por família), tendo sido observado que houve predomínio do sexo feminino. A naturalidade dos entrevistados foi majoritariamente da Região Metropolitana de São Paulo (46,4%), com grande contingente de migrantes nordestinos (30,1%), concentrados, principalmente, nas faixas etárias acima de 40 anos.

No tocante à raça/cor, cabe esclarecer que o dado foi obtido a partir de resposta espontânea indicada pelo entrevistado. Os resultados apresentaram a maior proporção de pardos (40,1%), seguida de brancos (36,3%) e pretos (12,9%).

Apesar dos esforços públicos no sentido de ampliar a cobertura de acesso à educação, na população encontrou-se um grande contingente de adultos analfabetos (41,6%) ou com o ensino fundamental incompleto.

Predominou a família nuclear (casal, casal com filhos ou filhos com um dos genitores) com 62,5%, seguida da família ampliada (com mais parentes), com 16,1%; morador só em 5,5% dos casos e família expandida (inclui agregados) com 3,2%.

O segundo conjunto de informações, integrantes do inquérito de caracterização das necessidades das famílias, dizia respeito às formas de trabalhar da população, categoria importante para a compreensão do processo saúde-doença dos indivíduos, sobretudo para a Atenção Básica, que tem como uma de suas atribuições o acompanhamento longitudinal da população, atuando sobre os problemas prevalentes⁸. Apesar de sua relevância, essas informações não fazem parte dos prontuários clínicos. Considerou-se oportuna sua inclusão neste inquérito para chamar a atenção de estudantes e profissionais acerca dessa dimensão na saúde do adulto, bem como para ampliar também o diálogo junto com a população.

A maioria da população (60,8%) exercia atividade remunerada e tinha registro em carteira de trabalho, o que indica uma situação de maior estabilidade. No entanto, foi elevado o número de pessoas que trabalhavam sem

vínculo formal (33,7%), o que pode acarretar dificuldades para a adesão a indicações terapêuticas, que demandem repouso ou afastamento do trabalho.

No tocante às formas de viver, o primeiro aspecto indagado dizia respeito à propriedade da moradia, pela estabilidade que a mesma confere às formas de viver. Houve predomínio de moradias próprias, em terreno próprio (50,6%), que é a situação mais estável. Foi grande, no entanto, o percentual de famílias que viviam em residências em terreno não próprio ou em casas alugadas (41,2%), também considerada uma situação regular em termos de estabilidade, além de famílias que viviam em moradias ocupadas ou cedidas (7,7%), situação mais instável.

Os dados relativos à adequação da residência em termos de ventilação, iluminação e presença de mofo e bolores foram obtidos a partir da percepção do entrevistado. Percebeu-se, portanto, que a maioria da população considerou suas casas bem ventiladas (62,2%), bem iluminadas (62,0%) e sem mofo ou bolores (51,0%). Chamou a atenção, no entanto, a grande quantidade de residências inadequadas, sobretudo no aspecto de mofo e bolores, o que pode estar diretamente associado às doenças respiratórias, tanto na população infantil como na idosa. Houve grande número de respostas ignoradas, o que pode indicar um número maior de condições desfavoráveis para o processo saúde-doença.

A população estudada residia em moradias que, em sua maioria, permitia o acesso aos serviços públicos de distribuição de água (99,1%), energia elétrica (98,3%), coleta de lixo (90,0%), rede de esgoto (89,8%) e telefone fixo (67,3%).

Outra informação incluída no estudo foi a acessibilidade das moradias, caracterizada pela presença de barreiras arquitetônicas que pudessem representar risco de queda ou impedimento de deslocamento de pessoas portadoras de deficiência ou idosos. Os principais obstáculos identificados foram escadas na entrada da casa em 73,7% do total de domicílios estudados, o que expõe um grande contingente de pessoas vulneráveis a acidentes domésticos. Já no interior das moradias, o problema das escadas teve uma presença menor, somente em 36,4% das casas.

Os potenciais de fortalecimento e desgaste também devem ser analisados em relação ao território da moradia, além dos domicílios individualmente. Procurou-se conhecer a opinião dos entrevistados em relação à exposição a riscos

presentes no bairro. Foram encontrados 88,1% de entrevistados com percepção de algum tipo de risco no bairro. A violência (55,7%) e o contato com vetores (53,4%) foram as principais preocupações manifestadas pelos entrevistados. Foram relevantes ainda, a poluição (47,7%) e os acidentes de trânsito (43,9%). Todos os aspectos levantados são passíveis de mudança a partir de ações intersetoriais.

As principais instâncias de participação social referidas pela população entrevistada foram a igreja (18,7%), as associações de bairro (3,4%) e as escolas (2,6%). Tais espaços, portanto, devem ser contemplados pelos profissionais de saúde, ao delinear ações intersetoriais voltadas para a transformação das condições prejudiciais à saúde da população.

Outro elemento importante para conhecer as necessidades de saúde da população diz respeito às formas de lazer, que também indicam modos de andar na vida. Quando indagados sobre o que costumavam fazer nas horas vagas, a alternativa predominante foi assistir TV/vídeo (45,3% dos entrevistados), seguida de passeios pela cidade (32,0%) e prática de esportes e brincadeiras (23,6% das famílias). As respostas indicaram preferências da população que poderiam ser aproveitadas para processos de comunicação social e fortalecimento das redes sociais no território.

Os entrevistados também foram inquiridos acerca dos locais que procuravam, quando estavam doentes e as respostas indicaram que as UBS's apareceram em primeiro lugar como local de referência para a população entrevistada, tendo sido indicados de forma espontânea por 88,0% dos entrevistados; seguido do Hospital Universitário que foi mencionado por 68,1%. Chamou a atenção o fato de não ser mencionada especificamente a Assistência Médica Ambulatorial (AMA) ligada a uma das UBS's, o que provavelmente indica que a população considerou o serviço como um todo.

Os dados indicaram a importância de se definir protocolos de atendimento, que integrem os momentos de doença com seguimento posterior, articulando as dimensões curativas e preventivas, sem sua dissociação em momentos estanques. Este aspecto pode ser extremamente importante na construção de novos projetos terapêuticos voltados às necessidades de saúde da população.

Especificamente em relação às UBS's, foram levantados quais eram os motivos de procura mais comuns, independentemente de processo mórbido em curso. As

alternativas foram apresentadas aos entrevistados pelos entrevistadores. A consulta médica (87,3%) e medicação (70,3%) foram as principais atividades mencionadas. A vacinação (68,7%), a realização de Papanicolaou (59,5%) e a aferição de pressão arterial ou da glicemia capilar (43,7%) também foram indicadas por muitos. Chamou a atenção a pequena menção aos programas, como pré-natal e puericultura, com cerca de 20,0%.

Dentre os atendimentos realizados por outros profissionais, além dos médicos, a consulta de enfermagem foi a mais destacada, aparecendo em 36,5%. A modalidade grupo, apesar de sua importância para as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, apareceu de forma muito incipiente, com 6,5%, denotando baixa adesão da população a tal atividade.

Os aspectos relacionados ao processo saúde-doença foram identificados a partir do levantamento de morbidade referida pelo entrevistado, tendo em vista as suas próprias condições, bem como as morbidades/condições dos integrantes de sua família. Ressaltam-se as condições de obtenção do dado, pois este significa uma aproximação da morbidade referida a partir da percepção do entrevistado. Vale, ainda, destacar que os dados podem revelar uma visão subestimada da realidade. Ainda assim, há informações significativas para o reconhecimento das necessidades de saúde, sobretudo pelo processo de identificação que articulava doenças, agravos, adesão a programas após as dimensões de caracterização sócio-demográfica, trabalho e formas de vida. Essas informações, revistas por cada UBS, poderão subsidiar as discussões acerca da revisão de prioridades e fortalecimento da equidade.

Fortalecimento da articulação/formação multiprofissional

Foram realizados dois seminários de alinhamento conceitual com todos os participantes, sobre os seguintes temas: Territorialização e Saúde; Desafios da Atenção Básica no SUS e Necessidades em Saúde.

Em cada UBS, tendo em vista o processo de preceptoria interdisciplinar dos estudantes, cada momento comum era compartilhado por alunos, preceptores e tutores de várias categorias profissionais. Além do enriquecimento das discussões, essas oportunidades traduziram-se, na prática, na possibilidade desses alunos,

futuros profissionais, se inserirem com maior facilidade e permeabilidade em equipes de saúde da família.

As atividades decorrentes do PET-Saúde possibilitaram aos estudantes atuar nos serviços mais precocemente e de forma mais articulada às equipes de saúde, o que pode favorecer a compreensão da atuação profissional em diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde.

Contatos prévios e múltiplas aproximações com a realidade de assistência favorecem a observação da rotina dos serviços. Um exemplo semelhante foi indicado por pesquisadores⁹ que informaram que quando alunos do curso de medicina se vincularam à UBS, desde o início da graduação e por um período prolongado, foi possível mostrar a complexidade que envolve o cuidado em saúde, o que contribui para a percepção do sistema público como um local digno de trabalho e de produção de vida. Os docentes observaram a superação de preconceitos e a incorporação de novas percepções por parte dos alunos. Tal atuação contribuiu para ampliar a identificação de necessidades da população atendida, bem como para aprimorar a qualidade da assistência prestada.

Outra contribuição neste âmbito foi a oportunidade da Universidade atuar de forma mais contínua nos processos de educação permanente dos profissionais da rede de serviços de saúde. Destacou-se o reconhecimento da saúde como direito e do cidadão como sujeito dos processos de atenção e de formação profissional.

Por outro lado as instituições de ensino e os serviços de saúde podem ser responsabilizados pela atitude fria e distante de trabalhadores.¹⁰ Segundo o autor, esta postura não é pura e simplesmente uma questão de personalidade ou de caráter, e tampouco expressa falta de fundamentação teórica, mas diz respeito ao ambiente de trabalho onde tais profissionais atuam e interagem e à qualidade das relações nesses locais, que contribuem, em muito, para o desenvolvimento das habilidades no trabalho e padrões de conduta ao ser trabalhador.

Tais experiências têm favorecido o ensino interdisciplinar em saúde, ao possibilitar aos estudantes o exercício da participação em estudos da realidade de vida, trabalho e saúde de usuários dos serviços e em propostas assistenciais compartilhadas, o que cria condições favoráveis para maior qualificação da atenção em saúde prestada tanto nos serviços que são campos de práticas para os estudantes, como naqueles em que vierem a se inserir como profissionais.

A aproximação ao cotidiano pode ressignificar o processo formativo. A vivência de novas situações “conjuga o processo indutivo do conhecimento, parco em generalizações pré-concebidas, ao processo dedutivo, mediado por conceitos sistematizados em sistemas explicativos globais, organizados numa lógica socialmente construída e reconhecida como legítima”².

Quando universidade e serviços de saúde se articulam de maneira objetiva e construtiva, as experiências de educação permanente são fortalecidas, tal como ocorreu na região onde o projeto foi desenvolvido. O aprofundamento da integração com os serviços facilitou acolher as demandas de qualificação da Atenção Básica e aumentou a interlocução entre profissionais da rede e da Universidade, assim como tornou o ensino mais articulado à realidade assistencial do Sistema Único de Saúde em nível regional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desafio de integrar alunos de distintos cursos de graduação aos serviços de saúde, formando ‘equipes PET multiprofissionais’ não foi pequeno. As dificuldades encontradas diziam respeito, sobretudo, à falta de recursos financeiros de apoio para secretaria, impressão de material para o inquérito e deslocamento dos alunos para as UBS’s (para alguns a distância percorrida era de 20 km), bem como conciliar os horários entre estudantes de cursos diurnos e noturnos com os das equipes e o funcionamento da UBS.

As disciplinas envolvidas têm contribuído para a formação profissional pautada nos princípios da cidadania, no reconhecimento da autonomia dos usuários, na interação com a população e com as equipes de saúde, na busca de soluções para os problemas identificados e no envolvimento com os resultados da assistência. Permittem, ainda, reconhecer a história social da doença e a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modalidade de assistência à saúde e eixo estruturador da rede de cuidados no SUS, com envolvimento direto de diferentes campos de atuação profissional.

A complexidade relacionada ao reconhecimento do processo saúde-doença e suas interfaces com as formas de trabalhar e de viver foi melhor apreendida com a participação no PET-Saúde; nele, ampliaram-se as oportunidades de interação entre estudantes, profissionais de ensino e população, o que agregou sentido às atividades

tradicionalmente restritas às disciplinas. O envolvimento dos participantes foi intenso e foi possível fortalecer o processo de identificação de necessidades.

A complexidade dos problemas e das alternativas assistenciais na Atenção Básica, em contraposição à complexidade tecnológica encontrada em hospitais de grande porte, favorece experiências fortalecedoras da construção do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Gutmann JL. The evolution of America's scientific advancements in dentistry in the past 150 years. *J Am Dent Assoc.* 2009;140(Suppl 1):8S-15S.
2. Hellmann DB. Flexner at 100: the pyramid, a new organizational metaphor for academic medical centers. *Am J Med.* 2010;123(7):571-2.
3. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev Saúde Coletiva.* 2007;17(1):77-93.
4. Paim JS. Marco de referência para um programa de educação continuada em Saúde Coletiva. *Rev Bras Educ Med.* 1993;17:1-44.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os Cursos de graduação em Medicina, enfermagem e Odontologia. *Diário Oficial da União.* Brasília, 04 nov. 2005; Seção 1, p. 111.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa Nacional de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde. *Diário Oficial da União.* Brasília, 27 de ago. 2008; Seção 1, p. 27.
7. Chiesa A, Campos MA, Oliver FC, Casarotto RA, Ferraro A, Vieira AS, Araújo M, Junqueira SR. Programa de Educação para o Trabalho na Saúde – Universidade de São Paulo e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo; 2009 (Projeto apresentado ao Ministério da Saúde)
8. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades da saúde, serviços e tecnologia. Brasília: MS/Unesco; 2004.
9. Carvalho SR, Garcia RA, Rocha DC. O ensino da Saúde Coletiva no curso médico da Unicamp: experiências inovadoras junto a unidades básicas de saúde. *Interface Comun Saúde Educ.* 2006;10(20):457-72.
10. Zocche DAA. Educação profissional em saúde: reflexões sobre a avaliação. *Trab Educ Saúde.* 2007;5(2):281-95.
11. Garcia MAA. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de Saúde. *Interface Comun Saúde Educ.* 2001;5(8):89-100.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Anna Maria Chiesa
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Cerqueira César - São Paulo
CEP. 05403-000 SP
E-mail: amchiesa@usp.br