

**RELATÓRIO FINAL**  
**P E T- S A Ú D E – Saúde da Família 2009**  
**Período de abril de 2009 a março de 2010**

**José Roberto Ferreira**  
Consultor Senior do Pró-Saúde  
DEGES/SGTES  
Ministério da Saúde

**Introdução:** Caracterização dos relatos

Em maio do corrente ano elaboramos um primeiro relatório consolidado da análise de 48 relatos correspondentes aos primeiros seis meses (abril a setembro/2009) de implementação do **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE)**, o qual se amplia agora com a cobertura de todo o primeiro ano de desenvolvimento deste programa, abrangendo os relatórios dos 84 projetos implementados em 2009. Os relatórios correspondem a 334 cursos de graduação na área da saúde, que, em sua maioria, vêm participando igualmente em algum dos outros programas básicos do Ministério da Saúde na área de desenvolvimento de recursos humanos (como o PRÓ-SAÚDE I e II, TELESSAÚDE e UnA-SUS).

Estes relatos incluem informações relativas aos seguintes cursos:

Medicina	84
Enfermagem	65
Odontologia	36
Farmácia	32
Nutrição	26
Psicologia	19
Fisioterapia	14
Educação Física	14
Terapia Ocupacional	12
Serviço Social	10
Biomedicina	6
Fonoaudiologia	5
Veterinária	5
Residências*	6*
<b>TOTAL</b>	<b>334</b>

\* Em que pese o PET-Saúde 2009 ter foco na graduação, alguns projetos envolveram também residências em saúde, com a participação de residentes em determinadas ações no âmbito do programa.

As atividades desses cursos nos cenários de prática mobilizaram aproximadamente 310 tutores, 1730 preceptores, 3540 alunos bolsistas e quase 5000 alunos não bolsistas (perfazendo um total de pouco mais de 8500 alunos), o que representa em média menos que 30 alunos por tutor e em torno de 5 alunos para cada preceptor. O PET-Saúde realizou suas atividades em 730 Unidades Básicas de Saúde, o que corresponde a cerca de 12 alunos em cada unidade. Esta distribuição não foi homogênea nos diferentes projetos, entretanto, as médias assinaladas permitem inferir que ocorreram variações bastante adequadas na relação “ensino-serviço”.

Embora com dados menos precisos, foi possível contabilizar na totalidade dos relatos apresentados um total de 560 projetos de pesquisa e 1140 trabalhos relacionados com o desenvolvimento dessas atividades. Na presente consolidação, não analisamos em detalhes os projetos de pesquisa realizados, pelo fato de já terem sido objeto de outra análise contratada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde -SGTES, do Ministério da Saúde.

Os relatos apresentados obedeceram, em sua quase totalidade, o padrão indicado pelo Ministério, variando naturalmente a extensão com que foram tratadas as diferentes sessões dos relatórios, sendo que, em alguns casos, os relatos estiveram mais orientados a realçar a qualidade do trabalho realizado que propriamente retratar a essência da experiência educacional em curso. Observou-se ainda algum desvio da objetivação inicial de padronizar o formato das apresentações, o que resultou em uma grande semelhança na análise de cada capítulo, com a grande maioria referindo aspectos favoráveis que não permitem distinguir gradações no desempenho dos diferentes projetos. Entretanto, dos relatórios apresentados, consideramos que apenas 15% foram insuficientes para a análise do desempenho dos projetos, e chamamos a atenção para um fato curioso relacionado à extensão de cada relatório: a quase totalidade (82) tinha entre 20 e 50 páginas e seguia rigorosamente o esquema proposto pelo Ministério, enquanto apenas 2 (dois) documentos incluíam, cada um, mais de 200 páginas e não respeitavam a seqüência de capítulos solicitada, dificultando a captação de informações para a presente consolidação.

Por último, nesta introdução, cabe destacar que em geral a análise da cobertura de todo o primeiro ano de desenvolvimento do PET-Saúde não se mostrou muito diferente do que já se havia observado na primeira revisão dos seis meses iniciais dessas atividades. Apenas, agora, foi possível contar com informações mais detalhadas e uma melhor análise do trabalho realizado e das perspectivas de desenvolvimento futuro.

## **Análise da programação**

As atividades realizadas durante todo o ano não sofreram variação em relação às práticas referidas nos relatos dos primeiros seis meses. Para realçar a análise dessas práticas, tratamos de consolidá-las em categorias mais gerais, que se vinculam diretamente aos objetivos específicos do programa.

No âmbito da *prática assistencial*, as atividades descritas consistiram desde o acolhimento dos usuários do sistema até a eventual necessidade de referência dos mesmos a outros níveis de atendimento, incluindo o atendimento ambulatorial e visitas domiciliares (com ênfase na saúde da mulher e da criança, atenção dos idosos e urgências), em muitos relatos, numa atividade compartilhada por alunos de distintas profissões e, em outros, com diferenciação para a prática odontológica, cuidado de enfermagem, orientação farmacoterápica ou transtornos da saúde mental.

Entre as *práticas de saúde pública*, estão presentes em todos os relatos as atividades de prevenção, tanto de doenças infecto-parasitárias, incluindo as imunizações e o cuidado com as doenças ditas negligenciadas, como também de doenças não transmissíveis, com ênfase na hipertensão, diabetes e câncer, além de uma ampla agenda de promoção de saúde, incluindo determinantes sociais, interface saúde-ambiente, educação sanitária, orientação nutricional, e promoção de grupos de convivência.

Particularmente importante, tem sido a participação nas *atividades de gestão da atenção primária*, incluindo, desde a interação com os Conselhos Locais de Saúde, até a vivência administrativa da rotina das equipes do PSF e UBS, manejo de sistema de informação, elaboração de protocolos e interação com os tutores e preceptores nas atividades de programação e orientação geral.

Especial atenção tem sido dada, não só à *capacitação dos alunos*, em parte realizada num contexto interdisciplinar, mas também, ao processo de *capacitação do pessoal do Serviço de Saúde*, dos preceptores, dos agentes comunitários, utilizando práticas presenciais e de ensino a distância, especialmente para os programas de educação permanente. Em praticamente todos os relatos identificamos ampla referência à realização de oficinas de estudos, sessões clínicas, e reuniões científicas para apresentação das experiências desenvolvidas, tanto nas pesquisas realizadas como na prática assistencial.

Todos os relatórios apresentados referem o desenvolvimento do **Núcleo de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica (NECAAB)**. A finalidade é promover a formação pedagógica e aquisição de conhecimentos sobre metodologia científica dos profissionais dedicados à atenção básica, orientando sobre a prática da preceptoria e do desenvolvimento metodológico sobre pesquisa científica e colaborando no desenvolvimento da educação permanente

de docentes, gestores e profissionais envolvidos com a educação pelo trabalho na rede de atenção básica.

Os Núcleos agregaram a participação de profissionais com poder de decisão de ambos os setores (educação e saúde), viabilizando a implementação de projetos inovadores e influenciando a reorientação curricular, com a incorporação de competências orientadas à atenção básica, a proposição de estratégias de inserção dos alunos no serviço ao longo de todo o curso, o apoio às abordagens interdisciplinares, o fomento à pesquisa no âmbito da atenção primária e a diversificação dos cenários de prática, assumindo ainda o monitoramento do PET-Saúde.

Em especial, esta estratégia tem permitido romper com preconceitos em relação à atenção primária, introduzindo uma política de valorização dessa prática com o reconhecimento da academia, promovendo a problematização e “criticidade” aplicada à prática assistencial e o estímulo à iniciativa, criatividade e exercício ético. Trata, ainda, de coordenar a revisão das diretrizes clínicas em consonância com as necessidades do SUS, permitindo o aperfeiçoamento do processo assistencial e uma melhor resolubilidade das intervenções.

A descrição das **pesquisas** realizadas constituiu a parte mais substancial dos relatos, os quais, na maioria dos casos, incluíram o detalhamento completo do procedimento e dos resultados obtidos.

Apresentamos, no quadro que segue a distribuição temática dessas pesquisas.

<b>Temas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
GESTÃO & PLANEJAMENTO (gestão de pessoas /acolhimento/ tecnologias em saúde/referência e contra-referência)	90	16
DOENÇAS CRÔNICAS N/T (Hipertensão/Diabetes/Câncer)	78	14
SAÚDE DA MULHER & CRIANÇA (Gestação/infantil)	62	11
PROMOÇÃO & EDUCAÇÃO EM SAÚDE	45	8
COMUNIDADE (Situação social & participação)	39	7
SITUAÇÃO DE SAÚDE	39	7
PREVENÇÃO & CONTROLE (Infecto-parasitárias)	39	7
ENSINO & APRENDIZAGEM (integração ensino-serviço-comunidade & educação permanente)	39	7
SAÚDE DOS IDOSOS	28	5
NUTRIÇÃO	28	5
SAÚDE MENTAL	22	4
AMBIENTE & SAÚDE OCUPACIONAL	17	3
MEDICAMENTOS	17	3
SAÚDE BUCAL	17	3
<b>TOTAL</b>	<b>560</b>	<b>100</b>

Em uma leitura dinâmica dos relatórios apresentados, foi possível observar a importância desses estudos, tanto pela seleção de temas, que representaram uma boa amostragem da problemática que deve ser abordada no contexto da atenção primária, como pelo que esse exercício pode estimular na geração de conhecimentos e na orientação metodológica dos alunos na análise de situações, não só em relação a questões biomédicas como também, no âmbito gerencial. É importante realçar o predomínio de estudos relacionados com a gestão dos serviços de saúde, que não se atêm aos interesses específicos da área técnica de cada profissional, mas apontam para uma nova preocupação com as questões administrativas de oferta de serviços.

Reproduzimos aqui o comentário de um dos relatórios, que embora represente uma observação isolada, consideramos que possa retratar a realidade dos demais projetos:

*“Ao possibilitar a real integração ensino-serviço, a realização de pesquisa com potencial para qualificar a atenção básica em saúde, não só cumpriu sua missão, mas avançou muito além daquilo que se propôs ao demonstrar para as unidades acadêmicas a necessidade de se apoiar o poder público na expansão e consolidação de modelos assistenciais de saúde capazes de gerar resultados mais resolutivos, menos onerosos e de melhor qualidade. A ESF apresentou melhor resolubilidade geral ao ser comparada com modelo centrado em UBS de operacionalidade tradicional, assim, e não só por tal razão, mas também por trabalhar com ferramentas mais apropriadas para a formação de recursos humanos em saúde, a ESF deve ser vista como campo de grande importância para o ensino de graduação, pós-graduação (senso stricto e lato senso), além de amplas atividades de pesquisa e extensão, devendo, portanto, ser divulgada e apoiada”.*

### **Aproximações avaliativas**

A revisão dos avanços obtidos ao final do primeiro ano de atividade do PET-Saúde não se distancia significativamente do que foi possível relatar na consolidação dos primeiros seis meses. Na realidade, poder-se-ia transcrever aqui praticamente tudo que foi apresentado nos capítulos de “análise do trabalho realizado” e nos “comentários sobre o desenvolvimento desses trabalhos”.

*“Os próprios responsáveis pelos projetos observam que o PET-Saúde permite aprofundar o PRÓ-SAÚDE, destacando elementos determinantes como territorialidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade, facilitando a superação da tendência hospitalocêntrica que, no âmbito acadêmico, gera resistência ao SUS e à mudança do paradigma biomédico na atenção básica por um foco “biopsicossocial”, com ampliação da promoção da saúde, prevenção de enfermidades e reabilitação. Os comentários apresentados pelos tutores, preceptores e monitores foram, em geral, altamente favoráveis, destacando que o programa deu oportunidade ao estudante de*

*conhecer e experimentar o mundo real, vivenciando a comunidade, as escolas e as famílias. Segundo o ponto de vista desses atores, na relação entre todos os participantes foi gerada uma força que mobilizou o grupo para a necessidade de se fazer uma opção de atuação cooperativa e produção colaborativa. Como alguns chamaram a atenção, disso resultou algo maior que a soma das partes do vivenciado, numa estratégia que lembra os círculos de cultura propostos por Paulo Freire, e que está conduzindo a revisão das práticas e indicando novos caminhos”.*

Agora, ao final desse primeiro ano e, tendo em vista a padronização proposta para a apresentação dos relatos, observamos considerações mais específicas sobre avaliação, estratégias de sustentabilidade, fatores facilitadores e dificuldades observadas, embora, como comentamos anteriormente, estes indicadores apresentaram grande similitude na maioria dos projetos, a qual, ao mesmo tempo em que reforça a credibilidade, deixa de evidenciar um grau de valoração entre os distintos projetos.

Nesta **avaliação** foram consideradas perguntas relativas à integração ensino-serviço; à relação entre tutores, preceptores e alunos; à relevância para a formação e a auto-avaliação propriamente dita. As estratégias adotadas incluíram reuniões periódicas, seminários para apresentação de projetos e resultados, visitas de supervisão às unidades de saúde, além da rotina de registro de frequência e das atividades realizadas.

Entre os comentários externados pelos alunos se destaca a grande sensibilização para a atenção primária, a importância das mudanças disciplinares com maior carga de atividades práticas e a mudança da postura dos preceptores no acompanhamento dos alunos. Especialmente este último ponto se apresenta como um avanço importante em relação à fase inicial do PRÓ-SAÚDE, quando era mais freqüente a resistência dos profissionais dos serviços à participação dos alunos nas Unidades de Saúde. A presença dos estudantes nos serviços, além de propiciar vivências da realidade, desmistifica e quebra uma série de tabus sobre os serviços públicos de saúde, aumentando o interesse pelos estágios e favorecendo a reorganização do processo de trabalho das equipes.

Em relação aos preceptores, também resultou bastante positiva essa experiência, pela contribuição que a presença da academia pode trazer, proporcionando novas ferramentas e formas de realizar o trabalho em saúde, e pela indução da qualificação profissional e reorganização do trabalho objetivando buscar novos conhecimentos. Igualmente, foi destacada a importância da interação entre profissionais de distintas profissões, introduzindo uma abordagem interdisciplinar nas ações de saúde.

Ao indagar-se o grau de satisfação dos participantes, foram obtidas respostas em sua grande maioria superiores a 50%, chegando, inclusive, em

alguns casos, a índices de 90 e até 100%, em situações em que realçavam o envolvimento entre ensino e serviço, a integração entre diversos cursos e a interação entre tutores, preceptores e alunos. Em geral, na aprovação da experiência pelas equipes das Unidades de Saúde, eram destacadas a dinamização e a otimização do trabalho assistencial. Enquanto isto, no que se refere aos Conselhos Locais de Saúde, foi ressaltado como positivo o favorecimento a um maior controle social e, para os técnicos das Secretarias de Saúde, a possibilidade de reorganização das Unidades.

Quanto à **sustentabilidade** do programa, as respostas assinalaram, com freqüência, a perspectiva de que esteja assegurada, considerando a boa receptividade conquistada junto aos Conselhos Municipais, Câmara de Vereadores, Associação de Moradores, Conselhos Regionais das diversas profissões, Núcleos especializados da própria Academia (Universidades e/ou Faculdades), Secretaria de Educação, de Meio Ambiente, de Saúde e de Desenvolvimento Regional. Soma-se a esta receptividade, em alguns casos, o patrocínio e/ou apoio de empresas locais (comércio, transporte, comunicação) e a realização de parcerias externas que conferiram ampla visibilidade aos projetos, reforçando possibilidade de integração com o controle social em saúde. Em alguns relatos, foi mencionada a ameaça à sustentabilidade pela insegurança de financiamento futuro.

Esta receptividade, segundo se pode deduzir de vários relatos, foi resultante da aproximação entre os dois setores (o acadêmico e o de saúde), a qual permitiu que a Universidade conhecesse com maior profundidade a realidade assistencial em saúde pública, bem como, a gestão de políticas públicas na área, ao mesmo tempo em que as Secretarias Municipais de Saúde ampliaram o olhar sobre o espaço de atuação da Academia, com diversos cursos mostrando seu potencial e aplicabilidade para o desenvolvimento das UBS e ESF, permitindo o estabelecimento de verdadeiras parcerias.

Em termos mais específicos, a sustentabilidade foi atribuída, nos diferentes relatos, a vários dos fatores que seguem:

- Coordenação e diálogo com gerentes dos serviços de saúde
- Participação efetiva dos preceptores
- Reforço interdisciplinar na atividade assistencial
- Institucionalização da pesquisa para qualificação da atenção básica como recurso para os serviços
- Divulgação das atividades na comunidade
- Planejamento assistencial com base epidemiológica
- Incentivo aos agentes comunitários de saúde

E, especificamente do lado acadêmico:

- Readequação curricular
- Melhor acolhimento dos alunos
- Articulação com programas de extensão
- Avaliação formativa
- Educação permanente

Os fatores indicados como **facilitadores** para a execução do PET-SAÚDE se aproximam bastante dos relacionados com a sustentabilidade do processo e incluem, em primeiro lugar, a inserção simultânea com outros dos programas implementados pelo DEGES/SGTES/MS, como o PRÓ-SAÚDE, o TELESSAÚDE BRASIL e a UnA-SUS. Além dessa integração, foram relatados a boa articulação com o serviço de saúde, o comprometimento dos alunos, a introdução de práticas inovadoras, a realização de alianças interdepartamentais e a concessão de bolsas.

Numa análise mais conceitual, foram apontados como fatores facilitadores, o desafio de enfrentar situações complexas, a desconstrução de preconceitos, o exercício consciente da crítica, o interesse pela pesquisa, a prática interdisciplinar, a participação em seminários e reuniões científicas e a tutoria eficiente.

No caso, entretanto, são críticos os fatores que podem ter **dificultado** a execução do PET-Saúde, que incluíram, em oposição aos elementos facilitadores, a ausência ou baixa articulação com o PRÓ-SAÚDE; a inadequação do espaço físico nas Unidades de Saúde, assim como, em certos casos a distância entre a Instituição de Educação Superior e o Serviço; a incompatibilidade e superposição de horários, além de tempo escasso para o atendimento das atividades; precariedade da contratação dos preceptores; mudanças das autoridades responsáveis; resistência dos agentes comunitários; informatização insuficiente; e a não valorização dessa prática pela gestão municipal.

Entre os fatores mais relacionados à academia, foram indicados a pouca flexibilidade da grade curricular; a dificuldade de acompanhamento interdisciplinar; o desajuste entre o tema de pesquisa e o trabalho assistencial; carência de pessoal docente; inadequação dos preceptores; acesso dos alunos aos serviços de saúde dificultado pela violência na área; e, ainda, em certos casos, a resistência docente privilegiando a atenção hospitalar.

Aproveitando considerações expressas pelos próprios relatórios, destacamos a importância da continuidade dos projetos PET-Saúde para proporcionar a manutenção da construção de um espaço de troca de experiência e implementação de ações entre assistência e ensino, com o objetivo de fortalecer as ações preconizadas pelo Sistema Único de Saúde



(SUS), e a necessidade de sensibilizar os atores sociais presentes no sistema local de saúde para a importância da participação/controlar social. Da mesma forma, os relatos chamaram a atenção para a capacitação profissional, por meio da educação continuada e permanente para atuação na estratégia Saúde da Família, que pode ser implementada e consolidada pelo PET-Saúde.

### **Comentários gerais**

Esta revisão permite classificar como altamente positiva a implementação do PET-Saúde como estratégia de consolidação da reorientação da formação profissional no setor saúde, reconhecendo neste programa três componentes de importância fundamental para o alcance dos objetivos do PRÓ-SAÚDE, que foram: (1) a mobilização pela Academia e pelo Serviço de Saúde de *tutores, preceptores e estudantes bolsistas* diretamente responsabilizados pelo acompanhamento das atividades; (2) a implantação dos *NECAAB* em todos os projetos como mecanismo assegurador da qualidade dos procedimentos; e (3) a inclusão da *pesquisa* como ferramenta adicional para o conhecimento da realidade sócio-sanitária e ajuste operacional da oferta de serviços. Estes três componentes se ajustam, num esquema matricial, aos três eixos do PRÓ-SAÚDE, representados pela (a) orientação teórica, (b) cenários de prática e (c) orientação pedagógica, apoiando o desenvolvimento dos vetores correspondentes a cada um desses eixos.

O documento-proposta do PRÓ-SAÚDE refere em seus antecedentes a abordagem dos aspectos preventivos e sociais introduzidos através das chamadas “comunidades-laboratório”, que se desenvolveram, praticamente em todo o mundo, a partir da década de 50, influenciadas pela Conferência de Colorado Spring (1952), e chama a atenção para o fato de que, “apesar das vantagens obtidas, esse tipo de abordagem não foi suficiente para induzir um novo modelo de prática profissional orientado à atenção primária”. Hoje, se pode concluir que a principal limitação daquela estratégia estava relacionada ao fato de ter sido uma iniciativa predominantemente apoiada pelo setor acadêmico (assim mesmo, com sérias restrições entre os docentes que valorizavam mais a prática hospitalar).

Nesse sentido, o mérito da proposta atual se deve à coordenação que foi possível estabelecer entre os dois setores – o de saúde e o de educação – conduzindo a uma atuação harmônica, que respalda interesses de ambos os setores. Esta revisão dos relatórios evidencia, em um número significativo dos mesmos, as vantagens reconhecidas não apenas para a reorientação do processo formativo, mas, também, para a dinamização e reorganização das próprias unidades de serviços e maior integração das equipes de Saúde da Família.

O PRÓ-SAÚDE, em sua proposta inicial, ainda era, predominantemente, respaldado pela academia e, enfrentou algumas dificuldades no entrosamento com os serviços de saúde, que, claramente, se dissiparam com a introdução do PET-Saúde, o qual, embora no mesmo contexto da atuação anterior de reorientação da formação profissional, priorizou fundamentalmente o desenvolvimento das atividades nos cenários de prática, permitindo a superação das dificuldades anteriores.

Embora, o período de atividades desenvolvidas represente ainda pouco tempo para a consolidação de toda esta estratégia, os relatórios demonstraram que os resultados alcançados são significativos e apontam para a importância da continuidade do financiamento do Programa, de modo a promover uma formação mais adequada dos profissionais da saúde e assegurar uma melhor atenção à saúde de nossa população.

Sem prejuízo de avanços futuros, que ainda possam ocorrer, entendemos que os programas PRÓ-SAÚDE e PET-Saúde são estratégicos - tanto para o desenvolvimento educacional como assistencial em saúde. Na medida em que consideramos esta abordagem consolidada, chamamos a atenção para a necessidade de que ambos os setores (saúde e educação) incorporem em seus planos de atuação, os recursos necessários que possam assegurar a continuidade / sustentabilidade desse esforço que representa (em nossa opinião) a mais próxima e melhor solução para o fortalecimento da atenção primária em saúde, proposto já na Conferência de Alma-Ata (1978), e para o alcance das prioridades estabelecidas no Pacto pela Saúde 2006.

Por fim, reproduzo algumas das recomendações que já havia apresentado no relatório anterior e que creio poderão ser úteis para a continuidade do programa:

1. Criação de espaços de encontro e trocas entre alunos e monitores dos diversos cursos e preceptores, dentro do próprio núcleo de trabalho, com vistas a ampliar a defesa do programa pelos próprios beneficiários e, até mesmo, despertar o interesse da população para exigir a continua melhoria de qualidade da atenção, gerada por esse programa;
2. Publicação de estudos de casos bem sucedidos para ampla divulgação em todo o país, e possível ampliação do interesse em participar dessa iniciativa;
3. Realização de visitas ou seminários viajantes, com participação de representação de projetos bem sucedidos, para estímulo de maior desenvolvimento e continuidade dos projetos menos destacados;

E apresento meus cumprimentos aos responsáveis por estas iniciativas, a todos os demais companheiros que têm participado nas Comissões Consultivas e nas visitas de apoio aos projetos, bem como aos responsáveis diretos das Instituições participantes, destacando a importante contribuição que estas atividades representam para nós no Brasil, levando em conta, ainda, a expansão da cooperação internacional brasileira, com a possibilidade de disseminação dessa estratégia em outros países, em especial, na América Latina e na África.