

REDE PET SAÚDE EM FEIRA DE SANTANA: O DESAFIO DA INTEGRALIDADE

Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues^a

Eliane Santos Souza^b

Hernane Borges de Barros Pereira^c

Resumo

O Programa de educação pelo trabalho para a saúde (PET Saúde), iniciado em 2009, com ênfase na Estratégia Saúde da Família, em 2011, ampliou seu campo aos serviços de média e alta densidade tecnológica, com o propósito de reorientar a formação profissional. Essa ampliação se deu na tentativa de garantir uma abordagem integral do processo saúde-doença, promovendo transformações na geração de conhecimentos, ensino-aprendizagem e de prestação de serviços de saúde à população, além do fomento a grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o serviço público de saúde. Em 2012, com os cursos de Enfermagem, Medicina, Odontologia, Farmácia, Educação Física e Ciências Biológicas da Universidade Estadual de Feira de Santana, constituíram-se cinco subprojetos: Saúde da Família, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Urgência e Emergência e Vigilância em Saúde. Um dos desafios postos foi o de possibilitar experiências na produção do cuidado, em uma abordagem integral do processo saúde-doença com incorporação do trabalho em rede como princípio educativo. Discute-se neste artigo as possibilidades da consolidação da Integralidade na formação dos profissionais e nas mudanças na Rede de Atenção à Saúde. Aqui, a Integralidade é assumida como uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde, nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados.

Palavras-Chave: Atenção à saúde. Educação. Trabalho. Rede social. Cuidados integrais de saúde.

^a Estudante do Doutorado Multi-institucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento (DMMDC), da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

^b Professora do DMMDC/UFBA. Faculdade de Odontologia da UFBA.

^c Professor do DMMDC/UFBA; PPG em Modelagem Computacional e Tecnologia Industrial da Faculdade de Tecnologia SENAI/CIMATEC; Departamento de Ciências Exatas da UEFS.

Endereço para correspondência: Rua Alto do Paraná, n.º 127, SIM, Feira de Santana, Bahia. CEP: 44085-192.

aleccio@terra.com.br

PET HEALTH NETWORK IN FEIRA DE SANTANA: THE CHALLENGE OF INTEGRALITY

Abstract

The Education Programme for the work for health (PET Health) has started in 2009, with an emphasis on Family Health Strategy. In 2011, the program has expanded its field-of-activity to services of medium and high density technology, in order to reorient the training. This expansion occurred in an attempt to guarantee an integral approach of the health-disease process, promoting changes in the generation of knowledge, teaching and learning, and provision of health services to the population, in addition to fostering learning tutorial groups in strategic areas for the public health service. In 2012, five subprojects were prepared (i.e. Family Health, Mental Health, Women's Health, Urgent and Emergency and Health Surveillance) from of Nursing, Medicine, Dentistry, Pharmacy, Physical Education and Biological Sciences of the State University Feira de Santana. One of the challenges was to enable experiments to provide care in an integral approach of the health-disease process with incorporation of networking as an educational principle. We discuss in this paper the possibilities of consolidating Integrality in the training and changes in the Network of Health Care. Here, Integrality is assumed as a social action resulting from permanent interaction of the actors in the supply and demand relationship in different levels of health care, in which the subjective and objective aspects are considered.

Key words: Health care. Education. Work. Social Network. Comprehensive health care.

RED PET SALUD EN FEIRA DE SANTANA: EL RETO DE LA INTEGRALIDAD

Resumen

El Programa de educación por el trabajo para la salud (PET Salud), iniciado en 2009, con énfasis en la Estrategia Salud de la Familia amplió, en 2012, su campo de acción a los servicios de salud de media y alta densidad tecnológica, para reorientar la formación profesional. Dicha ampliación se dio como tentativa de garantizar un abordaje integral del proceso de salud-enfermedad, promoviendo transformaciones en la generación de conocimiento, enseñanza-aprendizaje y en la prestación de servicios de salud a la población, además del fomento a grupos de aprendizaje tutorial en áreas estratégicas para el servicio público de salud. En 2012, con los cursos de Enfermería, Medicina, Odontología, Farmacia, Educación Física y Ciencias Biológicas de la Universidad Estadual de Feira de Santana,

fueron constituidos cinco subproyectos: Salud de la Familia, Salud, Salud Mental, Salud de la Mujer, Urgencia y Emergencia y Vigilancia en Salud. Uno de los desafíos planteados fue el de posibilitar experiencias en la producción del cuidado, dentro de un enfoque integral del proceso salud-enfermedad, con la incorporación del trabajo en red como principio educativo. En este artículo se discuten las posibilidades de la consolidación de la integralidad en la formación de los profesionales y en los cambios en la Red de Atención a la Salud. La integralidad es aquí asumida como una acción social, producto de la permanente interacción de los actores en la relación oferta y demanda, en planos diferentes de atención a la salud, en los cuales sean considerados los factores objetivos y subjetivos.

Palabras-Clave: Atención a la salud. Educación. Trabajo. Red social. Atención integral de salud.

INTRODUÇÃO

O processo saúde-doença está inserido no âmbito de transformações econômicas, políticas, sociais e culturais vividas pela sociedade, ao longo das últimas décadas, quando se reconheceu a saúde como o resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico. O aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, quando se opera um modelo de atenção e cuidado marcado, expressivamente, pela centralidade dos sintomas.¹

No contexto da Reforma Sanitária, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, pautada no movimento social em busca de melhorias na assistência à saúde, considerou a saúde como direito de todos e dever do Estado, caracterizando o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma rede organizada e hierarquizada de serviços de saúde que visa garantir o acesso de todo cidadão brasileiro, na perspectiva da prevenção de agravos, promoção, proteção e recuperação da saúde.¹ Assim sendo, a rede hierarquizada do SUS divide-se em atenção básica, atenção de média e alta densidade tecnológica, cabendo à primeira a função de promover um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, constituindo-se no contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.

A Estratégia priorizada pela Atenção Básica como meio de orientar as práticas de saúde, garantir uma melhor qualidade de vida à população e, portanto, reafirmar os princípios básicos do SUS, é a Estratégia Saúde da Família (ESF).² O Programa Saúde da Família (PSF), atualmente identificado como ESF, visa ao trabalho na lógica da Promoção da Saúde, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à

família, ao domicílio e à comunidade. Entre outros aspectos, para o alcance deste trabalho, é necessária a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade, bem como a perspectiva de promoção de ações intersetoriais.³ Apresenta-se, assim, como uma possibilidade de reestruturação dos serviços e de novas práticas de intervenção na atenção à saúde. Nessa perspectiva, visa à reorganização da atenção básica em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, centrado no hospital e orientado para a cura de doenças.

O foco de atenção está centrado na família, entendida e percebida no seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. Entretanto, não tem sido fácil contar com profissionais aptos a trabalhar nesse novo modelo e repensar as práticas educativas dentro da visão de Promoção da Saúde,⁴ pois ainda se observa a fragmentação do processo de trabalho em várias dimensões: a separação entre o pensar e o fazer, a fragmentação conceitual; a presença cada vez maior de profissionais especializados, a fragmentação técnica; e as rígidas relações de hierarquia e subordinação, a fragmentação social. Com isso, configura-se a divisão social do trabalho entre as diferentes categorias profissionais, constituindo-se em um desafio a quebra desse continuísmo de fragmentação e a inclusão da integralidade e da humanização das práticas ainda durante a formação.⁵

Nesse sentido, desponta a necessidade de desenvolver instrumentos que possam aprimorar a formação do futuro trabalhador em saúde.⁶ Entretanto, investir somente na graduação não é suficiente para formar o profissional que a sociedade precisa e que o sistema de saúde requer, ou seja, os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (ME) precisam aproximar-se não somente por meio de políticas e projetos pontuais, mas de um diálogo que enfrente poderes instituídos em distintas esferas e instituições políticas, acadêmicas e dos serviços de saúde. É premente a necessidade de buscar o engendramento de novas relações de responsabilidade e compromisso entre as instituições de ensino e o SUS, de modo que possibilite a cogestão dos processos, para que realmente ocorram mudanças significativas na formação em saúde.⁷

Pensando assim, é que, em 2005, o MS, articulado com o ME, desenvolveu e implantou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), apenas para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia,⁸ visando reorientar o processo de formação nesses cursos, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS; estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do

SUS e as escolas de medicina, enfermagem e odontologia, visando à melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção prestada ao cidadão e a integração da rede à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente; incorporar, no processo de formação da Medicina, Enfermagem e Odontologia, abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção de saúde; e ampliar a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde. Em 2007, a Portaria n.º 3.019, amplia a participação no Programa para todos os cursos da área de saúde e, apesar de considerar a necessidade de ampliação da duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde, não criou dispositivos que facilitassem tal proposta.⁹

É, então, em 2008, no processo de avaliação do Pró-saúde, que se observa a necessidade de estratégias mais específicas e de financiamento de atividades que contribuam para a efetivação da interação ensino-serviço, quando é criado, também por portaria interministerial, o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET Saúde) cujo objetivo é criar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da ESF, oferecendo aos acadêmicos da graduação o aperfeiçoamento nos serviços por meio de estágios e vivências, proporcionadas também pelas instituições de ensino superior em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde.¹⁰ Assim, o PET Saúde vislumbra a formação de profissionais de saúde de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

Dando continuidade à política de fortalecimento da interação ensino-serviço, o MS, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em março de 2010, amplia as ações do Pet Saúde e institui o PET Saúde na área de Vigilância em Saúde (PET Saúde/VS), destinado a fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial na área de Vigilância em Saúde¹¹ e, em setembro do mesmo ano, o PET Saúde/Saúde Mental, tendo em vista a necessidade de criar estímulos para que os profissionais que desempenham atividades na área da Atenção em Saúde Mental, álcool e outras drogas possam orientar os estudantes de graduação, tendo o serviço público de saúde como cenário de prática.¹²

Em 15/12/2011, os MS e ME publicaram o Edital n.º 24, que convida a apresentação de propostas com vistas à seleção de projetos de Instituições de Educação Superior em conjunto com Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde para participar no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) articulado ao PET Saúde, levando a estratégia de interação ensino-serviço a diferentes níveis de atenção com vistas a:¹³

- a) reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino-aprendizagem e de prestação de serviços de saúde à população; e
- b) fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o serviço público de saúde, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e formação de estudantes de cursos de graduação da área da saúde, tendo em perspectiva a qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fontes de produção de conhecimento e pesquisa nas IES.

O edital estabelece que os programas Pró-Saúde e PET Saúde, agora integrados, possam contribuir para as políticas e prioridades do MS – 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 – considerando, sempre, as necessidades locorregionais definidas de forma articulada entre instituições de ensino e secretarias municipais/estaduais de saúde, respeitando-se as instâncias decisórias estabelecidas.

PRÓ-SAÚDE E PET SAÚDE UEFS NA REDE SUS DE FEIRA DE SANTANA: ABORDAGEM INTEGRAL DAS LINHAS DE CUIDADO

Localizada em Feira de Santana, a Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) oferta 27 cursos, totalizando 1.550 vagas anuais. Possui 6.874 estudantes regulares, 734 funcionários e 951 professores (365/doutores, 388/mestres) e dispõe de 133 grupos de pesquisa/492 projetos cadastrados. Oferta 1.182 bolsas estudantis (569 institucionais e 613 interinstitucionais). Gerencia o Programa de Bolsa Monitoria, o PIBID/MEC/CAPES vinculado a 5 Cursos de Licenciaturas, 3 Grupos PET/MEC – Odontologia, Engenharias e Ciências Econômicas – e 16 Grupos PET Saúde (275 bolsistas) institucionalizados pelas resoluções do Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão da UEFS (Consepe). Das carreiras da Saúde, oferta sete cursos: Enfermagem, Medicina, Odontologia, Educação Física, Farmácia, Ciências Biológicas e Psicologia. Possui experiência na oferta de cursos de Pós-Graduação *lato sensu* em Saúde Coletiva, Informática em Saúde, Enfermagem e Odontologia. O Departamento de Saúde oferta Cursos de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva e em Enfermagem e a Residência em Enfermagem Pediátrica, como também desenvolve programas nos núcleos de pesquisa e extensão.¹⁴

O PET Saúde UEFS está em ação desde abril de 2009, quando foram iniciadas as atividades com os grupos de aprendizagem tutorial na Rede de Saúde da Família de Feira de Santana. Atualmente, o programa encontra-se devidamente institucionalizado pelo Consepe. Além disso, a UEFS é uma das instituições de ensino superior do Estado que integra a Rede Pró-Saúde Bahia, articulada pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), por meio da Superintendência de Recursos Humanos, da Escola Estadual de Saúde Pública (EESP) e da Coordenação de Integração da Educação e Trabalho na Saúde (CIET). Dessa forma, o PET Saúde UEFS tem mantido estreita articulação com a Comissão Gestora Local do Pró-Saúde II UEFS cujos membros integram também o referido Programa. No primeiro ano, foram formados 7 grupos de aprendizagem tutorial com um total de 7 tutores, 42 preceptores, 84 alunos bolsistas e 37 monitores. No ano seguinte, com a denominação de PET Saúde da Família, o número de grupos foi elevado, passando para 10 e somando 219 atores envolvidos.¹⁵

A integração entre os diversos cursos da área de saúde vem servindo, durante o tempo da implantação do Programa, para demonstrar que é possível existir uma articulação entre diferentes formações acadêmicas no intuito de obter ideais em comum e traçar objetivos que culminem em respostas positivas para quem os realiza. A despeito de ser uma estratégia ainda em processo de implantação, o PET Saúde coloca-se como uma grande promessa para o aprimoramento da Atenção Básica, visto que traz propostas inovadoras para a ESF.¹⁶

No modelo de aprendizagem que articula o PET Saúde UEFS e o Pró-Saúde, a UEFS enviou proposta, que foi aprovada em maio de 2012, com vistas à implantação de 8 Grupos de Aprendizagem Tutorial do Pró-Saúde e PET Saúde UEFS na Rede SUS de Feira de Santana para os anos de 2012-2013, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana (SMS-FS) e a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab). Cada Grupo Tutorial foi estruturado com 1 Tutor, 6 Preceptores, 12 estudantes bolsistas e 6 não bolsistas (voluntários). Foram implementados, portanto, 5 subprojetos PET Saúde assim distribuídos: 4 grupos no PET Saúde da Família; 1 grupo no PET Saúde /Vigilância em Saúde; 1 grupo no PET Saúde/Saúde Mental; 1 grupo no PET Saúde Urgência e Emergência; e 1 grupo no PET Saúde/Saúde da Mulher, totalizando 8 tutores, 48 preceptores, 96 estudantes bolsistas e 48 estudantes voluntários (1 para cada preceptor) com alunos de 5 cursos da área de saúde – Enfermagem, Medicina, Odontologia, Farmácia, Educação Física – e do curso de Ciências Biológicas.

Os eixos orientadores dessa proposta – Orientação Teórica, Cenários de Práticas e Orientação Pedagógica – levam em consideração os determinantes saúde-doença, a produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS, a Pós-Graduação e a Educação Permanente, a interação Ensino-Serviço, a diversificação de cenários de aprendizagem, a

articulação dos serviços universitários com o SUS, a análise crítica da atenção básica e dos serviços de saúde, a integração do ciclo básico-profissional e a mudança metodológica dos cursos. Esse movimento será estratégico, portanto, para o alcance das transformações desejadas no processo de reorientação da formação profissional na área de saúde, fortalecimento da atenção básica e dos demais níveis de atenção no sistema local de saúde.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A organização de redes regionalizadas de serviços de saúde constituiu a premissa sobre a qual historicamente foram debatidas as propostas de reforma do sistema brasileiro – tomando como referência a experiência dos países que construíram sistemas universais e formou parte da bagagem do planejamento em saúde durante décadas e tem sua proposta consolidada com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), em 2000, e principalmente com o Pacto pela Saúde, em 2006.¹⁷

A Rede de Atenção à Saúde é definida pelo Ministério da Saúde como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Esta integralidade tem por objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do SUS, quanto a acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.¹⁸

Paradoxalmente, os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam em um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados entre si e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização, o que impossibilita a gestão baseada na população. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio. Nesses sistemas, a atenção primária à saúde não pode exercer seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado.¹⁹

A Atenção Primária à Saúde deve coordenar:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente [as redes], que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população [...] – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada –, e com responsabilidades sanitária e econômica por esta população.^{20:88}

Pela relação intrínseca entre os princípios de universalidade, equidade e integralidade e a estratégia de regionalização e hierarquização, o modelo de organização em redes foi seguido por todos os países que construíram sistemas nacionais de saúde, com as devidas adaptações às especificidades locais. Preconizado pela Organização Mundial de Saúde, o modelo compõe a base da proposta dos Sistemas Locais de Saúde (Silos), estratégia desenvolvida pela Organização Pan-Americana da Saúde a partir de meados da década de 1980.¹⁷

Visando o fortalecimento da organização do SUS em Redes de Atenção, a presidência da república publica o Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e resgata o papel da Atenção Primária como porta de entrada dos Serviços de Saúde no SUS, assim como propõe uma forma de organização do sistema de saúde, a Região de Saúde, onde devem estar articulados municípios de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, disponibilizando uma Rede de Atenção à Saúde, um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.²¹

O projeto PET Saúde 2012/2013, com seus cinco subprojetos, foi construído considerando as novas políticas propostas de organização do SUS, na perspectiva de garantir a interação ensino-serviço-comunidade nos diferentes níveis de densidade tecnológica que constituem o atual desenho organizacional da atenção à saúde no Brasil, com o entendimento de que as redes de atenção à saúde apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente.¹⁹

Estudo¹⁹ também considera que a estrutura de redes implica um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob a coordenação da atenção primária à saúde; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população.

O Programa ProPet Saúde está instituído no município de Feira de Santana, que tem uma condição socioeconômica e geográfica de destaque na Bahia, pois é o seu segundo maior município, com 556.756 habitantes, está habilitado na Gestão Plena do

Sistema de Saúde, é polo de referência da Macrorregião Centro-Leste, com 73 Municípios (2.190.186 habitantes), cuja Rede de Atenção à Saúde organiza-se no Programa de Saúde da Família, agregando USF composta por 83 ESF às quais se vinculam 1.288 profissionais, dentre esses 199 de nível superior. Dispõe de 15 Unidades Básicas de Saúde e 32 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); conta com 998 ACS e 33 equipes de Saúde Bucal; nessas unidades atuam 1.483 profissionais, sendo 464 de nível superior. Possui também diversas unidades especializadas: Policlínicas, Centros de Referências para doenças crônicas e transmissíveis, Centro de Combate as Endemias, Centro de Especialidades Odontológicas, Centro de Prevenção do Câncer Uterino, dentre outras.

A Rede de Atenção à Saúde Mental, com cobertura de mais 90% da população, possui o Hospital Especializado Lopes Rodrigues (HELRL), sob gestão estadual, com 290 leitos. Sob gestão municipal, encontram-se: 5 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 11 Serviços Residenciais Terapêuticos, Apoio Matricial às Equipes da SF e parceria com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), onde funcionam Central de Regulação 192, Núcleo de Educação Permanente, Unidades de Suporte Avançado e Suporte Básico, Motolância e Central de Regulação de Urgência.

O Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), com 300 leitos, é referência para 126 municípios. A média de internação mensal é de 350 usuários/mês. Possui Núcleo de Gestão e de Educação para o Trabalho em Saúde. Oferece 32 vagas para Residência Médica e encontra-se em processo de Certificação como Hospital de Ensino. O Hospital Estadual da Criança (HEC) é referência para especialidades de média e alta complexidade. Conta com 280 leitos de internamento e oferta a Residência em Enfermagem Pediátrica (UEFS) desde o 1º semestre de 2012. O Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA), sem fins lucrativos, possui 180 leitos distribuídos entre clínica médica, clínica cirúrgica e Pronto Atendimento. No ambulatório são disponibilizadas consultas especializadas em cardiologia, clínica médica, ginecologia e obstetrícia. O Hospital da Mulher (HIPS), mantido pela Fundação Hospitalar de FS, disponibiliza 116 leitos e é referência na atenção à saúde da Mulher na microrregião.¹⁴

A atuação do PET Saúde no período de 2009 a 2011 possibilitou a interação da instituição de ensino superior (IES), da equipe de saúde e da comunidade, o que fomentou a socialização de saberes, com uma produção científica que vem sendo divulgada nos âmbitos local, regional, nacional e internacional, representando um incremento significativo nas pesquisas relacionadas à Saúde Coletiva. Diversos projetos envolvendo parcerias do PET Saúde com componentes curriculares, núcleos de pesquisa e projetos de extensão foram desenvolvidos.¹⁵

Esses processos repercutiram positivamente tanto na formação acadêmica quanto na saúde das comunidades assistidas, uma vez que se observou maior adesão às ações de saúde propostas pelos grupos tutoriais que atuavam nas Unidades de Saúde da Família. No entanto, muitos obstáculos ainda necessitam ser superados, entre os quais destaca-se a dificuldade em se desenvolver um trabalho interdisciplinar,¹⁶ envolvendo os diversos profissionais que atuam nos serviços, em parceria com os grupos tutoriais, e a falta de articulação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção à saúde, o que tem comprometido a integralidade focalizada nos sujeitos que demandam as unidades e não têm encontrado resolubilidade para suas necessidades e desejos.

Nesse sentido, propõe-se uma discussão das possibilidades da integralidade na atual proposta do PET Saúde, frente às dificuldades de articulação da atenção básica com os serviços de média e alta densidade tecnológica, já detectadas pelos grupos tutoriais durante a vigência do Programa a partir de 2009.

INTEGRALIDADE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O conceito de integralidade remete, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável pelos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional.²²

A integralidade é o mais polissêmico princípio do SUS e, ao mesmo tempo, uma das mais fecundas “imagens-objetivo” a mobilizar os sujeitos na consolidação da reforma sanitária brasileira,²³ e deve ser assumida como uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde – plano individual, no qual se constroem a integralidade no ato da atenção individual, e o plano sistêmico, em que se garante a integralidade das ações na rede de serviços –, nos quais os aspectos subjetivos e objetivos devam ser considerados.²⁴

A sistematização dos serviços de saúde em uma rede, enquanto malha, pressupõe o impedimento de se classificar um ponto de atenção em maior e menor, anterior e posterior, início e fim, topo e base, pois tudo o que existe é o tramado de saberes, práticas, serviços e organizações; só há meios, ligações e conexões entre os

serviços.²⁵ As redes não são simplesmente um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações.²⁰ Suas principais vantagens são: a capacidade de aprendizagem, o funcionamento como canal de difusão de conhecimentos e a utilização das informações existentes para produzir novos conhecimentos; a legitimação e *status*, em que a criação de vínculos diversificados entre atores e organizações permite reduzir as incertezas nas políticas e nos programas; e benefícios econômicos, porque relações de intercâmbio possibilitam ganhos de escala, com redução de custos e melhoria da qualidade.²⁶

Integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira” de luta, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas desejáveis por alguns. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.²³ A Integralidade constitui-se, portanto, em um dispositivo potente para desencadear processos de transformação no cotidiano das práticas em saúde e (re)direcionar o modelo de atenção à saúde.²⁷

RESULTADOS E DISCUSSÃO

É indiscutível que o PET Saúde constitui uma excelente proposta de integração entre o trabalho em saúde e a educação, propiciando a articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão na área de saúde coletiva. Os significativos resultados obtidos e os movimentos articulados pelo programa, nos seus primeiros anos de atuação, demonstram que o PET Saúde UEFS/SMS-FS encontra-se devidamente constituído com suporte operacional e apoio político-institucional (UEFS/SMS/CMS/SESAB/MS), fatores que o qualificam para a sua expansão.

No entanto, ainda é preciso refletir, no arranjo atual do PET Saúde, sobre como se constitui a difusão do conhecimento entre os sujeitos envolvidos no processo do cuidar da saúde – trabalhadores e usuários –, e como pode ser possível implementar novas ações, cujos pressupostos incluam a saúde determinada por fatores sociais, econômicos e culturais, extrapolando a simples ausência de doença e gerando práticas inovadoras com resultados positivos na qualidade de vida das pessoas, de forma a possibilitar a integralidade das ações. Discutir como os sujeitos que constituem o PET Saúde têm contribuído para a integralidade das ações como protagonistas das transformações das práticas de saúde.

Pensar que as práticas de saúde acontecem “sobre” pessoas e comunidades e que aqueles que se encontram no lugar do pesquisador, do professor e do próprio

profissional de saúde assumem a responsabilidade de defender a vida, leva à reflexão sobre a imperativa necessidade da implicação do sujeito. Concorda-se que não basta compor a estrutura funcional da rede de atenção à saúde, mas é necessário refletir enquanto sujeito que se deixa tocar e também sofre a interferência da vida que pulsa.²⁸ É preciso entender o trabalho como um lugar de criação, invenção e, ao mesmo tempo, um território vivo com múltiplas disputas no modo de produzir saúde. Por isso, há necessidade de implementar a práxis (ação-reflexão-ação) nos locais de trabalho para a troca e o cruzamento com os saberes das diversas profissões.¹⁸

O PET Saúde coloca o desafio de um sujeito epistêmico coletivo – que pense a saúde determinada socialmente e que entenda o sujeito nas suas singularidades, que se expressam socialmente nos territórios sociais – e que precisa se apropriar de tecnologias – conhecimento, instrumentos e relações para o processo do cuidar das pessoas que demandam aos serviços de saúde, na perspectiva das relações interpessoais.

Nesta perspectiva, as relações estabelecidas nos espaços intercessores de interação ensino-serviço-comunidade, têm, no cuidar, a necessidade do trabalho vivo, mediante projeto terapêutico singular, com foco na escuta, no vínculo, na comunicação e na responsabilização. Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser utilizados para permitir esta relação.²⁷

É evidente que o estabelecimento do PET Saúde como uma das alternativas de consolidação do SUS requer a participação ativa de atores sociais comprometidos ética e politicamente com a (re)construção coletiva de saberes e práticas, e também com a superação de problemas conjunturais que envolvem a institucionalização e a consolidação de um programa novo e inovador que está sendo construído por sujeitos sociais que optaram por uma proposta dinâmica de formação por meio do trabalho em saúde, usando como ferramenta a educação permanente, onde se crê que reside toda a capacidade de transformação de antigos paradigmas desta área em posturas e atitudes mais coerentes com as propostas do SUS, alimentando o desejo de construir um sistema público de saúde mais efetivo, rompendo, inclusive, com padrões históricos e tradicionais do “processo de ensino-aprendizagem”. Nesse sentido, é perceptível que as atividades desenvolvidas pelo PET Saúde UEFS priorizam formar profissionais mais decisivos e desenvolvidos, com conhecimentos e atividades que os tornem competentes para atuar no SUS, com amadurecimento profissional e elevada formação científica, tecnológica e humanística.

Enquanto sujeitos da prática em Saúde, tem-se ciência dos limites da formação do profissional de saúde e dos processos de difusão do conhecimento nos espaços da saúde

pública, frente aos desafios colocados pela nova concepção do processo saúde-doença e reconhece-se como sujeito implicado, que possui posicionamento ideológico, cultural e afetivo e entende o campo de estudo, o objeto e as próprias intenções em jogo como variáveis constitutivas e necessárias às investigações que buscam a compreensão dos atos de sujeitos sociais envolvidos com as práticas de saúde e com a organização destas enquanto fenômeno social.²⁹

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília; 1986. Extraído de [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatório%20Final.pdf], acesso em [10 de setembro de 2010].
2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997. Extraído de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf], acesso em [13 de junho de 2009].
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.203, de 15 de novembro de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Brasília; 1996. Extraído de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html], acesso em [18 de agosto de 2012].
4. Campos FE, Haddad AE, Pierantoni CR, Brenelli SL, Cury GC, Morita MC, et al. O programa Nacional de reorientação da formação profissional em saúde: Pró-Saúde. In: Pierantoni CR, Viana ALD, organizadores. Educação e saúde. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 25-36. (Saúde em debate).
5. González AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde – norteador mudanças na graduação dos novos profissionais. Rev Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(3):757-62.
6. Tavares DMS, Simões ALA, Poggetto MTD, Silva SR. Interface ensino, pesquisa, extensão nos cursos de graduação da saúde na Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Rev Lat-Am Enferm. 2007;15(6):1080-5.
7. Garcia RA, Carvalho SR. Navegando no entre das Instituições de Ensino e Serviços de Saúde: uma carta náutica dos (des)encontros. Rev Abeno. 2011;11(2):19-26.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria interministerial n.º 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. Brasília; 2005. Diário Oficial da União, 212, de 4 de novembro de 2005, seção 1.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria interministerial n.º 3.019, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde para os cursos de graduação da área da saúde. Diário Oficial da União n.º 227, terça-feira, 27 de novembro de 2007, seção 1, p. 44.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.º 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Brasília; 2008. Extraído de [<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariainterm1802260808.pdf>], acesso em [15 de junho de 2009].
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria Conjunta n.º 3, de 3 de março de 2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), o PET Saúde/Vigilância em Saúde. Brasília; 2010. Extraído de [<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/conjuntas/103154-3.html>], acesso em [30 de setembro de 2012].
12. Brasil. Portaria Conjunta n.º 6, de 17 de setembro de 2010. Institui, no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), o PET Saúde /Saúde Mental. Brasília; 2010. Extraído de [<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/conjuntas/105684-6.html>], acesso em [10 de julho de 2012].
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital n.º 24, de 15 de dezembro de 2011. Seleção de projetos de instituições de educação superior. Brasília; 2011.
14. Feira de Santana. Pró-Saúde e PET Saúde UEFS na Rede SUS de Feira de Santana-BA (2012/2013): abordagem integral das Linhas de Cuidado. Feira de Santana; 2011.
15. Fonsêca GS, Rodrigues AAAO. O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET Saúde) como indutor de inovações pedagógicas: a experiência do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia. Rev Abeno. 2011;11(2):3-43.
16. Rodrigues AAAO, Juliano IA, Melo MLC, Beck CLC, Prestes FC. Processo de interação ensino, serviço e comunidade: a experiência de um PET Saúde. Rev bras educ med. 2012;36(1, supl.2):184-92.
17. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Rev Ciênc Saúde Coletiva; 2010;15(5):2307-16.
18. Brasil. Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2010 14 dez. Seção I, p. 89.

19. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2010;15(5):2297-305.
20. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
21. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília; 2011. Extraído de [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm], acesso em [10 de outubro de 2012].
22. Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública*; 2004;20(suppl2):5331-6. Extraído de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026&lng=en]. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>], acesso em [20 de novembro de 2012].
23. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001. p. 39-64.
24. Pinheiro R. Integralidade e práticas de saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. *Boletim ABEM* 2003;31:8-11. Extraído de [http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/roseni_final.pdf], acesso em [6 de novembro de 2012].
25. Ceccim RB, Ferla A. A linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 165-84.
26. Podolny JM, Page KL. Network forms of organization. *Ann Rev Sociol*. 1998;24:57-76.
27. Franco TB, Merhy EE. (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhaes Jr. HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.
28. Campos RTO, Campos GW. Co-Construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec, 2006. p. 669-88.

29. Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. Extraído de [www.merhy.saúde.br], acesso em [20 de outubro de 2011].

Recebido em 23.11.2012 e aprovado em 4.12.2012.