

O Pioneirismo da PUC-Campinas nos Cenários de Ensino-Aprendizagem do Sistema Único de Saúde - SUS

Aparecida Silvia Mellin (PUC-Campinas)
Maria Teresa Pereira Cavalheiro (PUC-Campinas)
Maria Alice Amorim Garcia (PUC-Campinas)
Alóide Ladeia Guimarães (Prefeitura Municipal de Campinas)

Palavras-chave: ensino em saúde, SUS, integração ensino-serviço.

I. Introdução

Seguindo as tendências das reformas educacionais no campo da saúde, os Projetos Pedagógicos dos cursos da área da saúde da PUC-Campinas direcionam a formação profissional para o perfil epidemiológico e de necessidades da população brasileira e da região metropolitana de Campinas – RMC utilizando metodologias ativas de ensino. Além disso, desde o início da década de 1980, com os cursos de Enfermagem e de Medicina inserem-se, inicialmente, na rede de Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde - SUS-Campinas, assim como em outros serviços de níveis diferentes de complexidade e atenção.

Com base em documentos produzidos, em dissertações e teses desenvolvidas por docentes da Universidade e, ainda, nas vivências das autoras na integração entre a Universidade e a Secretaria Municipal de Saúde, este trabalho visa relatar a experiência de formação de profissionais, desenvolvida pela PUC-Campinas, no município de Campinas, que tem definida uma Política de Integração Ensino-Serviço.

II. Bases legais dos SUS e da Formação Profissional nos serviços de Saúde

A promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 e a publicação da lei 8080/90, que regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), garantiram as bases legais para a efetivação de políticas na área de educação e trabalho em saúde. Segundo a CF, art. 200, III e IV, é competência do SUS o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico. O art. 27 da lei 8080/90 reconhece que os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino, pesquisa e extensão de modo a articular os interesses das Instituições de Educação Superior (IES) e da saúde, com vistas à melhoria da qualidade do atendimento à população. (BRASIL a, 1988; BRASIL b, 1990).

A partir dessas determinações legais, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação na Área da Saúde, publicadas no início dos anos 2000, propõem formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, que deverá atender

ao sistema de saúde vigente no país (SUS) (VIEIRA *et. al.*, 2004; STARFIELD, 2002).

Considerando que não estava sistematizada a experiência acumulada em relação à construção de processos de mudança e a necessidade de implantar uma política voltada para a questão dos recursos humanos no SUS, instituiu-se, no Ministério da Saúde, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que propôs a criação de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais da saúde, que incluiu: os polos de educação permanente; a certificação dos hospitais de ensino; o Aprender-SUS, o Ver-SUS, o Pró-Saúde, o PET-Saúde e as Residências Multiprofissionais. Essa política visa implantar processos com capacidade de impacto no ensino, na gestão setorial, nas práticas de atenção e no controle social em saúde (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

A instituição da SGTES e sua articulação com o Ministério da Educação foram um marco para a definição de uma política de compromissos do SUS com o ensino de graduação e um passo na construção de relações de cooperação entre o sistema de saúde e as Instituições de Ensino Superior (IES). No presente, essas relações se resumem à integração ensino-serviço, podendo passar a enfatizar ensino, serviço, gestão setorial, controle social e efetivo contato e respeito aos usuários.

Dois objetivos emergiram como essenciais para essa política sendo o primeiro o fortalecimento da articulação entre as instituições formadoras e os serviços e sistemas de saúde e o segundo, a ampliação dos processos de mudança da graduação de modo a formar profissionais com perfil adequado às necessidades de saúde da população e do Sistema Único de Saúde.

III. Desafios do modelo assistencial

O curso histórico das políticas de saúde no Brasil nos mostra que o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) instituído pela Constituição de 1988, para posterior regula-

mentação pelas Leis federais 8080 e 8142, ambas de 1990, possibilitou que os poderes municipais adquirissem, com a descentralização administrativa, maior responsabilidade e autonomia. Tal contexto permite, em princípio, formular políticas locais mais próximas das necessidades da população e dos usuários, além do controle social (ANDRADE, 2001; QUEIROZ; VIANNA, 1992; GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

Como uma das alternativas para melhoria do sistema e aperfeiçoamento do SUS, o Ministério da Saúde implantou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que, em 1994, foi estruturado como Programa Saúde da Família – PSF, atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família, com objetivo de reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases para substituir o modelo denominado tradicional (CAMPINAS, 2003). Entre suas metas está o compromisso de prestar assistência qualificada, universal, integral, igualitária, contínua e, sobretudo, com alta resolubilidade, levando em conta a realidade local, por meio do diagnóstico situacional das diversas áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde - UBS (BRASIL d, 2003; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

A Estratégia Saúde da Família-ESF tem sido considerada alternativa para reorganização da oferta de serviços com propósito de reorientar o modelo. A atenção deixa de centrar-se no doente e passa a considerar seu contexto, no caso o familiar, compreendendo como família pessoas que compartilhem o espaço de viver.

A atuação e a gestão na área da atenção à saúde deve considerar que a tecnologia resultante do saber técnico dos profissionais de saúde e de seu processo de trabalho é parte importante da expressão final das políticas de saúde. Esse agir, é intencional e, a partir dele, é possível avaliar seus resultados, e requer adequação frente às singularidades individuais e sociais. O processo caracteriza-se pela inter-relação e interdisciplinaridade, em que se colocam as questões de ordem técnica, ética e política, próprias da organização dos serviços de saúde. Formar e atuar na área requerem conhecimentos e habilidades de caráter tecnológico, social, político e psicossocial.

Merhy (1997), em seu trabalho original, conceitua e classifica as tecnologias usadas no trabalho em saúde e denominadas como duras, as decorrentes do uso de máquinas e instrumentos; leves, ou das relações, do acolhimento, da escuta, da empatia, e leve-duras que se dão a partir de saberes estruturados, como exemplo, os da clínica e da epidemiologia. Considera que o trabalho em saúde pode utilizar as tecnologias leve-duras, no uso de normas técnicas e burocráticas e, as leves, que têm base nas relações humanas.

Para o autor (*op. cit.*) o trabalho morto é aquele que usa das ferramentas e matérias primas resultantes de trabalho humano anterior e cristaliza o produto manipulado, como uma mesa, ou cadeira, por exemplo. O trabalho em saúde traduz-se como “trabalho vivo em ato”, baseado nos recursos materiais e também no ato criativo do trabalhador que se envolve na ação e na relação, podendo agir e intervir diante do que lhe é apresentado com uso de recursos e instrumentos para ‘recriar’ o trabalho. Desse modo, ele se torna, ao mesmo tempo, produtor e produto. Assim, o trabalho em saúde utiliza saberes, instrumentos e tecnologias diversas tomando como objeto o ser humano “ser social”.

A finalidade das UBS, ou dos Centros de Saúde, está na prestação de assistência integral à saúde das pessoas, famílias e grupos populacionais o que rompe a lógica de separar a prevenção da cura e mesmo da reabilitação e impõe aos trabalhadores e gestores e outros segmentos, tanto a ruptura de paradigma, como os desafios para a ação.

IV. O SUS-CAMPINAS e a Gestão da Formação

Na década de 1980, ocorreram as primeiras medidas para reorganização nacional da assistência à saúde pública. Muitas dessas experiências tiveram caráter racionalizador em que se buscava a hierarquização da rede pública e seu aproveitamento visando à expansão da assistência. Para tanto, houve investimentos na estrutura da rede de serviços e mais ênfase aos de assistência básica.

Os centros ou postos de saúde tenderam a rever modelos assistenciais e a se tornar a porta de entrada para o sistema. Essas mudanças estruturais foram possíveis pelo repasse de verbas do Ministério da Previdência e Assistência Social para o da Saúde e, deste, para as Secretarias Estaduais de Saúde (VIANA et al., 2002).

Campinas é exemplo de experiência diversa, pois, já no início da década de 1970, foram criados os primeiros postos de saúde municipais. Como acontecido em alguns outros municípios brasileiros, essa política, articulava-se ao processo de urbanização, aumento da industrialização e do fluxo migratório, juntamente com o crescimento da população na periferia da cidade. Também contribuíram para esse cenário diferenciado o renascimento do movimento popular (representado principalmente pelas comunidades eclesiais de base) articulado com segmentos de técnicos de saúde com inserção nos Departamentos de Medicina Preventiva, no caso da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), por meio do Laboratório de Educação Médica para a Comunidade (LEMC), que propôs a criação desses serviços (GARCIA, 1997; SMEKE, 1989).

Em Campinas, os postos municipais tinham, desde o início, características de atendimento à demanda por assistência à saúde, com práticas contidas nos princípios da atenção primária à saúde e funcionavam em casas alugadas, com proposta de trabalhar em parceria com as populações das áreas de abrangência, decorrência tanto das preocupações dos profissionais envolvidos no projeto como da forma de seleção e capacitação dos auxiliares de saúde¹ (SMEKE, 1989). Em retrospectiva histórica das políticas de saúde no município, L'abatte (1990) reitera essa trajetória e comenta que, em 1982, antes da criação pelo governo federal das Ações Integradas de Saúde, AIS (1984), por iniciativa do município, implantou-se um projeto de integração de seus serviços com os Hospitais Universitários da PUC-Campinas e da UNICAMP, a primeira, com quatro centros de saúde próprios. Tendo por objetivo racionalização da assistência em uma rede hierarquizada de atenção, elaborou-se o projeto denominado Pró-Assistência I, antecipando as Ações Integradas em Saúde, de 1994, e que uniu a PUC-Campinas, a

¹ Não havia enfermeiros com atuação nestes locais e os poucos contratados pela Secretaria da Saúde atuavam no nível central.

UNICAMP, o Hospital Municipal Dr. Mário Gatti e os serviços de atenção básica, dentre eles, quatro da PUC-Campinas e quatro do governo do Estado. Na ocasião, havia diagnóstico de que a atenção básica atendia a 20% da população e houve investimentos na capacitação dos profissionais e na estrutura dessa rede. Posteriormente, houve assinatura do convênio do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), já com vistas à municipalização (MARTINS, 1996; NASCIMENTO; NOZAWA; CORREA, sd).

A gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), iniciada em 1989, pode ser considerada um marco da expansão do número de profissionais na rede, com aumento significativo do quadro de enfermeiros e coincidindo com a implantação do programa de formação dos auxiliares de saúde em auxiliares de enfermagem (Projeto Larga Escala – 1989 a 1996), conforme exigia a Lei de Exercício Profissional de Enfermagem, e a possibilidade da implantação de ações importantes nas unidades de saúde, como coleta de material para exames laboratoriais e qualificação de processos. Essa gestão também empreendeu reforma do modelo de prestação de serviços de saúde pela ampliação da rede, reformulação do modelo assistencial e das ações administrativas. Na ocasião, foram criadas as Diretorias Regionais de Saúde² com equipes multidisciplinares, como forma de consolidar planos locais. A rede de Centros de Saúde (CS), então expandida e com mais recursos humanos, deveria funcionar como porta de entrada, com capacidade de realizar ações de atendimento à demanda espontânea³ em modelo de atenção integral à saúde. Houve, então, grande mobilização para qualificação do sistema municipal como um todo: discriminação das atribuições dos Coordenadores dos Serviços; medidas de gerenciamento, como planejamento anual e a criação das planilhas de avaliação de desempenho das Unidades Básicas de Saúde (UBS), além da contratação de um grande contingente de profissionais por concursos públicos. Destaca-se também o processo de seleção dos coordenadores por meio de provas de títulos, substituindo o procedimento anterior de escolha com base no caráter de confiança (CAMPINAS, 2005).

² Posteriormente denominadas Distritos de Saúde.

³ Pessoas que, por necessidades diversas, procuram o serviço.

Em 2001, sob o título “Paideia”, a Secretaria da Saúde de Campinas adotou um modelo de Programa de Saúde da Família nas inúmeras Unidades Básicas de Saúde e módulos de saúde da família (BRASIL, 2003, CAMPINAS, 2003).

A prestação da assistência passou a organizar-se pela composição de equipes formadas por vários profissionais, sendo cada uma delas responsável por um número de famílias adscritas a área regionalizada do serviço (território), em ações intra e extramuros. As equipes, de acordo com o número de profissionais e base populacional, foram divididas em “mínimas” e “ampliadas”. Estas últimas eram compostas por médicos de família, ginecologistas e pediatras, enfermeiros e equipe de enfermagem, dentistas, técnicos e auxiliares de consultório dentário, além dos agentes de saúde. Sua atuação baseava-se na clínica ampliada adaptada à realidade local dos serviços e populações a eles vinculadas (CAMPINAS, 2003; CUNHA; CAMPOS, 2011).

De acordo com Caldas; Eller (2003) houve no município correções e complementações do PSF de forma a adequá-lo a uma cidade de grande porte. Os autores avaliam que, entre a alternativa de iniciar o projeto por um piloto ou, de outro lado, experiência padrão, a gestão municipal da saúde optou pela sua adoção no município como um todo. A estratégia adotada foi a mobilização dos profissionais e a adequação das coordenações de serviços e regiões, considerando a importância da educação permanente no trabalho em saúde, em seu caráter processual e com base na experiência cotidiana.

O Projeto Paideia visava à intervenção nos determinantes e condicionantes dos níveis de saúde da comunidade, fatores de risco relacionados à alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, educação, trabalho, renda, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais e, ao mesmo tempo, a assistência individual. Para tanto, propunha-se a mudança da postura dos profissionais da saúde a partir de uma visão ampliada da clínica, remetendo-se às diretrizes do SUS com vistas à sua concretização (CAMPOS, 1997; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Com a mudança da gestão municipal, em 2005, a referência ao “Paideia”, foi secundarizada,

mantendo-se a atenção básica como principal porta de entrada do sistema de saúde, bem como o Programa Saúde da Família como eixo da atenção em áreas de maior vulnerabilidade, com definição de metas para atender a população adstrita (CAMPINAS, 2005).

Em resposta às exigências de resolução das situações de saúde cada vez mais complexas e diversas, foram propostas mudanças, como a descentralização das ações e da gestão dos serviços de saúde do município por meio da criação das coordenadorias regionais.

Por sua vez, a organização da produção de serviços a partir das necessidades locais exige a estruturação e capacitação de profissionais com distintos perfis e formações acadêmicas. Faz-se necessária também a efetivação de um processo protagonista da gestão local, de forma a responder às necessidades sociais em saúde e à política municipal do SUS, objetivando tanto a melhoria da realidade de saúde, como a promoção de um campo favorável à formação de profissionais.

Atualmente, a rede de serviços SUS-Campinas é composta por unidades de saúde próprias, conveniadas e contratadas, abrangendo a Atenção Básica e de média e alta complexidade. Conta com 63 Unidades Básicas de Saúde, uma rede de unidades de referência na atenção especializada e unidades hospitalares.

V. A Experiência de Integração ensino Serviço da PUC-Campinas

Em decorrência da inserção da PUC-Campinas no sistema de saúde municipal e em consonância com citadas normativas, a Universidade vem desenvolvendo iniciativas voltadas à formação de profissionais de saúde em diferentes níveis, da graduação à pós-graduação *stricto sensu*, integrando-se à rede de serviços municipais de Campinas, em especial ao Distrito de Saúde Noroeste, em que o *campus* da Universidade concentra as suas atividades docentes e assistenciais.

Como indicado nos documentos oficiais do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde,

a busca da qualidade pedagógica, para a formação de profissionais de saúde, só pode ser garantida com o fortalecimento do sistema em que esses profissionais irão atuar, destacando-se o compromisso com a consolidação do SUS. Por sua vez, um processo de desenvolvimento da melhoria das condições de ensino deve ser capaz de orientar a Instituição para o reconhecimento de suas potencialidades e desempenhos.

A PUC-Campinas tem, nos Projetos Políticos Pedagógicos dos Cursos da área da saúde, pretendido a formação de profissionais de saúde voltados às necessidades da população. Além do Hospital e Maternidade Celso Pierro participa de diferentes maneiras do sistema público de saúde, sendo que a totalidade das práticas de aprendizagem em serviços se efetiva no SUS e em outros equipamentos sociais públicos do município (GARCIA, 2001).

Buscando cumprir as diretrizes da multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, e da integração ensino serviço, baseada no princípio da integralidade do cuidado, a Universidade, de modo crescente e contínuo, tem trabalhado em parceria com o SUS-Campinas. Essa parceria ocorre desde a década de 1980, por meio de ações de formação e novas disciplinas incluindo as Faculdades do atual Centro de Ciências da Vida (CCV): Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional, além do curso de Serviço Social alocado no Centro de Ciências Humanas e Sociais Aplicadas.

Além das atividades relacionadas aos componentes curriculares obrigatórios, houve a ampliação da participação da Universidade nas políticas de formação de recursos humanos para o SUS-Campinas. A Universidade foi contemplada com recursos do Pró-Saúde I (2006 a 2012) e do PET-Saúde (2009-10), aprimorando sua inserção na Atenção Básica, por meio de recursos humanos e materiais, destacando-se a readequação física das unidades em parceria plena. O Pró-Saúde I, por meio da indução de ações para o aprimoramento curricular e melhoria das condições infraestruturais das UBS, veio favorecer a formação profissional, com repercussões em todos os cursos. O PET-Saúde, em 2009 e 2010, por sua vez, propiciou condições especiais para o desenvolvimento de

projetos interdisciplinares e multiprofissionais, constituindo-se, efetivamente, núcleo de integração que, fugindo das limitações das grades curriculares, favoreceu ações integradas (PUC-Campinas, 2005; BRASIL e, 2007).

Com o apoio desses programas, pôde-se vivenciar experiência inovadora para os profissionais e gestores da rede de serviços municipais de saúde, para os docentes e para os gestores da Universidade, permitindo qualificar a Instituição de Ensino Superior (IES) para concorrer a outros editais.

De forma orgânica, na atualidade, a realização de toda e qualquer atividade e ou disciplina que se desenvolva junto ao SUS-Campinas tem sido pactuada com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por meio do Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS) e Distrito de Saúde Noroeste, em particular. Nesse Distrito, localizam-se as três Unidades Básicas de Saúde, em que há parceria plena com a Universidade: os Centros de Saúde Integração, Dr. Pedro Agápio de Aquino Netto e Jardim Ipaussurama. Nessas unidades, a PUC-Campinas participa com parte do mobiliário, equipamentos e material de consumo, transporte para atividades assistenciais e a contratação de quatro profissionais de nível médio (auxiliares de enfermagem) em cada serviço. Oferece, ainda, estrutura administrativa na Universidade, com funcionário específico para essa função. Além dos docentes supervisores, há três docentes com seis horas semanais e que exercem papel de Integradores Acadêmicos, em cada uma dessas unidades. Na articulação interinstitucional das atividades práticas no SUS-Campinas há, também, um docente Integrador das Unidades de Parceria e um Integrador das Políticas da Relação Ensino Serviço, também com seis horas semanais.

Em processo de cogestão, esses representantes institucionais, coordenadores e responsáveis pelos serviços, membros do Distrito de Saúde e da Secretaria Municipal participam do planejamento integrado das atividades dos serviços, definindo-se os planos diretores, reciprocamente acordados. Nesse contexto, os integradores, docentes e discentes participam também das reuniões das equipes de saúde, do Conselho Local e do Conselho Gestor das unidades de saúde.

Rotineiramente, ocorrem discussões sobre a parceria e, anualmente, oficinas de integração, com a participação dos diversos envolvidos de ambas as instituições.

A relevância desse cenário de formação para os estudantes da área da saúde, que justifica o investimento nessa estrutura para a Integração Ensino Serviço, pode ser verificada pelos dados obtidos na Pactuação de Estágios junto ao SUS-Campinas. Em 2014, atuaram alunos e docentes dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Ciências Farmacêuticas, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional e Serviço Social. As atividades foram desenvolvidas nas unidades de saúde.

Verifica-se, nos dados apresentados, que é significativa a inserção dos estudantes da PUC-Campinas, na rede pública de saúde do município. Essa parceria tem contribuído para a formação voltada para a consecução dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS e favorecido experiências de caráter multiprofissional e interdisciplinar.

Contemplando as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e do SUS, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas e esta Universidade celebraram convênio de parceria, neste momento em renegociação, para o desenvolvimento das atividades de ensino-serviço, em programas de graduação e pós-graduação (BRASIL, 2001).

Além da graduação, desde 2013, a partir de projeto elaborado em parceria, foram inseridos na Rede Pública os residentes do Programa de Residência Multiprofissional da PUC-Campinas e Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP). O programa foi desenvolvido em quatro áreas: Saúde da criança, Saúde da mulher, Urgência e trauma e Intensivismo, sendo que parte das atividades dos três primeiros ocorre, respectivamente, no CS Santa Rosa, CS Rossin e CS Florence, além do Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP). O Projeto de Urgência e trauma também desenvolve atividades junto ao SAMU, o que deve ocorrer com o de Intensivismo, iniciado em 2015. Além da Residência Multiprofissional, a Residência Médica em Saúde da Família está inserida no CS Integração.

Assim, as condições que garantem qualidade da formação estão asseguradas, pois as atividades ocorrem em salas de aula e laboratórios, bem como vivenciando experiências nos territórios das UBS, com vistas ao conhecimento do objeto de atuação em seus aspectos econômicos, sociais, demográficos e epidemiológicos.

Tradicionalmente circunscrito aos docentes da área de saúde coletiva, o debate sobre a formação para o SUS precisa incorporar-se aos demais atores envolvidos nesse processo, com o objetivo de promover visão ampliada sobre ele, e de enfatizar o princípio da integralidade das práticas de saúde, conforme previsto nas DCN e nas políticas indutoras do Ministério da Saúde.

Os estágios bem como as atividades práticas dos primeiros anos dos cursos, incluem o cuidado de saúde em todos os níveis de atenção do SUS em unidades municipais e conveniadas: UBS, incluindo a Estratégia Saúde da Família; ambulatórios gerais e especializados; emergência; hospital secundário e hospital de ensino e equipamentos sociais, tais como escolas, creches, núcleos de adolescente, de assistência social e organizações comunitárias não governamentais.

Os discentes experimentam também práticas de gestão, regulação, referência e contrarreferência, vigilância em saúde, aferição de resolubilidade. As atividades nos serviços de saúde seguem as orientações do sistema local, que visam assegurar equidade no atendimento com sistema centralizado de marcação de consultas e internações e mecanismos de referência e contrarreferência.

As disciplinas são desenvolvidas preferencialmente, nas UBS do Distrito de Saúde Noroeste, Pronto Atendimento Campo Grande, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e equipamentos sociais. Em relação às UBS, observa-se uma maior concentração de cursos e disciplinas nos Centros de Saúde Dr. Pedro Agápio de Aquino Neto, Jardim Ipaussurama e Integração, definidos como serviços em "parceria plena".

Por meio das diferentes atividades e estratégias didáticas, a integração ensino-serviço facilita a reorientação pedagógica dos cursos da saúde, enfatizando o aprendizado prático, no qual o

estudante adquire responsabilidade progressiva e crescente, com maior responsabilização e autonomia nos estágios de final de curso. Adota-se um esquema modularizado de organização dos conteúdos, com articulação interdisciplinar.

Dessas experiências, pretende-se que os estudantes, na prática da atenção à saúde, procedam à análise integral e sistemática do processo saúde-doença nas dimensões individual, familiar e coletiva, por meio da problematização de situações vivenciadas. Busca-se, também, levar em conta a realidade das situações de saúde à prática clínica, integrando disciplinas básicas e profissionalizantes. As metodologias ativas empregadas visam estimular a busca de informação e o processo de autoaprendizagem, envolvendo situações diversificadas, distintos cenários e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas. Algumas áreas e módulos propiciam, de modo mais efetivo, a discussão crítica e reflexiva visando à transformação das práticas e da gestão.

A avaliação da aprendizagem, ainda com enfoque tradicional predominante, vem sendo revista, inserindo-se estratégias diversificadas qualitativas que buscam ultrapassar o enfoque conteudista, incluindo a avaliação de atitudes e habilidades. Busca-se, também, reorientar as estratégias avaliativas pela escolha de grandes temáticas segundo o perfil epidemiológico populacional local e regional. A partir desse exercício, pretende-se incentivar a revisão de conteúdos e estratégias pedagógicas.

Enquanto fruto da integração, deve-se salientar, também, o desenvolvimento de pesquisas, relatos e experiências de ensino interdisciplinares e multiprofissionais que permitem implantar ações interprogramáticas curriculares, bem como, novos modelos assistenciais e de ensino voltados à Rede do SUS, com ênfase na Atenção Básica/Saúde da Família.

VI. Desafios Atuais

A definição de políticas voltadas para a formação dos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) representa avanço significativo, embora saibamos que temos muito a

desenvolver no que tange à plena Integração Docente Assistencial. Por conseguinte, os desafios institucionais são cotidianos, assim como tem sido a capacidade de diálogo e discussão entre a PUC-Campinas e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Ao comentar a integração, Oliveira (2003) coloca como desafios as mudanças necessárias na academia e nos serviços de saúde, algumas decorrentes de transformações sociais vinculadas à estrutura demográfica e epidemiológica da população e que têm impacto nas necessidades e demandas de saúde, o descompasso de interesses, adesão de docentes e alunos, estrutura física dos serviços, dentre outras. Alguns desses problemas existem em nossa experiência, outros deles foram superados pelo tempo de experiência e permeabilidade nos debates que são consequência do encontro de diferentes atores tais como docentes, alunos, gestores, profissionais, população. Nesses muitos anos de parceria, é necessário destacar a vivência de situações-problema entre as partes e a busca de superação traçada, alguns problemas iniciais foram solucionados, assim como, na atualidade, o caminho para resolução tem sido mais curto.

As oficinas anuais de avaliação e planejamento entre a PUC-Campinas e a SMS têm se constituído espaço para reflexão sobre as práticas e têm como objetivo contribuir para o fortalecimento da Integração Ensino-Serviço. Com o envolvimento de representantes das IES (gestores, docentes e discentes) e da Secretaria Municipal (gestores, trabalhadores e usuários), os debates fornecem subsídios para mudanças necessárias, contribuindo para a organização dos serviços e os processos formativos, visando ao cumprimento dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS. Nesses encontros, busca-se identificar fatores positivos ou facilitadores das ações de integração ensino-serviço e obstáculos que dificultam essa articulação, na perspectiva desses diferentes atores, indicando-se estratégias para a superação das dificuldades, o aprimoramento e o fortalecimento da parceria ensino-serviço (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011; PUC-CAMPINAS, 2007).

Como aspectos positivos, identificamos que a parceria potencializa as ações do serviço,

destacando-se: a oferta de atendimento de especialidades que não compõem o quadro funcional das UBS, tais como nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia; a oportunização do envolvimento dos discentes e docentes, buscando a integralidade do cuidado; a diversidade de olhares com aprofundamento da atuação em equipe; a construção compartilhada de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS); a ampliação das atividades em equipamentos sociais e da comunidade.

Apresentam-se também desafios relativos à infraestrutura física dos serviços para a recepção de alunos; flexibilização das grades curriculares; maior compatibilização entre objetivos e atividades de ensino e as necessidades da assistência; preparo e educação permanente das equipes e docentes para a atuação integrada, integral e resolutiva; facilitação dos acordos entre docentes e coordenadores de serviços; elaboração colegiada dos planos dos serviços e ampliação da participação das Faculdades.

A cada encontro entre as instituições, depara-se com experiências inovadoras, de atuação interdisciplinar e multiprofissional, muitas delas decorrentes de iniciativas espontâneas e individuais dos docentes e que poderiam constar de ações interprogramáticas, incluídas nos projetos pedagógicas dos cursos.

Estes são apenas alguns exemplos que demonstram a potencialidade do ensino nos cenários de aprendizagem do SUS. Os desafios evidenciados só poderão ser enfrentados a partir do compromisso de todos os atores envolvidos na integração ensino-serviço. Identificar as potencialidades da formação para e no SUS é fundamental a fim de contribuir para as mudanças almejadas por todos os brasileiros na construção de um sistema de saúde público, universal, equânime e de qualidade.

Referências

- ANDRADE, L. O. M. SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- BRASIL a. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Presidência da República Casa Civil.

Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 5 de junho de 2015.

_____ b. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de setembro de 1990; Seção 1.

_____ c. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces1133.pdf>. Acesso em 12 de mar. 2007.

_____ d. **Programa Saúde da Família** – PSF. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (*on-line*) Disponível em <<http://www.saude.gov.br/psf.htm>>. Acesso em 16 de março de 2003.

_____ e. (MS/ME) **PRÓ-SAÚDE: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 88 p.

CALDAS E. L., ELLER E. P. **Programa de Saúde da Família**. (*on-line*). Disponível em: <http://inovando.fgvsp.br/conteudo/documentos/20experiencias2003/SAOPAULO-Campinas.pdf>. Acesso em 2004.

CAMPINAS. **Equipes de Saúde da Família**. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde (on line), 2003. Disponível http://www.campinas.sp.gov.br/saude/unidades/equipes_paideia.htm. Acesso em setembro de 2003.

CAMPINAS. **Projeto Paideia de saúde da família**. Secretaria Municipal de Saúde: Campinas, fevereiro de 2001. [mimeo].

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Saúde. **Reorganização da atenção básica na rede municipal**. Campinas; 2005. [mimeo].

CAMPOS, G. W. S. Equipe de Saúde: entre a especialização e a polivalência. In: MERHY E. E.; ONOCKO R. (org.). **Agir em Saúde: um desafio público**. São Paulo: Hucitec, 1997. 229-266

_____ ; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde (*on-line*). Cad.

Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 (2): 399-407, fev, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em 8 de junho de 2015.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino-Serviço. **Caderno FNEPAS**, Vol 1. Dezembro de 2011.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde, **Saúde Soc.**, 20(4), 2011.

FRANCO T. A.; BUENO, W. S.; MERHY E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2): 345-353, abr-jun, 1999

GARCIA, M. A. A. **O ensino da saúde coletiva na PUC-CAMPINAS: a construção da história e seu repensar**. Campinas, 1997. Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

_____ . Saber, Agir e Educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. **Interface**, 5(8): 89-100, 2001.

GUIMARÃES L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, out. 2004, vol.16, nº4, p.283-288.

L'ABBATE, S. **O direito à saúde: da reivindicação à realização - projetos de política de saúde em Campinas**. São Paulo, 1990. Tese de Doutorado - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.

MARTINS, M. T. C. T. L.; **Construção coletiva da prática interdisciplinar no Centro de Saúde Integração: a experiência da PUC-CAMPINAS**. Campinas, 1996. (Dissertação de Mestrado em Educação da PUC-Campinas).

MELLIN, A. S. **As representações Sociais dos Profissionais de Saúde sobre as Finalidades e Práticas do Centro de Saúde Integração**. São Paulo, 1998. Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

NASCIMENTO, E. P. L. do; CORREA, C. R. da S.; NOZAWA, M. O município de Campinas e a organização da Secretaria Municipal de Saúde. (pdf *on-line*). Campinas, sd. Disponível em: <http://www2.ibfc.org.br/concurso/prefeitura-campinas-1002/docs/historia-da-saude-publica-em-campinas.pdf>>. Acesso em 10 de junho de 2015.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público* IN _____; ONOCKO, R. (org.). **Agir em Saúde: um desafio público**. São Paulo: Hucitec, 1997. 71-112.

OLIVEIRA, M. S. O papel dos profissionais de saúde na formação acadêmica. **Olho Mágico**. 2003. 10(2): 37-9.

PUC-CAMPINAS. Oficina de integração docente-assistencial multiprofissional. Campinas: SMS e PUC-Campinas, 2007 (mimeo).

PRÓ-SAÚDE Programa Nacional de Reorientação do Processo de Formação dos Profissionais de Saúde (Projeto). Campinas: PUC-Campinas, Faculdade de Medicina, 2005.

QUEIROZ, M. de S.; VIANNA, A. L.. Padrão de política estatal em saúde e o sistema de assistência médica no Brasil atual. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 2, 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101992000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 de jan 2006.

SMEKE, E. L. **Saúde e Democracia: experiência de gestão popular**: um estudo de caso. Campinas, 1989. Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: ONU/Ministério da Saúde, 2002.

VIANA, A. L. d'A. et. al. **Descentralização no SUS**: efeitos da NOB-SUS 01/96. In NEGRI, B.; VIANA, A. L. d'A. (org.) O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime; cealag, 2002. (20) 471-788.

VIÉIRA J. E. *et al.* Identificação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina pelos alunos da Universidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.96-102, maio/ago.2003.

Bibliografia Consultada

ALMEIDA M; FEUERWERKER L; LLANOS, M. (orgs). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; 1999.

ALVES V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**, 9(16): 39-52, 2005

AMORETTI, R. A mediação da cultura docente na formação médica. **Interface**, 9(17): 417-418, 2005.

BATISTA N. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Rev. Saúde Pública**, 39(2): 231-237, 2005.

BLANK, D. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. **Rev Bras de Educação Médica**, 30(1): 27-31, 2006.

BOSI M. L. M.; AFFONSO, K. C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. **Cad. Saúde Pública** 14(2), 1998.

BRASIL. Decreto nº 4279, de 30/12/2010. Aprova as Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS. DOU, Brasília/DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde (MS). PRÓ-SAÚDE - objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília/DF: Ministério da Saúde e Ministério da Educação, 2007.

_____. MS. Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)/Ministério da Saúde, SAS/DAB. Brasília, 2010 b.

_____. MS. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil- 2011-2022. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. MS. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BURNHAM, T. F.; FAGUNDES N. C. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. **Interface**, 9(16): 105-114, 2005.

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

PONTES, A. L.; REGO, S.; SILVA JR, A. G. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. **Rev. bras. educ. med**, 30(2): 66-75, 2006.

SANTOS, F. P. dos; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 19, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832006000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 set 2014.