

EXPERIÊNCIA NO PET-SAÚDE. VISÃO DO TUTOR, PRECEPTOR E MONITOR

LEILA BASTOS LEAL¹
MONALISA AQUINO DAMASCENO²
MARIA ALICE MACIEL TABOSA³

1. Farmacêutica, Docente do Curso de Farmácia Universidade Federal de Pernambuco, UFPE. Av. Prof. Arthur de Sá s/n, Cidade Universitária, 50740-521, Recife, PE.
2. Cirurgiã dentista de saúde da família da USF Bongi, Boa Idéia. Preceptora do PET-Saúde da UFPE.
3. Discente do Curso de Farmácia da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE. Aluna Egressa do PET-Saúde.

Autor responsável: M.A.M. Tabosa. E-mail: alice.maciел@nufac.com.br

INTRODUÇÃO

Neste caminho de pouco mais de 20 anos, o Serviço Único de Saúde (SUS), ainda, se encontra em transição. A mudança das ações de saúde exclusivamente curativas para as ações preventivas e, mais atualmente, a transição de um esquema de doenças agudas para as doenças crônicas. E, diante deste complexo sistema, é notório o avanço do acesso aos serviços de saúde pela população, mesmo sabendo que, ainda, há muito a se construir, na perspectiva de se garantir, de maneira efetiva, a defesa da vida, individual e coletiva. Uma série de dificuldades continua a fazer parte do cotidiano da saúde brasileira, grande parte delas devido à má formação do profissional de saúde e a desconsideração, por parte dos gestores, das necessidades de educação permanente. (PAIM, 2009; CEBES, 2009).

O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado, em 1994, faz parte do SUS, estando incluído dentro de uma hierarquização da rede, no nível de complexidade baixo, na atenção básica (AB) que, de acordo com a Portaria N°. 648, de 28 de março de 2006, passou de programa para estratégia, visto que o termo programa designa uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. Trata-se, portanto, de uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalização.

Ele está direcionado à família e suas influências sócio-culturais, o que possibilita uma abordagem mais completa das necessidades de cada indivíduo, tanto na forma curativa, como educativa, tendo como maior objetivo ampliar a resolubilidade dos conhecimentos e práticas em saúde (AZEVEDO *et al.*, 2008).

Partindo desse princípio, torna-se necessário compreender a importância da intervenção do ensino universitário de saúde na área de atenção básica, com o

objetivo de priorizar um problema de saúde vital e a busca de propostas de intervenção aliando teoria à prática, que posteriormente irão se materializar com ações diretas e/ou projetos de intervenção futura, além de proporcionar aos estudantes, professores e profissionais de saúde uma visão crítica e holística da saúde pública, buscando ao mesmo tempo, uma realização dos valores sociais, afetivo-emocionais e éticos, que podem também contribuir para um processo de ensino-aprendizagem mais efetivo.

Em 2008, foi instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC n°. 1.802/08, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), que é destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, e envolve onze cursos de graduação que atuam na área da saúde, a saber: Enfermagem, Medicina, Fonoaudiologia, Educação Física, Serviço Social, Odontologia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Farmácia, Psicologia e Fisioterapia, com o propósito de viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais de saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes, de acordo com as necessidades do SUS (BRASIL, 2008). Estes alunos, chamados de monitores, são divididos em número de 5, sob a responsabilidade de um preceptor de uma USF e cada 6 preceptores, atuam sob a orientação de um tutor (professor universitário) de um curso acima citado, somando um total de 300 alunos, nesse caso, da UFPE, incluídos no programa (PET-SAÚDE).

Certamente, para que ocorram mudanças na forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos brasileiros, também deverão ocorrer mudanças nos modos de ensinar e aprender (BRASIL, 2005a). A formação de profissionais, capazes de desenvolver uma assistência humanizada e de

alta qualidade e resolutividade, será impactante até mesmo para os custos do SUS (BRASIL, 2005b).

Assim, estabelecer um currículo inovador exige que os educadores compreendam o esgotamento do modelo tradicional de ensino, fundamentado na doença e na transmissão de conhecimentos, que afasta o aluno da visão prática da saúde (HIRSCH-MONTEIRO *et al.*, 2008). Isto pode ser observado claramente, na pirâmide de aprendizagem (produzida pelo NTL Institute for Applied Behavioral Sciences), onde a prática apresenta um índice de retenção de 75% (SABBAG, 2007).

Neste contexto, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de um grupo, na participação no PET – Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, expondo uma visão crítica do tutor, do preceptor e do monitor (aluno), visto que, nesta proposta (PET), se aposta na promoção do avanço da integração educação-trabalho, considerando também, que os cenários de trabalho no SUS e no mercado estão mudando, e a Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser um cenário essencial para ajudar na formação de um profissional de saúde crítico, reflexivo, preparado para atuar em equipe (ALMEIDA, 2010).

VISÃO DO TUTOR

A indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão universitária, a perspectiva de produção de conhecimento e a autonomia de pensamento, o incentivo à crítica e à criatividade, a flexibilização de espaços, tempos e modos de aprendizagem, a emergência da interdisciplinaridade, a necessidade de integração teoria e prática, a necessidade de separação de dicotomias (teoria/prática, forma/conteúdo), o resgate da ética, a incorporação da afetividade, são passos importantes a serem direcionados na construção dos futuros profissionais, cabendo aos tutores essa responsabilidade no direcionamento dos monitores do PET. De acordo com Paulo Freire, “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção”.

A interdisciplinaridade é, talvez, uma das tarefas mais difíceis e almeçadas do PET. O fato dos preceptores serem exclusivamente médicos, odontólogos ou enfermeiros, mesmo direcionando a execução de atividades gerais, torna-se difícil o trabalho de forma integrada. Mesmo assim, observa-se que algumas equipes do PET tem conseguido desenvolver suas atividades em conjunto, participando ativamente de grupos de jovens, campanhas de vacinação, visita domiciliar, realização de palestras para idosos, atividades realizadas em escolas e creches, entre outras.

A atuação dos grupos no acolhimento dos usuários das USF (Unidade de Saúde da Família) tem sido bastante

promissora e importante, sendo, inclusive, uma das propostas da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (PNH/ HumanizaSUS), que surgiu com o objetivo de estabelecer um vínculo de confiança entre usuários e profissionais de saúde, assim como resgatar alguns dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) que há muito tempo vêm sendo deturpados no cotidiano dos serviços públicos.

Os agentes comunitários vêm realizando seu trabalho como parte equipe, e como parte da comunidade, convivendo direta e indiretamente com situações de miséria e de violência, acompanhadas muitas vezes da falta de recursos para solucioná-las e da impotência de propor novas alternativas de melhora. O impacto de todas estas questões citadas os expõe, a riscos de acidentes e adoecimentos tanto psíquicos como físicos em suas atividades produtivas, fato descrito por vários autores entre eles Lancman *et. al.* (2009).

De acordo com Leopardi (1999), “uma profissão que não conhece suas próprias correntes de pensamento se empobrece e dá a impressão que somente sabe fazer o seu trabalho pelo treinamento de fórmulas, rotinas e procedimentos padronizados...” e este é um fato que definitivamente não é seguido pela maioria dos agentes comunitários, eles reinventam sua atuação a cada dia, e este fato é discutido entre a equipe de maneira crítica, vislumbrando ações que visem à melhoria na qualidade de vida dos mesmos.

A estrutura, por vezes precária, de cada unidade é outro fator de grande relevância em todas as discussões. As farmácias destas unidades, por exemplo, em grande parte dos 5.550 Municípios do Brasil, existem em “local” designado para ser a farmácia, que pode ser em um pequeno quarto, embaixo de uma escada, entre outros, não existindo, na maioria das vezes controle algum com relação aos parâmetros necessários de armazenagem do medicamento, de forma a garantir sua estabilidade. As fichas de prateleira em muitos casos não são preenchidas e os livros de dispensação de medicamentos utilizados para preparação dos mapas, incompletos. E, de outra parte, sem a presença de farmacêuticos nestes locais.

Como parte do programa HIPERDIA, por exemplo, que faz parte da atenção básica, existe algumas USF que realizam encontros semanais ou mensais, com pacientes hipertensos e/ou diabéticos, onde os mesmos são acompanhados pelo enfermeiro e auxiliares, e estes, além de realizar os exames de controle da hipertensão e/ou diabetes, realizam palestras, informam os pacientes sobre as cores específicas para cada medicamento, visando o seu uso racional, visto que, muitos pacientes utilizam uma grande quantidade de medicamentos, que apresentam a mesma cor e tamanho.

Este procedimento é bastante eficaz, no momento da administração do medicamento, na residência do paciente que, em alguns casos, são também analfabetos. Na realização destes procedimentos, o profissional farmacêutico não tem qualquer participação. E, levando em consideração que se trata de duas doenças crônicas, além da adesão ao tratamento, a adoção de estilo de vida mais saudável é essencial. Neste sentido, levando em consideração que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil, sendo o diabetes mellitus e a hipertensão importantes fatores de risco, e também que vários estudos revelam que 60% desses pacientes interrompem seus tratamentos com a melhora ou devido aos efeitos colaterais, as informações prestadas ao paciente no momento da dispensação do medicamento assim como o necessário acompanhamento farmacoterapêutico, são fundamentais, demonstrando assim uma importante fragilidade do sistema.

Na cidade do Recife, por exemplo, existe o Programa de Farmácias da Família (PFF), no qual foram criadas farmácias centrais e desativados os pontos de dispensação, num raio de 2 até 2 Km, num total de 14 dos 147 que existiam, na cidade. Assim, o PFF segue o princípio da distribuição territorial, mas, congregando um universo mais amplo de usuários, em torno de 30 a 40mil habitantes para cada, atendendo de 500 a mil prescrições/ dia. A diferença é que, nestes locais, existem farmacêuticos atuando na orientação dos pacientes no momento da dispensação.

Outro aspecto importante a ser considerado, trata-se do grande número de monitores do PET que desistem de suas atividades rapidamente e em qualquer momento, deixando lacunas a serem ocupadas por outros alunos, com as atividades em pleno andamento. Acredita-se na necessidade da realização de palestras (incluindo apresentações de outros alunos sobre sua vivência no PET), fornecendo maiores informações para estes alunos que estão ingressando, ressaltando sobretudo, a importância desta atividade para os usuários de SUS.

VISÃO DO PRECEPTOR

PET Saúde: Onde começa e onde termina? Como delimitar um trabalho contínuo? A proposta do PET de aproximar os estudantes da prática do serviço e prepará-los para a atuação na saúde pública é uma forma direta e eficaz de formar profissionais interessados e capacitados neste serviço. Os preceptores nesse contexto funcionam como pontes, intermediando as relações entre a universidade e o mercado de trabalho. Estes têm uma vivência prática na saúde pública o que possibilita a integração do estudante neste contexto de forma dinâmica e atualizada.

Mesmo que os estudantes venham às unidades esperando uma vivência teórico/prática, cabe ao preceptor direcionar a execução de experiências práticas, visto que a teoria relacionada ao SUS/ atenção básica, faz parte dos assuntos que compõem o *currículo* de todos os cursos de saúde nas universidades. De acordo com o relato de alguns estudantes e preceptores, uma das maiores dificuldades de adaptação ao programa é justamente o hábito de aprendizagem e avaliação na forma tradicional vivenciado pelos estudantes nos seus respectivos cursos.

No entanto, quando estes chegam às unidades, deve-se tentar despertar neles o interesse pelo conhecimento contínuo do serviço e conseqüentemente, do SUS. Realizando, assim, um processo de troca e construção de conhecimentos criando um modelo sócio construtivista de educação continuada. A educação continuada é responsabilidade de todos entre eles a universidade, estado, instituições públicas e privadas, devendo esta ser exercida com responsabilidade para que os resultados estejam dentro da meta esperada. No PET, estas metas têm sido buscadas, porém de forma pouco articulada, entre os agentes comunitários, principalmente, que são parte importante na dinâmica de funcionamento do PET e no entanto, não são contemplados no programa do Mistério da Saúde.

Outro fato importante, trata-se da seleção dos alunos (monitores) que é diferente em cada curso, gerando problemas futuros na unidade como por exemplo, o cumprimento da carga horária mínima, e dessa forma o estudante chega ao serviço com incompatibilidade de horário, dificultando, inclusive a interdisciplinaridade. Esta é apenas uma das dificuldades presentes no dia-a-dia do preceptor e que poderia ser evitado mediante uma dinâmica de planejamento integrado e gradativo.

VISÃO DO MONITOR

O PET inclui um grande grupo de estudantes, docentes, cursos, além dos profissionais das USF. Conseqüentemente, gera um fortalecimento da integração dos cursos da área de saúde com o serviço de atenção básica, proporcionando uma formação acadêmica multiprofissional, contextualizada e resolutive. A troca de experiências entre as carreiras lança um olhar mais holístico sobre a população e os profissionais.

Trata-se de um programa muito válido e enriquecedor para os acadêmicos que vivenciam o contato direto com a saúde pública e com as outras profissões, sendo esse projeto um grande movimento de troca de experiências e uma janela para o conhecimento de novos saberes. O PET desperta, ainda, os universitários para o

seu papel perante a sociedade. Além disso, os discentes têm a oportunidade de desenvolver habilidades de executar pesquisas e contribuir para construção do conhecimento na área da atenção básica. Com essas pesquisas, espera-se que sejam implantados programas de educação permanente em atenção básica, priorizando problemas diagnosticados na comunidade e que as conclusões obtidas nos estudos sejam revertidas aos profissionais da unidade de saúde, às agentes comunitárias e, principalmente, aos usuários do SUS.

A inserção do aluno na atenção básica apóia-se, fundamentalmente, na oportunidade de se relacionar com os usuários do sistema de saúde, inserindo-o na realidade da comunidade, observando de maneira crítica todos os aspectos que a influenciam, proporcionando, assim, a chance de se colocar em prática o conhecimento teórico adquirido na academia.

Dessa forma, a passagem do graduando pelo PET contribui para a modificação no processo educacional e na formação profissional, transformando as pessoas e suas subjetividades, visando à promoção de uma reflexão sobre a produção do cuidado na saúde e assim ressignificar a forma de “fazer saúde”.

CONCLUSÃO

Verifica-se que o papel do profissional não deve estar limitado apenas à assistência à saúde, mas, estar mais atento à realidade de vida das pessoas, principalmente, em virtude das desigualdades sócio-econômicas e culturais do Brasil, que podem ser verificadas inclusive entre diferentes comunidades. Vislumbra-se, portanto, a necessidade de mudança de postura de todos os futuros profissionais relacionada à humanização na atenção à saúde e ressalta-se, como possibilidade de contribuição, a atuação do profissional mais além, enquanto cidadão e, neste caso, como agente transformador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, F.C.M.; MACIEL, A.N.P.; BASTOS, A.R.; BARROS, F.C.; IBIA-PINA, J.R.; SOUZA, S.M.F.; ARAÚJO, D.P. (PET-Saúde) Avaliação da inserção do estudante na unidade básica de saúde: visão do usuário. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 2010.

AZEVEDO, L. N.; PEREIRA, M. C. B., AGUIAR, A. L.; COSTA, C. L.; BRITO, L. L.; MONTEIRO, C. H. Contribuição da experiência com inserção na atenção básica para a humanização da formação de profissionais da saúde. In: V MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ESTUDANTES DE MEDICINA, 2008, João Pessoa: Ed. Universitária/UEPB.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria Interministerial N. 1.802 de 26 de agosto de 2008 (BR). Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 26 ago, 2008. Seção 1: 1677-7042.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. M.S. / Secretaria de Atenção à Saúde / Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer*. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde:Ministério da Educação, 2005b.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 01 out. 2010.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE – CEBES. Vinte anos do SUS: celebrar o conquistado, repudiar o inaceitável. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.33, n.81, p. 171-184, 2009.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo, Paz e Terra, 1996.

HIRSCH-MONTEIRO, C.; CALDAS, L.F.; CAVALCANTI, C.O.; URSULINO, A.I.M.; COSTA, C.L.; AGUIAR, A.L.; PEREIRA, M.C.B.; BRITO, L.L.; AZEVEDO, L.N.; SILVA, J.L.M. Contribuição da extensão comunitária para a inserção na atenção básica e formação de profissionais da saúde. In: V MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ESTUDANTES DE MEDICINA, 2008, João Pessoa: Ed. Universitária/UEPB.

LANCMAN, S.; GHIRARDI, M.I.G.; CASTRO, E.D.; TUACEK, T.A. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, v.43, n.4, p. 682-688, 2009.

LEOPARDI, M.T. Resgate da subjetividade no trabalho em saúde. In: Leopardi MT et al. *O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, Ed. Papa-Livros, 1999:83-150.

SABBAG, Paulo Yasigi. *Espirais de Conhecimento: ativando indivíduos, grupos e organizações*. São Paulo: Saraiva, 2007. 350p.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 171-184, 2009.

PREFEITURA municipal da Cidade do Recife. *Programa Farmácia da Família*. Secretaria de Saúde, Recife, 2006.