



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE  
(PET-SAÚDE) NO BRASIL  
NO PERÍODO DE 2008 A 2013**

**ANTÔNIO FERREIRA LIMA FILHO**

**Orientador: Prof. Dr. Everton Nunes da Silva**

**Brasília-DF  
2020**

**ANTÔNIO FERREIRA LIMA FILHO**

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE  
(PET-SAÚDE) NO BRASIL  
NO PERÍODO DE 2008 A 2013**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Everton Nunes da Silva

Brasília-DF

2020

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

LL732a LIMA FILHO, Antônio Ferreira  
Análise do programa de educação pelo trabalho para a  
saúde (Pet-Saúde) no Brasil, no período de 2008 a 2013 /  
Antônio Ferreira LIMA FILHO; orientador Everton Nunes da  
SILVA. -- Brasília, 2020.  
76 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissionalizante em  
Saúde Coletiva) -- Universidade de Brasília, 2020.

1. Educação em saúde. 2. Saúde pública. 3. Orçamento  
federal. 4. Política pública. 5. Formação de Recursos  
Humanos. I. SILVA, Everton Nunes da, orient. II. Título.

**ANTÔNIO FERREIRA LIMA FILHO**

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE  
(PET-SAÚDE) NO BRASIL  
NO PERÍODO DE 2008 A 2013**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Everton Nunes da Silva  
Universidade de Brasília  
Orientador

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Ana Valéria Machado Mendonça  
Universidade de Brasília  
Membro Interno

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marcia Hiromi Sakai  
Universidade Estadual de Londrina  
Membro Externo

---

Prof. Dr. Jorge Otávio Maia Barreto  
Fundação Oswaldo Cruz  
Membro Suplente

Aprovada em: 30/07/2020

*(...) quer dizer, quando quem sabe, sabe, primeiro, que o processo em que aprendeu algo é social; segundo, quando sabe que, ao ensinar o que sabe a quem não sabe, sabe também que dele ou dela pode aprender algo que não sabia (...)*

Paulo Freire, *Cartas à Guiné-Bissau*, 1977

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar os processos de implementação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e os dados físicos e investimentos federais destinados ao programa no período de 2008 a 2013. Para alcançá-lo, descreveu os editais do programa publicados no período de 2008 a 2013, levantou dados físicos e financeiros referentes à implementação do PET-Saúde e investigou a distribuição dos projetos por linha de pesquisa e por localidade geográfica. O PET-Saúde foi instituído pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, do Ministério da Saúde, como uma das estratégias de mudanças na graduação, tendo em perspectiva as necessidades sociais em saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais. A opção metodológica foi por um estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa, utilizando-se técnicas de levantamento em fontes secundárias. Realizou-se pesquisa documental e bibliográfica e foram analisados dados constantes do Sistema de Informações Gerenciais do PET-Saúde – SIG-PET-Saúde, desenvolvido por técnicos do Departamento de Gestão e Educação em Saúde -DEGES/SGTES/MS. O Sistema viabiliza a inserção e validação dos dados cadastrais dos participantes, as autorizações/homologações mensais de pagamento das bolsas e os registros da execução técnica de atividades desenvolvidas. Também foram consultados dados financeiros e orçamentários constantes do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal – SIAFI, que é um sistema contábil desenvolvido pelo Serviço Federal de Processamento de Dados – SERPRO, cuja finalidade é realizar todo o processamento, controle e execução financeira, patrimonial e contábil do governo federal brasileiro. Foram analisados quatro editais, dos anos de 2008 a 2013, todos de abrangência nacional, porém com maior participação da Região Sudeste. Os cursos de Enfermagem e Medicina foram os que mais apresentaram projetos, e as linhas de pesquisa predominantes foram na área de administração de serviços de saúde e vigilância em saúde. Os resultados demonstraram a contribuição do programa como indutor na articulação entre as instituições de educação superior, os serviços públicos de saúde e a população. Destacaram-se avanços no trabalho multiprofissional e interdisciplinar, intensificação das ações de intervenção e pesquisa realizadas em unidades básicas de saúde e direcionadas à comunidade, utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, diversificação dos cenários de práticas, ampliação da intersetorialidade, reorganização dos processos de trabalho, promoção da educação permanente, valorização dos profissionais da saúde e das necessidades dos serviços subsidiando as práticas acadêmicas, fortalecimento e dinamização dos mecanismos de financiamento das ações de educação na saúde, e estímulo à produção e disseminação de conhecimentos na área da atenção básica.

**Palavras-chave:** Educação em saúde. Saúde pública. Orçamento federal. Política pública. Formação de Recursos Humanos. Profissionais de saúde.

## ABSTRACT

This work aimed to analyze the implementation processes of the Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde (In English, The Education Program of Work for Health – PET-Health) and the physical data and federal investments destined to the program from 2008 to 2013. To achieve it, it described the public notices of the program published between 2008 and 2013, collected physical and financial data regarding the implementation of PET-Saúde, and investigated the distribution of projects by the line of research and geographic location. PET-Saúde was instituted by the Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES (In English, Secretariat for Labor-Management and Health Education), of the Ministry of Health, as one of the strategies for changes in graduation, considering the social needs in health and the National Curriculum Guidelines. The methodological option was for an exploratory-descriptive study with a quantitative approach, using survey techniques from secondary sources. Documentary and bibliographic research was carried out and data from the Sistema de Informações Gerenciais do PET-Saúde – SIG-PET-Saúde (In English, PET-Health Management Information System - SIG-PET-Health), developed by technicians from the Departamento de Gestão e Educação em Saúde -DEGES/SGTES/MS (In English, Department of Health Management and Education). The System makes possible to insert and validate the registration data of the participants, the monthly authorizations/approvals for the payment of scholarships, and the records of the technical execution of activities carried out. Financial and budgetary data were also consulted. These data are included in the Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal – SIAFI (In English, Federal Government's Integrated Financial Administration System), which is an accounting system developed by the Serviço Federal de Processamento de Dados – SERPRO (In English, Federal Data Processing Service), whose purpose is to perform all financial processing, control, and execution, equity, and accounting of the Brazilian federal government. Four edicts were analyzed, from 2008 to 2013, all of national scope, but with greater participation from the Southeast Region. Nursing and Medicine courses were the ones that presented the most projects, and the predominant research lines were in the area of health service administration and health surveillance. The results demonstrated the program's contribution as an inducer in the articulation between higher education institutions, public health services and the population. The highlighted aspects were: advances in multiprofessional and interdisciplinary work, intensification of intervention and research actions carried out in basic health units and aimed at the community, use of active teaching-learning methodologies, diversification of practice scenarios, expansion of intersectoriality, reorganization of processes of work, promotion of permanent education, valuing health professionals and the needs of services subsidizing academic practices, strengthening and dynamizing the financing mechanisms of health education actions, and stimulating the production and dissemination of knowledge in the area of primary care.

**Keywords:** Health education. Public health. Federal budget. Public policy. Human Resources Training. Professional of health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Editais analisados neste estudo: Brasil, 2008 a 2013. ....	60
Gráfico 1 - Número de participantes PET-Saúde, por modalidade. ....	61
Gráfico 2 - Distribuição de participantes nos projetos PET-Saúde. ....	62
Gráfico 3 - Distribuição de projetos PET-Saúde. ....	62
Gráfico 4 - Comparativo do orçamento da DEGES e do Pet-Saúde. ....	66
Gráfico 5 - Temas de pesquisa apresentados nos projetos PET-Saúde. ....	66

## LISTA DE SIGLAS

AIS.....	Ações Integradas de Saúde
APS.....	Atenção Primária à Saúde
CAPES/MEC .....	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Ministério da Educação
CASAI .....	Casas de Apoio à Saúde Indígena
CES.....	Câmara de Educação Superior
CF.....	Constituição Federal
CGAL .....	Comissões de Gestão e Acompanhamento Local
CGHOSP .....	Coordenação Geral de Atenção Hospitalar
CGPLAN .....	Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento
CGR .....	Colegiados de Gestão Regional
CGUE .....	Coordenação de Urgência e Emergência
CIB .....	Comissões Intergestores Bipartite
CIES .....	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
Cinaem.....	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino
CIR .....	Comissões Intergestores Regionais
CIT .....	Comissão Intergestores Tripartite
CMS.....	Conselhos Municipais de Saúde
CNE .....	Conselho Nacional de Educação
CNPq .....	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS .....	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS .....	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS .....	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB/SAS/MS .....	Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
DAHU.....	Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência
DATASUS/SE/MS .....	Departamento de Informática do SUS
DCN.....	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGERTS .....	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

DEGES .....	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DEGES/SGTES/MS .....	Departamento de Gestão e Educação em Saúde/Sistema de Informações Gerenciais do PET-Saúde/Ministério da Saúde
DEPREPS .....	Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde
DOU .....	Diário Oficial da União
EPS .....	Educação Permanente em Saúde
ESF .....	Estratégia Saúde da Família
FNDE.....	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
FNEPAS .....	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde
FNS .....	Fundo Nacional de Saúde
FORMSUS .....	Formulário Eletrônico do SUS
IDA.....	Programa de Integração Docente Assistencial
IES .....	Instituições de Educação Superior
INEP .....	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC .....	Ministério da Educação
MS .....	Ministério da Saúde
NECAAB.....	Núcleos de Excelência Clínica Aplicada na Atenção Básica
NOB/RH-SUS .....	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
OMS .....	Organização Mundial da Saúde
OPAS.....	Organização Pan-americana de Saúde
PAREPS .....	Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
RUE .....	Rede de Urgência e Emergência
PET-Saúde .....	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PET-Saúde UFMG/SMSA-BH....	Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais/Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
PIASS .....	Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNEPS .....	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPC.....	Projetos Pedagógicos dos Cursos
Profae.....	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

PREVSAÚDE.....	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
Programa UNI .....	União com a Comunidade
Projeto UNI .....	Uma Nova Iniciativa
Promed.....	Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina
PRÓ-SAÚDE.....	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF .....	Programa Saúde da Família
RAS .....	Redes de Atenção à Saúde
SAS.....	Secretaria de Atenção à Saúde
SERPRO.....	Serviço Federal de Processamento de Dados
SESAI.....	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SESu/MEC .....	Secretaria de Educação Superior/Ministério da Educação
SGTES/MS.....	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde
SIAFI .....	Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
SIG-PET-Saúde .....	Sistema de Informações Gerenciais do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
SINAES .....	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS.....	Sistema Único de Saúde
UNA-SUS.....	Universidade Aberta do SUS
UnB.....	Universidade de Brasília
VER-SUS .....	Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
2.1 Objetivo geral.....	15
2.2 Objetivos específicos .....	15
<b>3 MÉTODO .....</b>	<b>16</b>
<b>4 OBJETO DE ESTUDO.....</b>	<b>17</b>
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>18</b>
5.1 Políticas públicas.....	18
5.2 Monitoramento e avaliação das políticas públicas.....	21
5.3 A política de Educação na Saúde no Brasil e os seus movimentos de mudanças na gradação .....	23
5.4 Diretrizes Curriculares Nacionais .....	25
5.5 A Educação Superior na área da Saúde e as necessidades do SUS .....	27
5.6 A Educação Permanente em Saúde.....	31
<b>6 PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE – PET-Saúde .....</b>	<b>37</b>
6.1 Contexto .....	37
6.2 Monitoramento e avaliação do Programa Pet Saúde.....	43
6.3 Sistema de Informações Gerenciais do PET-Saúde – SIG-PET .....	49
<b>7 DISCUSSÃO E RESULTADOS .....</b>	<b>50</b>
7.1 Edital nº 12/2008.....	52
7.2 Edital nº 18/2009.....	54
7.3 Edital nº 24/2011 .....	54
7.4 Edital nº 14/2013.....	57
7.5 Dispêndios do Programa PET-Saúde .....	63
<b>8 CONCLUSÃO.....</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>70</b>

## **CARTA DE APRESENTAÇÃO**

Antônio Ferreira Lima Filho é graduado em administração pela Universidade Católica de Brasília (1997), pós-graduação em administração pública pelo Centro Educacional Fortium (2009) e atualmente está cursando Mestrado Profissional em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB).

Servidor público da carreira de ciência e tecnologia, tem vasta experiência em administração, com ênfase em gestão pública, atuando principalmente na área de planejamento e orçamento público. Trabalhou no Ministério da Saúde durante 23 anos. Atualmente exerce a função de Subsecretário Adjunto de Planejamento, Orçamento e Governança no Ministério da Cidadania.

Enquanto servidor no Ministério da Saúde, foi lotado na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – SGTES/MS, até janeiro de 2019, ocupando cargos de Coordenador Geral de Planejamento e Orçamento, Chefe de Gabinete, Diretor de Programa e Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Em 2018, ao ser selecionado para cursar este mestrado, começou a desenvolver o projeto de análise da implementação do Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde), executado pela SGTES/MS, local onde trabalhava, e por isso dispunha de fácil acesso a vários bancos de dados referentes ao Programa.

## 1 INTRODUÇÃO

Visando reduzir a defasagem entre ensino e realidade, o Ministério da Saúde tem implementado algumas políticas de formação de pessoal de nível superior, como as seguintes: i) Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS); ii) Aprender-SUS; EnsinaSUS; iii) Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS); iv) Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); v) Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE); e vi) Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).

Nesse contexto, o PET-Saúde tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade e constitui uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, e a Secretaria de Educação Superior (SESU), do Ministério da Educação.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) passou a compor a estrutura organizacional do Ministério da Saúde a partir de 2003 como um dos instrumentos de priorização da Política de Educação e do Trabalho em Saúde, segundo o disposto no art. 200 da Constituição Federal. Conforme as competências estabelecidas no Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016, arts. 28 a 31, a SGTES exerce, na gestão federal do SUS, a formulação de políticas e programas orientadores da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores do SUS e enfrentamento das iniquidades do mercado de trabalho em saúde no que tange à disposição de profissionais e necessidades de saúde da população. A SGTES está estruturada em um Gabinete, uma Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento (CGPLAN), uma Diretoria de Programa e três Departamentos: da Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), conforme Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016.

Os principais programas em desenvolvimento pela SGTES buscam assegurar o acesso universal e igualitário a ações e serviços de saúde, impondo à função da formação e da gestão do trabalho a responsabilidade pela qualificação dos trabalhadores e pela organização do trabalho em saúde. Constituem, assim, novos perfis profissionais e gestores com condições de responder à realidade de saúde da população e das necessidades do SUS.

Estas parcerias, entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, estabelecidas na formulação, implementação, monitoramento e avaliação do PET-Saúde, envolvem o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS), o Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), o Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS), o DATASUS/SE/MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), e os Departamentos de Desenvolvimento da Rede de Instituições Federais de Ensino Superior e de Hospitais Universitários Federais e Residências de Saúde/SESU/MEC.

O objetivo geral do Programa é fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde. Além disso, é considerado instrumento de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, de acordo com as demandas do SUS, tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino (BATISTA et al., 2015).

O PET-Saúde é uma inovação pedagógica que agrega os cursos de graduação da área da saúde e fortalece a prática acadêmica que integra a universidade em atividades de ensino, pesquisa e extensão, com demandas sociais de forma compartilhada. Realiza-se como educação interprofissional, na qual estudantes de diferentes formações e que estão em diversos períodos em suas graduações, mediados por professores de várias formações e profissionais dos serviços, aprendem e interagem em conjunto visando à melhoria da qualidade no cuidado à saúde das pessoas, famílias e comunidades. Valoriza, ainda, o trabalho em equipe, a integração e as especificidades de cada profissão. O PET-Saúde tem produzido intervenções nas quais estudantes, docentes, profissionais dos serviços de saúde e comunidade são protagonistas. Além de atividades periódicas nos cenários de práticas da rede pública de serviços de saúde, todos os integrantes dos projetos PET-Saúde desenvolvem pesquisas em temas prioritários para o SUS.

O Programa visa fomentar grupos de aprendizagem tutorial nas práticas da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Como uma das ações intersetoriais direcionadas ao fortalecimento deste nível de atenção e à integração educação-SUS, o Programa prevê o pagamento de bolsas para tutores acadêmicos, preceptores e estudantes de graduação da área da saúde. Contribuiu para a Estratégia Saúde da Família, visto que uma das principais dificuldades encontradas para sua consolidação está na formação e qualificação das equipes,

cujos profissionais, em geral, não foram formados para atuar com resolubilidade nesse modelo de atenção e em conformidade com os princípios do SUS.

A Educação Tutorial caracteriza-se pela presença de um professor tutor com a missão de orientar e estimular a aprendizagem ativa dos estudantes a partir de uma prática fundada em compromissos éticos e sociais. O tutor acadêmico deve oferecer, além da orientação aos estudantes de graduação, a capacitação pedagógica ao preceptor e a orientação voltada à pesquisa e produção de conhecimento relevante para os serviços de saúde. Da mesma forma, a experiência e a realidade dos serviços devem subsidiar as práticas acadêmicas. Neste sentido, o Programa determina que, para a continuidade do financiamento das bolsas, as Instituições de Educação Superior (IES) instituam e mantenham Núcleos de Excelência Clínica Aplicada na Atenção Básica (NECAAB), constituídos por representantes dos bolsistas, da direção da faculdade, residentes e estudantes de graduação.

O PET-Saúde foi implementado em cursos de graduação de todo o país, das 14 profissões da saúde, e foi aprofundando gradativamente a integração ensino-serviço-comunidade. Inicialmente implementado na atenção básica, avançou depois para a saúde mental, para a vigilância em saúde e finalmente para as redes de atenção como um todo. A análise da série histórica dos temas de pesquisa também mostra que houve o aprofundamento e fortalecimento dessa integração à medida que o programa evoluiu e sua implementação se consolidou. Desta forma, o PET-Saúde constitui-se em um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do SUS.

O Programa tem caráter complementar a outras políticas que visam à integração entre a graduação e os serviços/sistema de saúde, com ênfase na atenção básica, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRÓ-SAÚDE.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar os processos de implementação do PET-Saúde no Brasil e os dados físicos e investimentos federais destinados ao Programa no período de 2008 a 2013.

### **2.2 Objetivos específicos**

1. Descrever os editais do Programa publicados no período de 2008 a 2013;
2. Levantar os dados físicos e financeiros referente a implementação do PET-Saúde;
3. Investigar a distribuição dos projetos por linha de pesquisa e por localidade geográfica.

### 3 MÉTODO

A opção metodológica foi por um estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa, utilizando-se de técnicas de levantamento em fontes secundárias, a partir da sistematização e análise de levantamento de dados. Foram analisados dados constantes do Sistema de Informações Gerenciais do PET-Saúde – SIG-PET-Saúde, desenvolvido por técnicos do Departamento de Gestão e Educação em Saúde – DEGES/SGTES/MS. Também foram consultados dados financeiros e orçamentários constantes do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal – SIAFI.

A pergunta-problema que deflagra o estudo é: Quais são os investimentos e avanços na implementação do PET-Saúde?

Como essa pergunta tem uma abrangência ampla, que extrapola as possibilidades de concretização para esta dissertação, foi necessário realizar alguns recortes. Em primeiro lugar, optou-se por restringir o PET-Saúde à temática “Saúde da Família” e somente a uma edição do PET-Saúde/Redes. Tal escolha justifica-se pelo expressivo quantitativo de integrantes do programa que, apenas atuando na área da APS, representou um universo de aproximadamente 28.500 profissionais estudantes, como será detalhado mais adiante. Pelo mesmo motivo, foi realizado um recorte temporal ao se delimitar o período compreendido entre 2008 e 2013. Nesse período, foram publicados 4 (quatro) editais visando à implementação do Programa.

#### **4 OBJETO DE ESTUDO**

Como objeto de estudo foram definidos os dados físicos e financeiros de implementação do PET-Saúde provenientes dos quatro editais publicados no período de 2008 a 2013.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção, apresenta-se uma revisão de literatura caminhando de uma abordagem mais teórica – sobre políticas públicas – para uma mais prática – sobre educação e saúde no Brasil. Neste trajeto, buscou-se sistematizar as opções teóricas estudadas durante o Mestrado e as que foram adotadas nesta dissertação, bem como algumas categorias e conceitos que norteiam a educação em saúde no país.

### 5.1 Políticas públicas

Políticas públicas podem ser definidas como “conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público” (LUCCHESI, 2002, p. 3). Já Höfling (2001, p. 31) compreende políticas públicas “como as de responsabilidade do Estado – quanto à implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolvem órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada”.

O campo de conhecimento denominado “políticas públicas” vem sendo objeto de constantes estudos nas últimas décadas, em países como o Brasil. Aspectos relacionados aos processos que regem sua decisão, formulação, implementação, monitoramento e avaliação ganharam maior importância e visibilidade, em especial nos países em desenvolvimento. Dye (1992) define políticas públicas, sinteticamente, como “o que os governos decidem fazer ou não fazer” e Peters (1986) as caracteriza como a soma das atividades dos governos (agindo diretamente ou por delegação) que influenciam a vida dos cidadãos, ou seja, são formas de intervenção na realidade condicionadas por expectativas sociais.

Laswell (1958 [1936]), ainda nos anos 1930, introduz o termo “*policy analisa*” (“análise de políticas públicas”). Lindblom (1959, 1979) destacou o papel de certas variáveis no processo de formulação e análise de políticas, como as relações de poder representadas por partidos políticos, burocracias e grupos de interesse. Easton (1965) ampliou o escopo de sua compreensão ao definir a política pública como um sistema, ressaltando as relações entre sua formulação, seus resultados e o ambiente.

Poulantzas (2000) aponta que Estado, sociedade, política e economia apresentam uma inter-relação histórica. Não há como, portanto, considerá-las de forma descontextualizada de um projeto político e de teorias construídas no campo da sociologia, das ciências políticas e da economia.

Para sua melhor compreensão, é necessário levar em conta alguns aspectos: políticas públicas são geradas por uma série de interações entre decisões mais ou menos conscientes de diversos atores sociais (e não somente dos tomadores de decisão); envolvem tanto intenções, quanto comportamentos e tanto ação como não ação; podem determinar impactos não esperados; envolvem relações intra e inter-organizações e múltiplos atores de diferentes campos de conhecimento.

A discussão sobre políticas públicas tem início na reflexão sobre os motivos pelos quais determinadas ideias novas entram na agenda governamental e outras não, ou seja, sobre os condicionantes das mudanças ou da adoção de novas políticas públicas a partir do reconhecimento de que uma questão social é de fato um problema público e, portanto, da necessidade de intervenção governamental para sua solução. Uma contribuição ao debate pode ser observada no conceito de “*policy window*” apresentado por Kingdon (1984) em seu estudo sobre agenda governamental, alternativas e políticas públicas, que busca identificar condições que geram a abertura de “janelas de oportunidade”. Segundo o autor, um dos fatores que fazem com que uma pauta entre na agenda política e outras sejam negligenciadas, bem como determinadas propostas/alternativas recebam mais atenção que outras, diz respeito aos participantes/atores relacionados com as temáticas.

Kingdon (1984) destaca que muitos desses atores estão envolvidos no modelo por ele formulado, chamado “*multiple streams model*”. Nesse modelo, em que a mudança da agenda é o resultado da convergência que abrange três fluxos: problemas (*problems*), soluções ou alternativas (*policies*) e política (*politics*), preocupa-se fundamentalmente com a formação da agenda (*agenda-setting*) e as alternativas para a formulação das políticas (*policy formulation*). O autor considera que os indivíduos identificam e concentram sua atenção em determinados problemas (ignorando outros), elaboram propostas para mudanças nas políticas públicas e militam em atividades políticas, como no caso de campanhas eleitorais e grupos de “lobistas”. Para ele, cada participante (seja o presidente da república, congressistas, burocratas, civis, lobistas, jornalistas, ou membros da academia) pode, em princípio, estar envolvido em cada um dos processos desses múltiplos fluxos, como na identificação dos problemas, na elaboração de

propostas para seu enfrentamento ou na política “propriamente dita”. Nesse sentido, um mobilizado grupo de oposição a uma determinada agenda governamental pode pressionar até “derrubá-la” da lista de prioridades ou até mesmo excluí-la da agenda. Da mesma forma, Capella (2006) analisa como questões específicas se tornam importantes em determinados momentos, despertando a atenção dos formuladores de políticas e passando a integrar a agenda governamental, bem como a influência dos diferentes atores nesse processo.

Ham e Hill (1993, p.13) analisam as “implicações do fato de que a política envolve antes um curso de ação ou uma teia de decisões que uma decisão”, destacando aspectos como:

- há uma rede de decisões de considerável complexidade;
- há uma série de decisões que, tomadas em seu conjunto, encerram mais ou menos o que é a política;
- políticas mudam com o passar do tempo e, em consequência, o término de uma política é uma tarefa difícil;
- “o estudo de políticas deve deter-se, também, no exame de não-decisões” (HAM; HILL, 1993).

Os autores colocam, ainda, que o estudo de não-decisões tem adquirido importância crescente nos últimos anos. Uma forma de resumir as características do conceito é dada por estes três elementos:

1. uma teia de decisões e ações que alocam (implementam) valores;
2. uma instância que, uma vez articulada, vai conformando o contexto no qual uma sucessão de decisões futuras serão tomadas;
3. algo que envolve uma teia de decisões ou o desenvolvimento de ações no tempo, mais do que uma decisão única localizada no tempo.

A demonstração das fases que compõem um processo dinâmico e interdependente das políticas públicas, o denominado “ciclo de vida” (*policy cycle*) de programas e políticas, tem sido utilizada por diversos autores como proposta de método analítico, não obstante críticas em relação à forma simplificada de apresentação do processo. O primeiro momento é justamente a definição da agenda política (*agenda-setting*). A fase seguinte refere-se à formulação de programas e políticas (*policy formulation*) para a construção de possíveis soluções (as alternativas estudadas por Kingdon), com o estabelecimento de objetivos e estratégias para o enfrentamento dos problemas identificados e legitimados na agenda. O terceiro momento é o

da tomada de decisão (*decision making*), em que uma ou algumas das alternativas formuladas são escolhidas. Os empenhos governamentais com aportes técnicos e financeiros para a implementação dos programas/políticas (*policy implementation*) constituem-se na fase seguinte do ciclo, em que normas, rotinas e processos são convertidos do campo das intenções para ações. O quinto momento, de avaliação (*policy evaluation*), busca identificar se os esforços empreendidos para solucionar o problema inicial surtiram efeitos positivos, com eventual correção dos rumos dos programas/políticas, em caso contrário. Avalia-se, então, se os programas/políticas devem sofrer mudanças em suas ações para ganhar efetividade; se devem ser descontinuados em função de seu fracasso ou por terem deixado de fazer parte da agenda governamental (o problema foi superado, por exemplo); ou, ainda, se devem ser adaptados frente a uma nova realidade, reiniciando o ciclo.

O *policy cycle*, portanto, para além dos aspectos gerenciais e estruturais, envolve questões estratégicas, políticas e comportamentais, com a participação de diversos atores. São momentos de intensa negociação, nos quais os conflitos de interesse emergem e interferem diretamente na legitimidade e sustentabilidade das políticas públicas, numa permanente (re)construção de pactos e novos processos decisórios. Os governos têm sido pródigos na formulação de novas estratégias que envolvem legislações/normatizações, mas, em geral, é no momento da implementação das ações que a maioria dos problemas surge. Há uma distinção frequentemente adotada na gestão de políticas públicas entre os idealizadores/formuladores da política, aos quais se atribui o mérito do “trabalho intelectual”, e os implementadores, considerados aqueles que operacionalizam as ações, projetos ou programas dela decorrentes.

## **5.2 Monitoramento e avaliação das políticas públicas**

Políticas públicas, após serem formuladas, desdobram-se em projetos e programas, que precisam ser acompanhados e avaliados quando entram em ação, inclusive por meio do desenvolvimento de bases de dados e sistemas de informação. É crescente o número de estudos técnicos e acadêmicos sobre avaliação e monitoramento de políticas públicas, pela compreensão de sua importância enquanto estratégia de gestão da esfera governamental.

Sabe-se que durante a execução de políticas públicas, invariavelmente, surgem problemas de diversas ordens, afetando sua operacionalização, sejam eles administrativos, burocráticos, institucionais ou financeiros. Desta forma, o “valor” de uma determinada política

deve ser considerado não apenas em função de seu conteúdo, mas também tendo em perspectiva a potencialidade de sucesso de sua implementação. Segundo Browne e Wildavsky (1984), sempre “haverá um território nebuloso no processo de implementação, sobretudo quando se consideram os diversos níveis de governo e as distintas organizações envolvidas na implementação de políticas”.

O monitoramento é reconhecido por muitos autores como avaliação em processo. Silva (2001), no entanto, aponta que o monitoramento é uma atividade gerencial que tem como objetivo garantir o desenvolvimento do trabalho conforme planejado, ou seja, caracteriza-se como uma atividade interna realizada durante a execução da ação governamental. Trata-se da utilização de um conjunto de estratégias destinadas a realizar o acompanhamento de uma política, programa ou projeto. Garcia (2001) define monitoramento como “um processo sistemático e contínuo que, produzindo informações sintéticas e em tempo eficaz, permite a rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações monitoradas”.

Pode-se sintetizar, então, monitoramento como um processo permanente de coleta, análise e sistematização de informações e de verificação do andamento da ação governamental. Jannuzzi (2011) aponta que a institucionalização das atividades de monitoramento de programas e políticas públicas vem ganhando força no Brasil, e destaca, dentre outros, o caso do Ministério da Saúde, ao disponibilizar dados sobre estatísticas vitais, produção de serviços e acompanhamento de programas nas três esferas de governo, por meio do Departamento de Informática do SUS – DATASUS/MS.

Nesse processo de monitoramento, é natural que os gestores queiram saber se seus objetivos estão sendo atendidos. Como atividade inerente ao processo de planejamento, a avaliação tem papel estratégico enquanto ação direcionadora de programas e políticas públicas, devendo ser institucionalizada.

Na prática, os estudos de avaliação costumam abranger conceitos (eficiência, eficácia e efetividade) que relacionam componentes de estrutura, processos e resultados. De fato, já em meados da década de 1960, Donabedian (1966) contribuía para a avaliação da qualidade na área da saúde recomendando que não se considerasse apenas uma perspectiva de análise, e sim que a mesma fosse realizada a partir da seleção de um conjunto de indicadores representativos das três dimensões citadas.

Nesta perspectiva, no que se refere à natureza das pesquisas, podem ser classificadas em avaliação de estrutura (recursos utilizados), processos (centrada no desenho, nas características organizacionais e de desenvolvimento do programa/política) e avaliação de resultados (que procura responder o quanto e com que qualidade os objetivos do programa/política estão sendo atendidos).

Em relação à temporalidade, as pesquisas de avaliação podem ser distinguidas em avaliações *ex ante* (que ocorrem em geral durante a fase de formulação do programa/política, objetivando aprimorar o seu desenho e estratégias metodológicas e/ou estabelecer uma linha de base que permita futuras comparações) e avaliações *ex post* (realizadas durante ou após a realização do programa/política, para avaliar seus resultados, impactos e efeitos).

Como tipos de resultados de um dado programa, Draibe (2001) aponta o desempenho (resultados no sentido estrito, “produtos” do programa), os impactos (mudanças efetivas na realidade sobre a qual o programa intervém e por ele são provocadas) e os efeitos (referem-se a outros impactos do programa, esperados ou não, que afetam o meio social e institucional no qual se realizou). Segundo ela, uma mesma pesquisa pode avaliar os três tipos de resultados (em sentido amplo), mas, infelizmente, em geral limita-se a identificar o primeiro grupo, o de desempenho do programa/política.

Ainda conforme Draibe (2001), as avaliações de processo de natureza qualitativa procuram identificar os aspectos facilitadores e os obstáculos que operam ao longo da implementação e que condicionam, positiva ou negativamente, o cumprimento das metas e objetivos do programa/política. A dimensão temporal e as estratégias que orientaram sua implementação podem ser aferidas em avaliações de processo. Investigações dessa natureza buscam identificar os condicionantes, no plano dos processos, dos êxitos ou dos fracassos do programa/política.

### **5.3 A política de Educação na Saúde no Brasil e os seus movimentos de mudanças na graduação**

Faz-se referência aqui ao educador brasileiro Paulo Freire e seus conceitos de pedagogia problematizadora, em que o estudante deixa de ser objeto e passa a ser sujeito do processo educativo. Nessa perspectiva, as ações educativas pautam-se na formação de cidadãos críticos, capazes de trabalhar com uma proposta de construção coletiva, como importantes atores desse

processo, assumindo a responsabilidade de suas próprias transformações. Ser sujeito da aprendizagem implica que o estudante busque, ativamente, os conhecimentos necessários para dar respostas a questões e situações-problema. Estas teorias reforçam a importância da utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, tanto para crianças, jovens ou adultos. Paulo Freire (1996) estimulava o protagonismo da comunidade na busca por um desenvolvimento humano e econômico sustentável e a necessidade de aumentar o grau de consciência do povo sobre os problemas de seu tempo e de seu espaço, e dar-lhe uma “ideologia do desenvolvimento”.

O nascimento do mercado de trabalho e a própria ascensão do trabalho livre e assalariado como base da economia nacional ocorreram em um contexto de entrada crescente de uma população trabalhadora no setor informal, de subsistência e em atividades mal remuneradas. Esse panorama, que gera desigualdades e a dualidade trabalho formal *versus* trabalho informal, está presente e tem reflexos no Brasil até hoje, mantendo-o entre aqueles considerados periféricos, apesar de o país, nos dias atuais, apresentar uma das economias mais fortes do mundo.

Em que pese a diversidade de atores na arena política, com interesses (explícitos e implícitos) também diversos, o autor conclui que instituições bem concebidas podem permitir que os governos intervenham melhor na economia. Isso porque elas têm potencial para induzir os atores individuais – sejam agentes econômicos, políticos ou burocratas – a agir em prol do bem público. Destaca, no entanto, que esses desafios são difíceis de cumprir, ressaltando novamente a importância do desenho institucional da democracia, o fato de que pouco se avançou nesse sentido nos últimos 200 anos, e o espaço aberto para a criatividade institucional.

Os argumentos apresentados pelo autor avançam na problematização de questões fundamentais ao tema *governança/gestão pública*, em especial quando são analisados no contexto do Brasil, um país marcado por um histórico de clientelismo e patrimonialismo. Entretanto, deixam em aberto algumas questões, como, por exemplo, se os políticos de fato desejam intervir bem e controlar a burocracia, e de quais mecanismos institucionais a democracia poderia dispor para assegurar que os governos eleitos pelos cidadãos sejam efetivamente responsabilizados pelos resultados de suas ações.

O tema representa, portanto, um enorme desafio para a administração pública brasileira, considerando as diversidades e as dimensões continentais do país, em que prevalecem iniquidades advindas da divisão da sociedade em classes sociais, em que as posições e situações

dos indivíduos privilegiados foram construídas a partir de um histórico de políticas de exploração do trabalho, discriminação, racismo e desigualdades de gênero.

Mas o Estado deve ter por princípio atender à sociedade como um todo, e não a interesses de grupos detentores do poder econômico. Os objetivos dos burocratas não devem se afastar daqueles escolhidos pelos cidadãos ao elegerem seus representantes políticos, em especial quando envolvem bens públicos, como saúde e educação.

Nessa concepção político-ideológica, cuja condução se operacionaliza no âmbito de localregiões de saúde, convoca os sujeitos do quadrilátero da formação – ensino, serviço, gestão e controle social – a refletirem de modo permanente a realidade posta e a buscar soluções criativas para a superação dos problemas de saúde e, por conseguinte, qualificar as ações no intuito de aumentar a resolubilidade e a eficiência do sistema de saúde (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

#### **5.4 Diretrizes Curriculares Nacionais**

O conceito ampliado da saúde, que considera vários fatores determinantes e condicionantes, como moradia, alimentação, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda e educação, remete à necessidade de ações intersetoriais (HADDAD *et al.*, 2008). A intersetorialidade, como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que implementam políticas públicas que possam ter impacto positivo na saúde da população. Leva em conta as necessidades individuais e coletivas dos cidadãos brasileiros, as diversidades demográficas, epidemiológicas, sanitárias, sociais e econômicas do país (HADDAD *et al.*, 2008).

Considerando a complexidade do cenário descrito, os setores da educação e da saúde buscam as necessárias transformações a serem alcançadas. As ações de educação na saúde instituídas pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, estimulam uma maior diversificação dos cenários de práticas e objetivam a melhoria da qualidade dos cursos da área da saúde, com incentivos e apoio às mudanças nos cursos de graduação, tendo em vista a adequação às Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN e aos princípios do SUS.

Desde a criação da SGTES/MS, houve um avanço significativo na articulação entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, formalizada pela Portaria Interministerial no 2.118, de 3 de novembro de 2005, que instituiu a cooperação entre os dois Ministérios para a

formação e o desenvolvimento dos profissionais da saúde, envolvendo o nível técnico, a graduação e a pós-graduação. Outro marco no sentido de efetivação e regulamentação das ações conjuntas implementadas por esses Ministérios foi a assinatura do Decreto de 20 de junho de 2.007, instituindo a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Essa articulação tem possibilitado uma aproximação técnica e programática, com a preservação da identidade e da responsabilidade de cada Ministério, gerando ações intersetoriais que visam, principalmente, qualificar a formação acadêmica e a atenção à saúde.

Dentre outras ações, cabe ao MEC definir as políticas de formação na educação superior, regular as condições de sua oferta, supervisionar a implementação dos projetos pedagógicos recomendados e avaliar a qualidade dessa formação no sistema federal (que abrange as instituições federais e privadas).

Desta forma, e em consonância com a Constituição Federal de 1988 e com a Lei nº 8.080/90, as Resoluções da Câmara de Educação Superior (CES), do Conselho Nacional de Educação (CNE) instituem as DCN dos cursos de graduação em saúde, aprovadas, em sua maioria, entre 2001 e 2002, como resultado de uma construção coletiva que buscou integrar a educação com a saúde. Elas apontam a necessidade desses cursos incorporarem, nos seus projetos pedagógicos, o arcabouço teórico do SUS.

O perfil do profissional de saúde definido nas DCN é de um indivíduo com formação generalista, técnica, científica e humanista, com capacidade crítica e reflexiva, preparado para atuar, pautado por princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção. Enfatiza-se a perspectiva da integralidade da atenção, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Portanto, as diretrizes orientam para currículos que contemplem elementos de fundamentação essencial no seu campo do saber ou profissão, numa concepção de que o indivíduo deve “aprender a aprender”, engajado num processo de educação permanente. Propõe-se que os cursos de graduação sejam fundamentados em aprendizagem ativa, centrada no aluno, como sujeito da aprendizagem, e no professor, como facilitador e mediador deste processo de ensino-aprendizagem. Enfoca-se o aprendizado baseado em competências, em evidências científicas, solução de problemas e orientado para a comunidade. A diversificação de cenários e ambientes de aprendizagem fundamenta-se na prática e na inserção do estudante no sistema público de saúde vigente, já no início da sua formação (HADDAD *et al.*, 2008).

Concomitantemente, a avaliação, como um dos eixos centrais do programa de governo, avançou com a implantação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), operacionalizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), autarquia federal vinculada ao MEC.

A avaliação dos cursos, dentre outros aspectos, analisa em que medida as Diretrizes Curriculares Nacionais foram atendidas, tanto no que se refere à concepção do curso como à sua implementação. Os indicadores e critérios definidos nos instrumentos de avaliação possibilitam verificar a aderência dos projetos pedagógicos dos cursos (PPC) às DCN, se as práticas pedagógicas daí resultantes guardam a coerência esperada, e se efetivamente se traduzem em práticas inovadoras e adequadas ao contexto em que se inserem.

Essa avaliação, enquanto parte do SINAES, é referencial básico para os processos de regulação (autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos) e de supervisão realizados pelo MEC. Como mecanismo de melhoria da qualidade, representa também um papel indutor para o processo de mudanças na formação profissional em saúde, de acordo com os interesses e as necessidades da população.

Em que pese esse esforço interministerial que objetiva qualificar a graduação, realizado em especial na última década pelos setores da educação e da saúde, ainda devem ser intensificadas ações para que os avanços obtidos não se restrinjam a processos regulatórios e avaliativos bem concebidos. Faz-se necessário que essas normatizações instituídas pelo Governo Federal transcendam efetivamente o campo da formulação política e repercutam positivamente nas práticas de atenção à saúde.

Coloca-se assim um desafio para que as avaliações realizadas no âmbito do sistema federal de educação superior sejam capazes, na prática, de identificar e valorizar, nos cursos da área da saúde, os elementos que levam à formação de profissionais aptos a oferecer uma atenção à saúde resolutiva e integral.

## **5.5 A Educação Superior na área da Saúde e as necessidades do SUS**

Uma reflexão sobre as práticas de atenção à saúde desenvolvidas no país demonstra um distanciamento da formação profissional às reais necessidades do SUS, que se ressentem com as dificuldades em prover, adequada e qualitativamente, as ações e os serviços demandados pelos cidadãos brasileiros.

Neste sentido, construir uma articulação entre as instituições formadoras e o Sistema Único de Saúde tem sido objeto de trabalho permanente para os atores envolvidos com estas temáticas no Brasil, considerando a educação como uma das variáveis centrais para a consolidação do sistema de saúde. Para que ocorra uma efetiva reorientação do modelo de atenção e mudanças de práticas, é preciso haver transformações na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde, qualificando a atenção e a gestão do SUS e, portanto, fortalecendo o sistema, com conseqüente benefício também para os usuários da rede pública de serviços de saúde.

Um resgate das discussões e embates relacionados à educação dos trabalhadores em saúde faz-se necessário para contextualização da temática. Ainda persiste no país o modelo hegemônico médico-centrado, com valorização excessiva de especialidades, uso de alta tecnologia e hospitalocêntrico, em detrimento de uma orientação básica e geral da graduação, com conteúdo do mundo real e compromissos ético-humanísticos (CECCIM, 2004).

Os processos de formação e as práticas profissionais em saúde demonstram comprometimento com diversos interesses, mas muitas vezes exclui os dos usuários do sistema. Em geral, o panorama que se observa na área da saúde, seja no nível federal, estadual ou municipal, seja na gestão, no ensino ou nos serviços, perpetua modelos conservadores e parece distanciado de um modelo lógico, que seria o “usuário-centrado” e da missão primeira que seria um cuidado adequado às necessidades da população.

No Brasil, o chamado “modelo flexneriano” que, senso comum entre a maioria dos estudiosos, tem foco no biologismo, no curativismo e no especialismo, pouco considerando a determinação social da saúde, influenciou o ensino da medicina das novas escolas criadas na década de 40-50 do século passado. Assim, prioriza as práticas de ensino em hospitais e leva a uma fragmentação do saber.

No entanto, muitas foram as iniciativas em nosso país que buscaram mudanças nas práticas de atenção e formação em saúde a partir da década de 70 do século XX, como o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS (1977), a assinatura da Declaração de Alma-Ata (1978)VII, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREVSAÚDE (1980), o Programa de Integração Docente Assistencial – IDA (1981), as Ações Integradas de Saúde – AIS (1984), a criação da Associação Brasileira Rede Unida (1985), o Programa UNI: União com a Comunidade, uma nova iniciativa em educação dos profissionais de saúde (1991),

e a instituição da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM (1991).

Esses movimentos abrangiam ações importantes, que continuam na agenda política atual norteando as estratégias de educação na saúde, com eixos estruturantes e diretrizes como intersectorialidade, territorialização, interinstitucionalidade, práticas multiprofissionais e interdisciplinares, integralidade da atenção, atendimento das necessidades sociais em saúde, controle social, fortalecimento da APS, e desenvolvimento de ações pelas universidades junto às comunidades, com diversificação dos cenários de práticas.

A integralidade, como um dos princípios fundamentais do SUS, garante ao usuário uma atenção que abrange ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além de prevenção e tratamento de agravos, permitindo acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. Pressupõe atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade. Os conceitos abrangidos neste princípio não poderiam ser esgotados neste texto, mas envolvem questões que serão aqui abordadas, relacionadas à humanização da atenção, ao conceito ampliado de saúde, à educação permanente em saúde e ao trabalho em equipe multidisciplinar, entre outras.

A discussão acerca de mudanças na formação dos profissionais de saúde, aproximando-a das reais necessidades sociais é, sem dúvida, polêmica e conflituosa, representando um desafio aos que se mobilizam nesse sentido. A busca pela integralidade da atenção à saúde implica necessariamente em avançarmos na superação de antigos embates: atenção primária *versus* atenção especializada, ações preventivas *versus* ações curativas, cuidados individuais *versus* cuidados coletivos, unidades básicas de saúde *versus* hospitais.

Fato é que, apesar do histórico de iniciativas de mudanças na graduação em saúde, integração ensino-serviço-gestão-comunidade e valorização da APS, o Ministério da Saúde, em articulação com o Ministério da Educação, necessita fomentar, ainda nos dias atuais, ações para induzir esses processos, por não estarem suficientemente institucionalizados.

Entra-se agora no campo das argumentações que posicionam a educação como ferramenta para superação da distância entre algumas conquistas da reforma sanitária e as práticas de saúde vigentes no país. A educação, sem dúvida, é um instrumento potente para corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS, como um dispositivo de transformação de práticas, sejam elas de atenção, gestão ou controle social.

Mas apesar dessa potencialidade da educação como um instrumento de gestão, observa-se, em geral, baixo compromisso das instituições formadoras na área da saúde com a reorientação dos perfis profissionais em direção à integralidade das práticas de atenção. É comum a priorização da pesquisa científica (sendo geralmente mais valorizados temas relacionados à alta tecnologia) e do ensino (comumente descontextualizado das reais demandas dos serviços de saúde e da população), sem que se valorize suficientemente a extensão universitária, indispensável para uma adequada formação profissional e que deve ser desenvolvida de forma articulada ao ensino e à pesquisa.

Os processos formativos devem considerar o acelerado ritmo de evolução do conhecimento, as mudanças do processo de trabalho em saúde, as transformações nos aspectos demográficos e epidemiológicos, tendo em perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. Desta forma, espera-se formar profissionais com competência geral e capacidade de resolubilidade, características essenciais para a garantia da atenção integral e de qualidade à saúde da população.

Há que se transformar um ensino ainda muitas vezes fundamentado numa visão curativa, focado na doença e desarticulado do sistema público vigente; uma formação que contempla insuficientemente a questão da promoção da saúde e prevenção de agravos, comumente fragmentada e dissociada do contexto social. Busca-se formar cidadãos/profissionais críticos e reflexivos, com habilidades e competências que os tornem aptos a atuar em qualquer nível de atenção à saúde. Profissionais capazes de considerar não somente os aspectos biológicos do processo saúde-doença, mas também as características sociais, históricas, econômicas, ambientais e culturais do meio em que vivemos.

Objetiva-se a construção de um perfil acadêmico para os profissionais da saúde com abordagens contemporâneas de formação e que considere as novas demandas exigidas pelas transformações do mundo do trabalho. Têm-se em vista as diversidades e complexidades dos cenários de práticas e a integração ensino-serviço-comunidade, buscando aliar o desenvolvimento tecnológico, tão necessário em função da velocidade das inovações que ocorrem na atualidade, às necessidades sociais em saúde.

## 5.6 A Educação Permanente em Saúde

Nos últimos trinta anos, o governo brasileiro tem implementado programas de qualificação da formação de profissionais de saúde. Esses articulam duas grandes áreas: a Saúde e a Educação, cuja interlocução e complementaridade são fundamentais para garantir a formação da força de trabalho para o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

A promulgação da Constituição Federativa Brasileira possibilitou, em 1988, a explicitação da opção pelo modelo de atenção baseado na promoção à saúde, situando a integralidade do cuidado, da equidade e da universalidade como eixos nucleares das políticas de saúde. E disciplinou que compete ao Sistema Único de Saúde ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.

A defesa da saúde como direito, do modo como a vida se expressa e é percebida – lazer, afeto, cultura –, abrange, também, o reconhecimento do protagonismo e da autonomia dos homens e das mulheres em seus processos cotidianos de produção do humano, da saúde e do adoecimento. Portanto, a luta pela consolidação do Sistema Único de Saúde, ancorada nos princípios da reforma sanitária brasileira, implica assumir uma nova compreensão de saúde como prática social e direito, com ênfase na promoção e educação em saúde, na atenção básica e na perspectiva da integralidade.

O percurso histórico das políticas públicas evidencia quanto foram (e são) demandados novos saberes e práticas de atenção à saúde, impondo desafios às instituições formadoras, no que se refere aos processos de formação dos profissionais, na perspectiva do SUS. Na busca de práticas que se aproximem dos objetivos do SUS, é possível identificar a gestão de mudanças paradigmáticas na formação do profissional de saúde. A transformação desse processo de formação em saúde nas instituições superiores vem procurando superar o modelo flexneriano, centrado na assistência curativista hospitalocêntrica. A substituição desse modelo hegemônico tem sido estimulada por meio da gestão de políticas públicas que buscam estabelecer um modelo centrado na atenção à integralidade humana (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Esse desafio tem gerado diversas estratégias para a implantação do novo nos serviços. Entre outras, é possível citar o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF). A ideia primária era a reorganização das práticas, com o fortalecimento da atenção básica no país, a partir de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2008). Para tanto, foram constituídas

equipes de saúde que seriam responsáveis por uma área específica, atendendo de forma integral aos usuários, segundo o seu contexto de vida (RIBEIRO *et al.*, 2008). Assim, ao se pensar em novas e diferentes práticas em saúde, é possível inferir que essas mudanças serão possíveis com a formação de novos profissionais envolvidos com o contexto histórico-social, atuando na perspectiva de atenção à saúde de forma intersetorial.

Com base nessas constatações, e na tentativa de repensar a formação do profissional de saúde, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, em parceria, lançaram, em novembro de 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº. 2.101. O eixo central do Programa era a integração ensino-serviço, com a inserção dos estudantes no cenário real de práticas da rede SUS e a perspectiva de gerar reflexões e possíveis transformações nos saberes e ações cotidianos (BRASIL, 2007). Tentava-se, desta forma, minimizar o distanciamento entre a teoria construída durante a formação acadêmica e as reais necessidades de vida e saúde da população, ao estimular a formação de profissionais críticos e reflexivos. Esses trabalhadores deveriam ser capazes de atuar de forma interdisciplinar, comprometidos com suas responsabilidades técnicas e sociais e com a melhoria da qualidade do ensino superior (BRASIL, 2005, 2007).

Para complementar a atuação do Pró-Saúde, o Ministério da Saúde criou, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, junto com o Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Educação Superior, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) (MORAIS *et al.*, 2012).

O PET-Saúde caracteriza-se como uma estratégia do Pró-Saúde para fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas prioritárias para o SUS, inserindo os estudantes das graduações em saúde nos espaços dos serviços. Esse projeto incentiva a integração entre ensino, serviço e comunidade, objetivando a interação com o cotidiano para a formação de profissionais cientes das necessidades dos serviços de saúde. Procura ainda estimular a constante capacitação dos trabalhadores já inseridos no campo de trabalho, tornando-os coprodutores de conhecimentos e práticas que deem conta das diferentes demandas da população assistida pelo sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2010).

As ações de formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde, seja no âmbito nacional, estadual, regional ou municipal, devem considerar a Educação Permanente em Saúde (EPS) e articular as necessidades e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, as

possibilidades de desenvolvimento dos profissionais e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde.

A utilização da educação permanente como orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde não é novidade. Já na década de 1980, a Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) definia a Educação Permanente em Saúde como educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população. Na lógica da EPS, o trabalhador retira do trabalho elementos de reflexão e crítica, tornando-se o sujeito de seu próprio processo formativo.

Nesta perspectiva, o ensino não deve ser monopólio das escolas ou dos sistemas escolares. As organizações empregadoras também precisam se transformar em instituições de aprendizagem e ensino. A EPS não é um objetivo individualizado a ser cumprido por cada um dos trabalhadores, mas tem como meta principal qualificar a instituição, para que esta cumpra sua missão.

Trata-se de estratégia capaz de pensar a ligação entre educação e trabalho, partindo da reflexão sobre a realidade dos serviços e sobre o que precisa ser transformado, com a finalidade de melhorar a atenção à saúde da população. Pretende preparar profissionais aptos a construir seu conhecimento e desenvolverem, ao longo de sua trajetória profissional, processos permanentes de autoaprendizagem, em que ocorre preocupação cotidiana das equipes de saúde em identificar problemas críticos da realidade do trabalho e buscar soluções apropriadas e criativas (HADDAD, 2008).

Assim, valoriza uma metodologia construtivista, baseada na resolução de problemas concretos da prática. Os processos de ensino-aprendizagem ocorrem no e pelo trabalho em saúde e, portanto, neste contexto, a EPS utiliza-se dos cenários onde se dão as relações de trabalho, possibilitando transformações de práticas profissionais e mudança institucional (HADDAD, 2010).

A EPS é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, voltada para a democratização institucional, a transformação do processo de trabalho e das práticas de saúde, melhorando sua qualidade, seu grau de integração e o nível de compromisso entre os diversos atores e destes com a população (transformação de práticas de gestão, atenção e controle social). Rompe-se, portanto, com a lógica centralizada e descendente da oferta de cursos padronizados.

O foco são os processos de trabalho e os sujeitos são as equipes de saúde, implicando em aprendizagem significativa, que vincula o aprendizado a elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos. Isso significa que a aprendizagem é motivada pelo desejo ativo dos participantes pela apropriação de novos saberes e práticas, possibilitando a adesão dos trabalhadores aos processos de mudança.

A partir da problematização/identificação dos problemas/nós críticos enfrentados na atenção ou na gestão, feita pelas equipes de trabalho, da análise de suas dimensões, da busca de interpretações, são implementadas coletivamente propostas para a solução dos problemas: muitos são equacionados em situação; quando necessárias, as atividades educativas são construídas de forma ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. Possibilita, portanto, a construção coletiva de estratégias contextualizadas, promovendo o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas (HADDAD, 2010).

Neste processo de “ação – reflexão – ação”, a problematização das situações cotidianas evidencia a importância da busca de soluções democráticas, articulando saberes nas respostas às necessidades de saúde de cada pessoa e das coletividades. Necessidades que, para além do tratamento de doenças, consideram as especificidades psicossociais, culturais, econômicas e ambientais em que vivemos, ampliando-se, portanto, o conceito de saúde, não dependente apenas de questões biológicas. Somente o trabalho em equipe, interdisciplinar e com abrangência intersetorial pode dar conta dessa proposta. Desse modo, no desenvolvimento da EPS, os processos de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde têm como referência as reais necessidades das pessoas e da população, da gestão setorial e do controle social em saúde, para que, a partir delas, possam ocorrer transformações das práticas profissionais e na própria organização do trabalho.

A articulação entre o sistema educacional e a prestação de serviços em saúde possibilita a utilização de metodologias de ensino que promovem a observação dos problemas de saúde mais frequentes da população e o estabelecimento de vínculos com a comunidade. Assim, a inserção de docentes e estudantes nos espaços de prática proporcionados pelo sistema público de saúde tem o potencial de formar sujeitos reflexivos, protagonistas do processo de mudanças na graduação, na perspectiva da indissociabilidade ensino/pesquisa/extensão.

Em 22 de agosto de 2007, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional

de Educação Permanente em Saúde. Destacam-se como principais avanços na implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, em relação às estratégias anteriores:

- ênfase na descentralização (nos processos de aprovação, na execução e no financiamento dessa política);
- desenho de uma gestão participativa para as decisões e ações da educação na saúde;
- fortalecimento do papel da instância estadual na gestão, coordenação e acompanhamento da política;
- foco nas especificidades e necessidades locais e regionais;
- fortalecimento dos compromissos presentes no Pacto pela Saúde 2006;
- agregação do planejamento e do plano de Educação Permanente em Saúde aos instrumentos já existentes de planejamento do SUS (planos de saúde, relatório de gestão, entre outros), assegurando a participação do controle social na construção das diretrizes para a política, nas diferentes esferas de gestão do SUS, até o controle da sua execução.

As novas diretrizes apontam que a condução regional da Política se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, previstas no Artigo 14 da Lei nº. 8080/90 e na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS). As CIES estão vinculadas aos Colegiados de Gestão Regional e devem elaborar Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), coerentes com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde. A Portaria nº 1996/2007 reforça, portanto, a importância estratégica da descentralização e da regionalização do Sistema.

Os recursos financeiros para a implementação da política deixam de estar centralizados no Ministério da Saúde e passam a ser transferidos de forma regular e automática, por meio de repasses do Fundo Nacional de Saúde, aos respectivos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, conforme resultado do processo de pactuação estadual nas CIB. Ressalta, também, que o desenvolvimento da função de gestão da educação na saúde é uma responsabilidade tripartite,

e que avanços e compromissos precisam ser feitos, por todas as esferas de gestão do SUS, para efetivar o financiamento desta área.

## 6 PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE – PET-SAÚDE

### 6.1 Contexto

O itinerário analítico permite reconhecer que as raízes históricas do Pró-Saúde e PET-Saúde apresentam âncoras importantes no Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) lançado em 1981, seguido do Projeto UNI – Uma Nova Iniciativa, financiado pela Fundação Kellogg. Desta forma, ao longo da década de 1980, experiências de integração ensino-serviço foram construídas, possibilitando apreender as dificuldades e limites frente ao modo de produção do trabalho acadêmico, bem como à organização das ações nos serviços de saúde.

Em 1991, a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico – Cinaem – traz uma discussão fecunda sobre a qualidade do ensino médico com avanços importantes para além da medicina, oportunizando uma reflexão importante para as demais profissões da saúde. Já em 2000, é criado o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), que se configurou numa ação extremamente assertiva no âmbito da formação dos profissionais de nível médio da enfermagem, com visíveis contribuições para a qualificação da assistência à saúde.

No contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN nasce, em 2002, o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina – Promed, lançado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação e a Organização Pan-americana de Saúde – OPAS. Em 2003, criou-se a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de se constituir em um espaço para a formulação de políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil. A SGTES representa um importante avanço no que se refere à ordenação da formação a partir do SUS, pois resulta na articulação estratégica entre a saúde e a educação.

É fundamental pontuar esta forma exitosa de concepção da SGTES. Da mesma maneira que a Secretaria de Ensino Superior (SESu) do Ministério da Educação (MEC) sempre foi muito necessária para a formação dos profissionais da saúde, uma Secretaria correspondente no MS – espaço que contemplasse as questões da formação e do trabalho no campo da saúde – constituía imperativo para as especificidades da formação em saúde. A interlocução dessas duas

Secretarias vem, ao longo desses mais de dez anos, contribuindo sobremaneira para o fortalecimento do SUS e da qualificação de sua força de trabalho (SHSS Batista, 2015).

Mudar a formação por meio do trabalho e formar para o trabalho é uma necessidade atual do SUS, pois diversos estudos apontam para a reversão do modelo de atenção como um dos principais nós críticos do sistema, o que dificulta seu fortalecimento. Mudanças na formação incidem sobre um ator importante do sistema, o futuro trabalhador, que por meio dos objetos, instrumentos e produtos de seu trabalho, tem o poder de (re)desenhar o modelo de atenção (SANTOS, ALMEIDA; REIS, 2013).

O PET-Saúde inspirou-se na experiência do PET (Programa de Educação Tutorial), com o objetivo de ampliar o alcance do Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), que foi implementado em 2005. O Pró-Saúde selecionava os projetos por edital, e foi evoluindo na indução da integração entre as profissões da saúde e na integração ensino-serviço a cada novo edital. Porém, entre os nós críticos estava o desafio de executar os recursos na modalidade convênio e carta acordo nas universidades. Outro desafio era o de contar com a participação dos profissionais dos serviços no processo de ensino-aprendizagem dos estudantes de graduação que desenvolviam atividades na rede de serviços do SUS.

Segundo os Ministérios da Saúde e da Educação, um projeto de estímulo à implantação do PET-Saúde foi o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, pois, tendo em vista as mudanças curriculares nos cursos incluídos neste programa, verifica-se que ele atua estimulando a formação de docentes com um novo perfil, mais adequado às necessidades do SUS e da Estratégia Saúde da Família. Além disso, o Pró-Saúde está possibilitando o desenvolvimento da integração ensino-serviço e a capacitação pedagógica, permitindo que os profissionais que desempenham atividades na área da Atenção Básica à Saúde possam orientar os estudantes de graduação, em que o serviço público de saúde é o principal cenário de prática (FERRAZ, 2012).

A ideia foi então a de estabelecer projetos de intervenção por meio de grupos tutoriais, que era o modelo do PET. A primeira dificuldade encontrada foi a de que a Lei do PET/MEC previa duas modalidades de bolsa – tutor (para o docente da universidade) e monitor (para o aluno de graduação) –, e era preciso envolver o profissional do serviço. A solução encontrada foi respaldar na Lei Federal nº 11.129/2005, lei que criou o ProJovem mas também criou as residências multiprofissional e em área profissional da saúde. Esta lei previa a figura do

preceptor e uma bolsa destinada à atividade de preceptoria. Isso foi necessário porque não se pode juridicamente estabelecer qualquer pagamento de bolsa sem uma lei que respalde a ação.

Dessa forma, com base em duas leis diferentes – a do PET e a das residências –, iniciou-se a formulação do PET-Saúde, definindo que as atividades seriam desenvolvidas nos serviços de saúde, em grupos tutoriais. A proporção dos participantes foi a segunda questão enfrentada. Para resolvê-la, o DEGES/SGTES consultou, por um lado, o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, para melhor compreensão da dinâmica da atuação dos profissionais na Estratégia de Saúde da Família e o dimensionamento dos grupos que não interferissem negativamente na dinâmica do processo de trabalho nas unidades.

Outras questões com relação a manter certas características do PET/MEC foram tratadas de forma intersetorial com a Secretaria de Educação Superior do MEC. Vencida esta segunda etapa, estabeleceu-se, após essas articulações e em comum acordo com o DAB/SAS/MS e com a SESu/MEC, que cada grupo tutoria teria um docente para 2 preceptores para 6 alunos bolsistas de graduação.

O terceiro desafio encontrado foi o de que o Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde, não possuía nenhum mecanismo estabelecido e nunca havia feito pagamento direto de bolsas. Ele repassava recursos por convênio ou fundo a fundo para estados e municípios, e assim foi a proposta que trouxeram. Tal proposta não foi aceita porque existia a convicção que se não ocorresse o pagamento direto das bolsas pelo Ministério da Saúde, a indução das mudanças e da política para a qual havia um esforço de implementação se perderia entre tantas outras ações da política de saúde. Para enfrentar esta dificuldade, procurou-se o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) do MEC, que já fazia pagamento de bolsas para ações de educação. Com isso, foi possível estabelecer, também no Ministério da Saúde, este mecanismo, que serviu não apenas para o PET-Saúde, mas abriu uma ampla gama de possibilidades de financiamento e indução de ações de educação e pesquisa, como o pagamento direto de bolsas de residência, o PROVAB e o Mais Médicos.

O modelo do PET-Saúde se mostrou efetivo, superando os nós críticos do Pró-Saúde, fortalecendo a atuação multiprofissional desde a graduação e a participação dos profissionais dos serviços como preceptores no ensino-aprendizagem dos alunos de graduação, com a supervisão dos docentes. O PET-Saúde também estabeleceu o componente “pesquisa”, que foi importante para qualificar as ações desenvolvidas nos serviços, aproximar os temas de pesquisa

da universidade das necessidades dos serviços e atrair docentes mais comprometidos com a pesquisa para atuação nos serviços e orientação de alunos.

Neste contexto de reflexões, que visam aproximar as práticas da Educação em Saúde com a realidade social, foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde, enquanto estratégia governamental de integração entre as Instituições de Educação Superior (IES), os serviços públicos de saúde e a comunidade.

O Programa, integrante de um conjunto de ações de apoio ao desenvolvimento da graduação e pós-graduação em áreas estratégicas para o SUS, tem como pressuposto a educação pelo trabalho e o conceito da EPS como norteador de seus eixos de atuação, apresentando-se de forma transversal a eles. Disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação, para que desenvolvam atividades de intervenção e pesquisa no âmbito da atenção à saúde.

No contexto da mudança na formação em saúde para uma atuação mais assertiva no SUS, busca-se o desenvolvimento de processos de educação crítica e participativa, com vistas à transformação social e à promoção da saúde. A discussão da mudança de modelo necessária para concretização do SUS implica a ênfase em um projeto de promoção da saúde, com uma visão ampla e integrada de saúde, com ações direcionadas para a transformação das condições de vida das pessoas e sua capacidade de tomar decisões. A concretização desse projeto exige o olhar para quatro eixos fundamentais: concepção de saúde, gestão do processo de trabalho, formação dos profissionais e controle social, os quais guardam a potencialidade de fomentar processos de mudança para construção do projeto de promoção da saúde.

A educação em saúde como área de conhecimento é um campo multifacetado e constitui um espaço de formação e veiculação de conhecimento e práticas desenvolvidas e legitimadas no modo como cada cultura entende o viver saudável (SANTOS, 2013). Dentro do eixo Cenários de Prática, o PET-Saúde configura-se como uma das estratégias do Pró-Saúde que visa à interação ativa da universidade com o serviço e a população. Ou seja: busca-se induzir que a escola integre, durante todo o processo de ensino-aprendizagem, a orientação teórica com as práticas de atenção nos serviços públicos de saúde, em sintonia com as reais necessidades dos usuários do SUS (BATISTA, 2015).

A dinâmica interdisciplinar do programa tende a favorecer a apreensão de um novo conhecimento para a produção de outras práticas que intencionam a articulação do saber com as necessidades dos indivíduos. Para Etges (1999, p. 73), a interdisciplinaridade é “uma ação

de transposição do saber posto na exterioridade para as estruturas internas do indivíduo, constituindo o conhecimento”.

Assim, o PET-Saúde pode ser entendido como uma estratégia de ação capaz de contribuir para melhor articulação entre a academia e os serviços de saúde, favorecendo processos reflexivos nos diferentes envolvidos na perspectiva de uma formação profissional que atenda aos princípios do SUS e às necessidades dos serviços e da população (FRR Moraes, et a, 2012). Foi inspirado no Programa de Educação Tutorial – PET, do Ministério da Educação, criado em 1979 (com o nome de Programa Especial de Treinamento) pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/MEC), e transferido em 1999 para a Secretaria de Educação Superior (SESu/MEC).

No processo de articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, o DEGES/SGTES/MS avaliou que a iniciativa poderia ser aplicada para beneficiar a área da saúde. Em 2005 começaram as primeiras reuniões para viabilizar a proposta, no sentido de regulamentá-la e adaptá-la aos interesses do SUS. Sendo assim, para além dos docentes e estudantes que já integravam o PET, foram incluídos os profissionais dos serviços na concepção dos grupos PET-Saúde, atendendo também a uma demanda do nível local pela valorização e qualificação do exercício da preceptoría. A proporção entre participantes nos grupos, o valor das bolsas, as atividades a serem desenvolvidas, sua operacionalização, monitoramento e avaliação também foram repensados à luz das necessidades do sistema público de saúde. Esse trabalho culminou com a publicação da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.507, de 22 de junho de 2007, que instituiu o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde, destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família, tendo como base legal as Leis nº 11.129/2005 e nº 11.180/2005, a qual foi posteriormente revogada pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, que ampliou o programa a todas as áreas da saúde.

O PET-Saúde busca incentivar a interação ativa dos estudantes e professores dos cursos de graduação em saúde com os profissionais dos serviços e com a população, ou seja, induzir que a escola integre, durante todo o processo de ensino-aprendizagem, a orientação teórica com as práticas de atenção nos serviços públicos de saúde, em sintonia com as reais necessidades da população. O PET-Saúde constitui-se em um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação

ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área de saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS.

Podem participar do programa Instituições de Educação Superior (IES) públicas ou privadas integrantes do Pró-Saúde e IES privadas que desenvolvam atividade curricular em serviço na Estratégia Saúde da Família, atestada pelo respectivo gestor municipal ou estadual ao qual se vincular o serviço. Essas instituições foram selecionadas por meio de editais publicados pelo Ministério da Saúde.

O objetivo geral é promover a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS. Possibilita a qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como a iniciação ao trabalho e vivências na realidade do SUS pelos estudantes dos cursos de graduação da saúde.

Considera-se o Programa de Educação pelo Trabalho – Saúde (PET-Saúde) uma política pública desafiadora à consolidação do SUS. Isto ocorre por meio da valorização da atenção primária à saúde, especificamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF); da formação permanente de todos os sujeitos envolvidos; da possibilidade de mudança na formação do profissional da área de saúde no nível universitário; e, principalmente, da implantação de projetos coletivos na ESF (CYRINO *et al.*, 2012).

Entre os objetivos específicos do programa, destacam-se:

- Fomentar o processo de integração ensino-serviço-gestão-comunidade;
- Institucionalizar e valorizar as atividades pedagógicas dos profissionais dos serviços de saúde; e
- Estimular a inserção das necessidades do serviço como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino.

Neste percurso em que importantes conceitos, princípios e diretrizes da gestão da educação na saúde foram apresentados (ainda que de forma concisa, mas necessária para contextualização), o PET-Saúde teve a Atenção Primária em Saúde – APS como primeira área estratégica de intervenção, sendo tema dos dois primeiros editais sobre o programa publicados, como poderá ser observado na sequência.

As parcerias estabelecidas no processo de formulação, implementação, monitoramento e avaliação do PET-Saúde/SF envolveram o DEGES/SGTES/MS, o DAB/SAS/MS, o Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS), o Departamento de Informática do SUS

(DATASUS/SE/MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), os Departamentos de Desenvolvimento da Rede de Instituições Federais de Ensino Superior e de Hospitais Universitários e Residências de Saúde/SESU/MEC, e o Banco do Brasil S.A.

Sem essas parcerias, nada disso teria sido possível. Dessa forma, o programa foi pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS). No sentido de se obter maior grau de transparência do processo decisório e de participação popular nas arenas onde são decididas as prioridades sociais, os editais para seleção dos projetos reforçam a necessidade de que sejam pautados, discutidos e monitorados no âmbito das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), e pactuados nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), assim como nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS).

## **6.2 Monitoramento e avaliação do Programa Pet Saúde**

A legislação vigente do Programa prevê diretrizes e indicadores para o monitoramento e a avaliação dos grupos PET-Saúde, dentre eles, a elaboração de relatório técnico semestral e final de atividades. No que se refere ao financiamento, a opção de pagamento das bolsas aos envolvidos no processo de reorientação da formação em saúde (professores, estudantes e profissionais dos serviços) mostrou-se eficaz e ágil com a modalidade de repasses financeiros diretamente nas contas dos beneficiários. No início de 2012, concluiu-se a análise dos relatórios semestrais do PET-Saúde/Saúde da Família a partir do instrumento de acompanhamento dos projetos elaborados em conjunto com a equipe de assessores do Pró-Saúde. Os pareceres elaborados foram encaminhados aos coordenadores dos projetos com objetivo de apresentar um retorno da avaliação dos projetos bem como de subsidiar a elaboração do relatório final. A partir dessa análise verificou-se que algumas questões não estavam sistematizadas nos relatórios, tais como descrição detalhada da inserção do estudante nas atividades assistenciais e de pesquisa, envolvimento dos profissionais no planejamento das ações, acompanhamento, controle social, institucionalização. Assim, foi proposto um novo roteiro para elaboração dos relatórios finais que pudesse contemplar e complementar estas informações. A partir de maio de 2012, foram recebidos 106 relatórios finais de atividades referentes aos dois anos de atividades do PET-Saúde/SF. Os relatórios foram analisados, e considera-se que foram obtidos diversos avanços.

Os pontos que merecem destaque são: ampliação significativa dos cenários de prática, interdisciplinaridade, interprofissionalidade com atividades que envolveram estudantes de diferentes cursos de graduação no mesmo projeto, com implicação dos gestores e profissionais dos serviços de saúde.

O processo de monitoramento e avaliação dos projetos tem sido realizado a partir de várias frentes, dentre elas, a elaboração de relatório técnico de atividades, conforme previsto na legislação vigente dos programas. Com o objetivo de garantir as mudanças desejadas, o Ministério da Saúde (MS) tem trabalhado na perspectiva da avaliação formativa dos projetos que são acompanhados e avaliados por meio de um grupo de assessores compostos por técnicos do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/MS) e de entidades externas com experiência em formação nas áreas envolvidas. O acompanhamento é feito através de visita aos projetos *in loco*, quando os assessores têm a oportunidade de conduzir a formulação e implementação de ações avaliativas capazes de produzir as transformações esperadas.

Para potencializar o processo de avaliação dos projetos e para que esta não se dê apenas no momento da visita do assessor, tem sido utilizados instrumentos com indicadores que possibilitam verificar os avanços e as fragilidades apresentadas no decorrer do processo. Os instrumentos são: roteiro de autoavaliação da instituição, relatório de visita do assessor, questionário do estudante bolsista e questionário do preceptor. Esses instrumentos contribuem para o processo de apoio que o assessor desenvolve junto aos projetos, permitindo que o diálogo, a escuta e o confronto honesto ocorram no momento da visita; e a partir das posições colocadas seja possível estabelecer novos pactos sem abrir mão dos valores que regem estes programas, como a formação dos profissionais de saúde em função das necessidades dos usuários do sistema de saúde brasileiro.

O trabalho de acompanhamento dos projetos se dá em parceria com as Comissões de Gestão e Acompanhamento Local (CGAL), prevista nos editais de seleção, composta por representantes dos docentes, gestores municipais de saúde, discentes e membros dos conselhos locais que discutem e acompanham o desenvolvimento dos projetos no território. A partir de março de 2014 foram realizadas visitas aos projetos PET-Saúde/Redes de Atenção que não haviam sido visitados no ano de 2013. O grupo de assessores realizou um total de 28 visitas e os relatórios destas visitas foram registrados no Formulário Eletrônico do SUS (FORMSUS). No segundo semestre de 2014 foram retomadas as visitas às IES e Secretarias de Saúde que participam dos projetos Pró-Saúde/PET-Saúde. Os assessores e a equipe técnica do DEGES

que acompanha os Pró-Saúde realizaram 109 visitas, e os relatórios destas visitas foram registrados no Formulário Eletrônico do SUS (FORMSUS) em instrumento específico. Um dos exemplos dos movimentos de acompanhamento desenvolvidos em 2014 foi realizado no âmbito do PET-Saúde/Redes entre os projetos que desenvolviam a temática da Saúde Indígena. O Edital 14/2013 contemplou inicialmente 10 IES com grupos tutoriais para Saúde Indígena, sendo que uma das universidades não iniciou o projeto, que foi cancelado. Os projetos PET-Saúde/Redes – Saúde Indígena priorizaram a estratégia de desenvolvimento de suas ações junto às unidades que estão implantadas nas terras indígenas, diretamente nas aldeias, nas Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) e unidades de referência localizadas nos municípios que atendem à população indígena.

Em abril de 2014, foi realizada a Reunião Nacional/PET-Saúde Indígena, com a participação dos projetos PET-Saúde/Redes – Saúde Indígena, na qual se compartilhou a experiência de cada projeto, a partir de um roteiro comum de questões endereçadas a todos. A oficina adotou a metodologia da Rota do Rio, que propiciou uma visita a cada proposta e a visualização da sua situação atual de execução bem como a definição de ajustes. Além dessa oficina, entre os meses de junho e outubro, foram realizadas visitas técnicas locais aos projetos pela equipe do DEGES, algumas com a participação da equipe técnica da Secretaria Especial de Saúde Indígena do MS (SESAI), para identificar os nós críticos e avanços dos projetos, bem como a formulação de novos ajustes visando à superação das dificuldades.

Em dezembro de 2014, os projetos responderam questões referentes ao processo de implementação, bem como os estudantes de graduação responderam formulário de avaliação das atividades desenvolvidas. Alguns aspectos que se destacaram quanto à construção da relação de integração entre ensino e serviço nesses projetos diziam respeito à importância da articulação dos projetos das universidades com o controle social indígena, bastante atuante e que reivindicou em diversas localidades a participação e aprovação das estratégias do projeto. Nenhum projeto pôde desenvolver suas atividades sem a aprovação prévia das comunidades ou das instâncias do controle social, sendo que em algumas situações ocorreram “tensões” nessa interlocução; e a depender da condução das universidades, essas questões foram totalmente ou parcialmente superadas. Esse aspecto relevante agregou novas necessidades no cronograma de execução das propostas, que passaram a incorporar novas agendas e rodadas de discussão com os diferentes atores sociais presentes nos territórios e em algumas situações, e retardou a entrada das equipes dos projetos em área indígena ou nos serviços.

Ao mesmo tempo que propiciou um aprendizado para o conjunto dos tutores, preceptores e acadêmicos quanto às formas de organização dos povos indígenas e uma primeira aproximação com aspectos que envolvem a organização da atenção diferenciada na saúde indígena, acarretou também a necessidade de construção de conhecimento sobre os aspectos socioculturais e políticos dos povos indígenas da região. Os aspectos organizacionais dessas comunidades e seu protagonismo levaram os projetos a repensar, também, as escolhas iniciais para a componente *pesquisa*, buscando priorizar temas e metodologias que respondessem a necessidades reais e concretas dos serviços.

Todos esses aspectos trouxeram algumas reflexões e trocas internas nos serviços de saúde. Observou-se também que alguns dos projetos estimularam o compartilhamento das suas experiências em diferentes espaços dentro e fora da universidade. Ainda na perspectiva do acompanhamento e apoio aos projetos, em outubro de 2014 realizou-se, em Brasília, o Seminário Nacional dos Projetos PET-Saúde/Rede de Atenção à Urgência e Emergência com participação de 60 (sessenta) profissionais envolvidos, entre coordenadores, tutores, preceptores e estudantes dos 45 projetos PET-Redes/RUE e também técnicos da equipe e assessores do PET-Saúde, representantes da Coordenação de Urgência e Emergência (CGUE) e da Coordenação Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP), do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (DAHU), da SAS. O Seminário tinha como objetivo identificar processos, avanços e dificuldades para a qualificação dos projetos e propor ajustes no processo de trabalho para o desenvolvimento da continuidade e finalização dos projetos, além de compartilhar, trocar as experiências entre os projetos.

Esse acompanhamento e o conjunto do relato das experiências por meio de artigos publicados em revistas científicas, os relatórios das visitas dos assessores aos projetos, os relatórios anuais das IES, os encontros, seminários e debates ocorridos em diferentes fóruns de discussão revelaram a potência dessa estratégia de indução da integração ensino-serviço. O PET-Saúde tem permitido novas práticas e experiências pedagógicas que favorecem um processo de mudança e inovação metodológica e curricular.

Em algumas IES, o Pró-Saúde e o PET-Saúde possibilitaram a introdução de disciplinas ou módulos regulares, obrigatórios ou eletivos no qual se tem desenvolvido a educação interprofissional e a ampliação do ensino na Atenção Básica, com a participação de diferentes disciplinas, departamentos, institutos, faculdades e centros de educação. Sabe-se, no entanto, que ainda é necessário fortalecer e qualificar esta estratégia nos seus diferentes espaços de

execução. Frente ao presente momento de repactuação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de Medicina, da política de expansão das universidades federais, do plano de expansão da educação em saúde para as regiões prioritárias do país, será preciso pensar a gestão do ensino em saúde frente às necessidades do setor da saúde.

Pontos críticos também são identificados no desenvolvimento dos projetos, como a falta de continuidade da articulação entre todos os envolvidos decorrente da falta de um instrumento jurídico que garanta maior institucionalização da integração ensino-serviço frente às mudanças de gestores municipais e das IES, a infraestrutura limitada dos serviços de saúde e a insuficiência de espaços que garantam a efetiva participação dos profissionais no desenvolvimento das atividades. Apesar da falta de governabilidade do Pró-Saúde e PET-Saúde para lidar com a resolução de todos os problemas apontados, colocar em prática princípios da Educação Permanente no desenvolvimento dos programas tem propiciado atuar em um universo dinâmico, composto por uma complexa diversidade de saberes e modos de saber/fazer instituídos.

Em conformidade com a legislação vigente do Programa, o monitoramento e a avaliação dos grupos PET-Saúde são fundamentados nas seguintes diretrizes:

- I - Relatório técnico semestral e final das atividades dos grupos PET-Saúde;
- II - Participação dos alunos dos grupos em atividades, projetos e programas de ensino, pesquisa e extensão, no âmbito do PET-Saúde;
- III - Desenvolvimento de novas práticas e experiências pedagógicas, contribuindo para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde;
- IV - Produção de conhecimento relevante na área da atenção básica em saúde, no âmbito da Estratégia Saúde da Família;
- V - Planos de pesquisa em consonância com as áreas estratégicas de atuação da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde;
- VI - Projetos que contemplem a interdisciplinaridade, a atuação multiprofissional e a integração ensino-serviço;
- VII - Projetos que contemplem a interação com a comunidade;
- VIII - Alinhamento das atividades dos grupos PET-Saúde a políticas públicas e de desenvolvimento na sua área de atuação (PRÓ-SAÚDE, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Programa TELESSAÚDE Brasil, UNA-SUS, entre outras);
- IX - Publicações e participações em eventos acadêmicos dos professores tutores, preceptores e estudantes;
- X - Instituição e desenvolvimento de atividades no âmbito dos Núcleos de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica;
- XI - Relatórios de autoavaliação de estudantes, preceptores e tutores;
- XII - Resultados dos processos avaliativos do Ministério da Educação, considerando o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES; e
- XIII - Inserção de informações atualizadas no Sistema de Informações Gerenciais do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – SIG-PET-Saúde pelos coordenadores dos projetos.

Desta forma, todos os projetos PET-Saúde encaminharam ao Ministério da Saúde, conforme item I, relatórios semestrais de atividades dos grupos, referentes às atividades desenvolvidas entre os meses de abril e setembro de 2009.

Foi solicitado aos coordenadores dos projetos que os relatórios descrevessem as atividades desenvolvidas pelos grupos PET-Saúde, demonstrando em que medida essas ações atendem às diretrizes apontadas nos itens II a X.

A análise desses relatórios, realizada por técnicos do DEGEGES/SGTES/MS e consultores do Pró-Saúde, foi considerada na seleção dos grupos PET-Saúde para os anos letivos 2010/2011, no caso dos projetos já em desenvolvimento no país.

### **6.3 Sistema de Informações Gerenciais do PET-Saúde – SIG-PET**

O gerenciamento do Programa e a operacionalização dos pagamentos ocorrem por meio do Sistema de Informações Gerenciais do PET-Saúde – SIG-PET-Saúde, desenvolvido por técnicos do DEGES/SGTES/MS. O Sistema viabiliza a inserção e validação dos dados cadastrais dos participantes, as autorizações/homologações mensais de pagamento das bolsas e registros da execução técnica de atividades desenvolvidas.

O SIG-PET-Saúde mostrou-se eficiente no que se refere ao cadastramento e à operacionalização dos pagamentos ao longo do ano de 2009. Foi aprimorado pela equipe de informática, de maneira a ampliar o número de informações sobre o desenvolvimento dos projetos e, conseqüentemente, o monitoramento da execução técnica do Programa.

## 7 DISCUSSÃO E RESULTADOS

No início de 2009, técnicos do DEGES/SGTES/MS, em parceria com técnicos do Fundo Nacional de Saúde/MS elaboraram o Projeto Básico PET-Saúde, em que constam apresentação e objetivos do programa, atribuições do Ministério da Saúde e do agente pagador e questões relacionadas à operacionalização do programa.

A partir desse Projeto Básico, foi firmado o Contrato nº 001/2009 entre o Ministério da Saúde e o Banco do Brasil S.A. para prestação de serviços referentes ao pagamento das bolsas de educação pelo trabalho, publicado no Diário Oficial da União nº 87, de 11 de maio de 2009.

Cada grupo PET-Saúde é formado por 1 tutor acadêmico, 30 estudantes – sendo 12 estudantes monitores, que efetivamente fazem jus ao recebimento das bolsas de iniciação ao trabalho – e 6 preceptores. Os grupos receberão o pagamento de bolsas que correspondem aos valores pagos pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

O Programa oferece bolsas para:

I - iniciação ao trabalho, destinada a estudantes de graduação monitores regularmente matriculados em Instituições de Educação Superior – IES integrantes do PET-Saúde com o objetivo de produzir conhecimento relevante na área da atenção básica em saúde;

II - tutoria acadêmica, destinada a professores das IES integrantes do PET-Saúde que produzam ou orientem a produção de conhecimento relevante na área da atenção básica em saúde;

III - preceptoria, destinada a profissionais pertencentes às equipes da Estratégia Saúde da Família que realizem orientação a alunos de graduação da área da saúde das IES integrantes do PET-Saúde.

É condição para a continuidade do financiamento das bolsas que as IES instituem e mantenham Núcleos de Excelência Clínica Aplicada na Atenção Básica (NECAAB). Esses Núcleos devem ser constituídos por:

I - bolsistas das três modalidades de bolsas previstas no PET-Saúde;

II - representante da direção da faculdade;

III - professores e/ou pesquisadores vinculados aos cursos de graduação integrantes do PET-Saúde;

IV - outros alunos de graduação; e

V - residentes de medicina de família e comunidade ou de residência multiprofissional em Saúde da Família, onde houver estes programas.

É de responsabilidade dos Núcleos de Excelência Clínica Aplicada na Atenção Básica NECAAB):

- I - coordenar a inserção dos alunos na rede de atenção básica;
- II - produzir projetos de mudanças curriculares que promovam a inserção dos alunos na rede de atenção básica;
- III - desenvolver ações para a capacitação dos preceptores de serviço vinculados à Estratégia Saúde da Família;
- IV - incentivar e produzir pesquisa voltada para a qualificação da atenção básica;
- V - coordenar a revisão de diretrizes clínicas da atenção básica, em consonância com as necessidades do SUS; e
- VI - incentivar e capacitar tutores acadêmicos vinculados à universidade para a orientação docente de ensino e pesquisa voltada para a atenção básica.

Os projetos foram selecionados por editais, que disciplinavam os valores referentes às modalidades de bolsas, a duração dos projetos, os critérios de inclusão e os requisitos mínimos para a seleção dos profissionais das Equipes de Saúde da Família que receberiam o incentivo da preceptoria e dos tutores acadêmicos que fariam parte dos projetos.

Com base nessas premissas, percebe-se que os objetivos do PET-Saúde e do Pró-Saúde consubstanciam-se no intuito de estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, ambas orientadas pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação (FERRAZ, 2012).

Sendo assim, em 4 de setembro de 2008 foi publicado, no Diário Oficial da União, o primeiro Edital do Programa, o Edital nº 12, de 3 de setembro de 2008, convidando as Instituições de Educação Superior, em conjunto com as Secretarias de Saúde, a apresentarem propostas com vistas à participação no PET-Saúde. Conforme Edital nº 15, de 12 de novembro de 2008, os projetos puderam ser encaminhados ao Ministério da Saúde até 15 de dezembro de 2008. Estes Editais contemplaram projetos para desenvolvimento no ano letivo de 2009, permitindo a participação de docentes, profissionais dos serviços e estudantes dos 14 cursos de graduação da área da saúde, conforme Resolução CNS nº 297/1998.

Na sequência, foram publicados os seguintes editais:

- Edital nº 18, de 16 de setembro de 2009;
- Edital nº 24, de 15 de dezembro de 2011; e
- Edital nº 14/2013, de 08 de março de 2013.

A seguir cada edital será detalhado com suas respectivas informações físicas e financeiras.

### **7.1 Edital nº 12/2008**

O primeiro edital do PET-Saúde tinha foco na Estratégia Saúde da Família (ESF), como modelo da reorganização da atenção primária em saúde e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS). O PET-Saúde/Saúde da Família teve como princípios a integralidade e a humanização do cuidado na Atenção Primária à Saúde, no trabalho articulado com a ESF.

Esse edital contemplou projetos para o ano letivo de 2009 e foi destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família. Caracterizava-se como instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos, respectivamente, aos profissionais e aos estudantes da área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS.

Puderam participar do Edital 12/2008 as Instituições de Educação Superior (IES) públicas ou privadas sem fins lucrativos. Também envolvia as IES privadas, desde que fossem integrantes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) ou que desenvolvessem atividades curriculares em serviços na Estratégia Saúde da Família.

Os projetos contemplaram os cursos de graduação da área da saúde, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 287, de 8 de outubro de 1998, e foi obrigatória a inclusão do curso de medicina.

As propostas apresentadas contemplaram os seguintes aspectos gerais:

- Interdisciplinaridade, que favorecesse uma formação acadêmica condizente com o estágio atual de desenvolvimento da ciência;

- Atuação coletiva, envolvendo ações conjuntas por bolsistas de diferentes cursos e estágios de adiantamento no curso de graduação, que possuíssem objetos de trabalho em comum;
- Integração contínua entre os bolsistas e os corpos discentes e docente do curso de graduação;
- Contato sistemático com a comunidade, promovendo a troca de experiências em processo crítico e de mútua aprendizagem; e
- Planejamento e execução de um programa de atividade que contribuíssem com a integração ensino-serviço, reforçando a atuação de acordo com as diretrizes da atenção básica no SUS.

Os projetos tiveram como pressupostos as descrições das ações e sua vinculação à Estratégia Saúde da Família e ainda as explicitações do número de bolsas para os estudantes monitores, tutores acadêmicos e preceptores, respeitando-se a seguinte proporção para cada grupo formado: 1 (um) tutor acadêmico, responsável pelo aprendizado em serviço de 30 (trinta) estudantes (sendo 12 estudantes monitores, que efetivamente receberam a bolsa de iniciação ao trabalho), e 6 (seis) preceptores.

A data de envio dos projetos foi até o dia 15 de dezembro de 2008. Foram recebidos mais de 100 projetos PET-Saúde. Desta forma, a SGTES/MS realizou a *Oficina de Seleção dos Projetos do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde*, na representação da OPAS/OMS em Brasília-DF, no período entre 19 e 23 de janeiro de 2009. O objetivo foi apresentar e discutir a metodologia proposta para seleção dos projetos recebidos, bem como selecioná-los para participação no PET-Saúde – ano letivo 2009.

Um instrumento de seleção foi criado, envolvendo três etapas que buscaram identificar o atendimento ao disposto nos Editais e aos pressupostos do Programa. Participaram do processo seletivo representantes do CONASEMS, consultores do Pró-Saúde, e equipe técnica do DEGES/SGTES/MS, DAB/SAS/MS e SESU/MEC.

Finalmente, a Portaria Conjunta nº 3, de 30 de janeiro de 2009, e a Portaria Conjunta nº 4, de 6 de fevereiro de 2009, homologaram o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa.

Foram 84 projetos selecionados de IES e Secretarias de Saúde de todas as regiões do País. Envolveu 306 Grupos PET-Saúde/SF. Teve a participação de 345 cursos de graduação da

área da saúde. Os projetos foram desenvolvidos de maio de 2009 a abril de 2010 e tiveram a participação de 306 tutores, 1.836 preceptores, 3.672 estudantes bolsistas e 5.508 estudantes não bolsistas.

### **7.2 Edital nº 18/2009**

O Edital nº 18, de 16 de setembro de 2009, publicado no *Diário Oficial da União (DOU)*, de 17 de setembro de 2009, selecionou projetos PET-Saúde/SF para desenvolvimento de 2010 a 2012.

Participaram do Edital 18/2009 as Instituições de Educação Superior (IES) públicas ou privadas sem fins lucrativos, e também as IES privadas, desde que fossem integrantes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) ou que desenvolvessem atividades curriculares em serviços na Estratégia Saúde da Família.

Igual ao Edital nº12/2008, os projetos contemplaram os cursos de graduação da área da saúde, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 287, de 8 de outubro de 1998, e foi obrigatória a inclusão do curso de medicina.

A composição dos grupos no Edital 18/2009 também manteve a proporção de: 1 (um) tutor acadêmico, responsável pelo aprendizado em serviço de 30 (trinta) estudantes (sendo 12 estudantes monitores, quer efetivamente receberam a bolsa de iniciação ao trabalho), e 6 (seis) preceptores.

O período para apresentação de propostas visando participação no PET-Saúde foi até 15 de janeiro de 2010. Foram selecionados 111 projetos de 84 IES e 96 Secretarias de Saúde, os quais envolveram 484 Grupos PET-Saúde/SF, totalizando cerca de 17 mil integrantes. Nesses projetos PET-Saúde/SF participaram 545 cursos de graduação da área da saúde. Os projetos foram desenvolvidos de abril de 2010 a março de 2012 e tiveram a participação de cerca de 484 tutores, 2.900 preceptores e 5.800 estudantes.

### **7.3 Edital nº 24/2011**

Um edital integrando os projetos PRÓ-Saúde e PET-Saúde foi publicado em 2011, a partir da articulação entre a SGTES, a SESU/MEC, demais secretarias do MS e posterior pactuação e aprovação na CIT, com divulgação dos selecionados em 2012. O Edital nº 24, de

15 de dezembro de 2011 incentivou a apresentação de propostas que contemplassem as políticas e prioridades do Ministério da Saúde, tais 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. Pretendia-se com este Edital conjunto, ampliar a integração ensino-serviço – com maior parceria entre docentes e profissionais dos serviços e estudantes por meio da educação pelo trabalho, em equipes interprofissionais, nos serviços de saúde – e contribuir para a construção e o desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. Além disso, previa-se a articulação às políticas e prioridades do Ministério da Saúde, considerando, sempre, as necessidades loco-regionais definidas de forma concatenada entre instituições de ensino e secretarias municipais/estaduais de saúde.

O Pró-Saúde e o PET-Saúde têm como pressupostos a consolidação da integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho. A articulação destas iniciativas visa: (1) à 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 (2) a 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 fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas IES.

Os programas PET-Saúde e Pró-Saúde visam à mudança na formação profissional na área da saúde. Desse modo, as ações desenvolvidas devem resultar em um perfil profissional com habilidades para identificar, minorar e/ou resolver os problemas de saúde.

É nessa perspectiva que a conexão das ações dos dois programas se justifica e se referencia, pois o trabalho desenvolvido pelos grupos de acadêmicos, preceptores e tutores do PET-Saúde, com o apoio do Pró-Saúde, possibilitou o cumprimento das diretrizes propostas nos dois programas, as quais propõem a aplicação de tecnologias que promovam a saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família (FERRAZ, 2012).

Este Edital pretendeu que os Programas Pró-Saúde e PET-Saúde contemplassem de forma articulada suas ações considerando o planejamento da saúde segundo as Regiões de Saúde e as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Compreende-se por Região de Saúde um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, conforme estabelecido no Decreto nº 7.508/2011.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos, conforme Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010. O fortalecimento da APS tem sido apontado como instrumento potente para induzir responsabilização e qualidade, sempre no sentido de alcançar resultados em saúde mais qualificados, tornando-se uma exigência para o estabelecimento das RAS.

Participaram do presente processo de seleção as IES públicas ou privadas sem fins lucrativos nas 14 (catorze) categorias profissionais de saúde de nível superior, estabelecidas conforme a Resolução nº 287, de 8 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Cada instituição apresentou uma única proposta por *campus*, com período de duração de 2 (dois) anos, prevendo a participação integrada dos cursos de graduação da área da saúde.

Os subprojetos explicitaram o número de bolsas para os tutores acadêmicos, preceptores e estudantes, respeitando-se a seguinte proporção para cada grupo formado: 01 (um) tutor acadêmico e 06 (seis) preceptores responsáveis pelo aprendizado em serviço de 12 (doze) estudantes de graduação da área da saúde. Ficou a critério das instituições proponentes a participação/seleção de estudantes voluntários (não bolsistas).

Este edital previu o financiamento por parte do Ministério da Saúde de outras despesas como pagamento de pessoa jurídica, consultoria, compra de equipamentos e adequação de espaço físico, além do pagamento de bolsa para os estudantes do PET-Saúde, preceptores e tutores.

É possível concluir que essa experiência no PET-Saúde reitera a iniciativa do Pró-Saúde em motivar não somente a classe acadêmica, mas também os profissionais da área da saúde

para a investigação, percebendo a pesquisa como fonte de produção coletiva de estratégias e ações de promoção da saúde em uma práxis contextualizada com as realidades local e cultural. Vale ressaltar que apesar de alguns preceptores e acadêmicos se mostrarem pouco envolvidos nas investigações, esses foram exceções, pois a maioria atuou de forma comprometida e entusiasmada, indo muitas vezes além do esperado pelos tutores, demonstrando-se preocupados e reflexivos em relação às suas próprias práticas (FERRAZ, 2012).

O período para apresentação das propostas visando à participação no PróSaúde e PET-Saúde foi entre os dias 16 de dezembro de 2011 a 15 de março de 2012.

Foram selecionadas 120 (cento e vinte) propostas Pró-Saúde articuladas ao PET-Saúde com o desenvolvimento de 415 grupos tutoriais, desenvolvidos em diferentes municípios do território nacional, envolvendo 709 (setecentos e nove) cursos da área da saúde, conforme Portaria de Homologação nº 6, de 3 de abril de 2012 (publicada no DOU de 4 de abril de 2012). Participaram desse edital 415 tutores, 2.490 preceptores e 5.164 estudantes.

#### **7.4 Edital nº 14/2013**

O PET-Saúde/Redes de Atenção considerou a priorização do Ministério da Saúde para implementação das Redes de Atenção à Saúde – RAS. Assim, a SGTES lançou em 2013, em parceria com a Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, um Edital para seleção de projetos que se alinhassem às prioridades definidas na perspectiva do fortalecimento das RAS, preferencialmente articuladas ao planejamento das ações de saúde das Regiões de Saúde.

O Edital nº 14 propunha parceria entre Instituições de Ensino, em conjunto com as Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde, a apresentarem propostas para o desenvolvimento de intervenções na modelagem das Redes de Atenção à Saúde (RAS) visando à qualificação de ações e serviços de saúde oferecidos à população nos diversos pontos de atenção das redes e a inserção das necessidades dos serviços no contexto das redes como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino.

O Programa PET-Saúde/Redes contemplou projetos que se alinhem às prioridades definidas na perspectiva do fortalecimento das RAS, preferencialmente articuladas ao planejamento das ações de saúde das Regiões de Saúde (Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011) e às Redes de Atenção à Saúde (Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010).

O PET-Saúde/Redes tem como pressupostos a promoção da integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho por meio do fomento de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito do desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Caracteriza-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, para elaboração de novos desenhos, aprimoramento e promoção de redes de atenção à saúde bem como de iniciação ao trabalho e formação dos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como perspectiva o desenvolvimento de intervenções na modelagem das redes de atenção à saúde visando à qualificação das ações e serviços de saúde oferecidos à população nos diversos pontos de atenção das redes e a inserção das necessidades dos serviços no contexto das redes como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado à saúde. Caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica, pela centralidade nas necessidades em saúde da população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. O fortalecimento da Atenção Básica, como cenário privilegiado de desenvolvimento da clínica ampliada, educação permanente, participação social, educação interprofissional, gestão compartilhada, centralidade no paciente, problematização da realidade, em que se pode promover o diálogo da formação com o mundo do trabalho, torna-se uma exigência para o estabelecimento das RAS.

Os pontos de atenção das redes temáticas, determinados em função da produção singular, devem estar evidenciados no desenho de cada rede. A organização das ações e serviços de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, nos diferentes níveis de complexidade, a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações também precisam estar explicitados nas redes.

Participaram do presente processo de seleção as IES, públicas ou privadas sem fins lucrativos, que ofereçam cursos de graduação na saúde, estabelecidos conforme Resolução nº 287, de 8 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Houve a participação dos 14 cursos de graduação da área da saúde relacionados na Resolução nº 287/1998 do

Conselho Nacional de Saúde (CNS) e os cursos de graduação em Saúde Coletiva ou áreas afins, devidamente autorizados pelo Ministério da Educação (MEC).

Os tutores selecionados eram professores de graduação das disciplinas envolvidas na integração ensino-serviço e no desenvolvimento da interação dos grupos PET-Saúde/Redes com disciplinas da graduação. Os preceptores selecionados estavam envolvidos em atividades de ensino nas unidades de saúde onde atuam. Participaram como estudantes bolsistas, estudantes regularmente matriculados nos cursos de graduação na saúde, estabelecidos conforme Resolução nº 287/1998, do Conselho Nacional de Saúde (CNS); e, no caso das IES públicas, estudantes dos cursos de graduação em Saúde Coletiva ou áreas afins, devidamente autorizadas pelo MEC, com dedicação de, no mínimo, 8 (oito) horas semanais.

Cada instituição apresentou um único projeto por *campus* com período de duração de 2 (dois) anos, prevendo a participação integrada dos cursos de graduação envolvidos no projeto apresentado e em atividades curriculares, de forma interprofissional. Os projetos demonstraram o envolvimento e a articulação com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde na perspectiva da Educação Permanente dos trabalhadores do SUS. Ficou demonstrado como a intervenção modificou a realidade no território e o processo de trabalho, incorporando novas competências no âmbito da clínica e da gestão.

As inscrições e os projetos foram enviados por meio do FormSUS, em arquivos texto. O período para apresentação no FormSUS visando à participação no PET-Saúde/Redes foi a partir da publicação desse edital até o dia 15 de abril de 2013.

Esse edital selecionou projetos a serem executados durante o período de maio de 2013 a abril de 2015. A duração das bolsas dos estudantes foi de um ano, prorrogável por mais um ano, possibilitando a seleção e inclusão de novos estudantes ao longo da execução dos projetos. A duração da bolsa dos preceptores e tutores foi dois anos.

Foram selecionados 114 projetos, com formação de 290 novos grupos PET-Saúde/Redes de Atenção – PET-Saúde/Redes. Nesses projetos PET-Saúde/Redes participaram 623 cursos de graduação da área da saúde. Os projetos se iniciaram em agosto de 2013 e contaram com a participação de cerca de 290 tutores, 1.740 preceptores e 3.480 estudantes.

A Tabela 1 descreve os editais analisados neste estudo.

**Tabela 1 - Editais analisados neste estudo: Brasil, 2008 a 2013.**

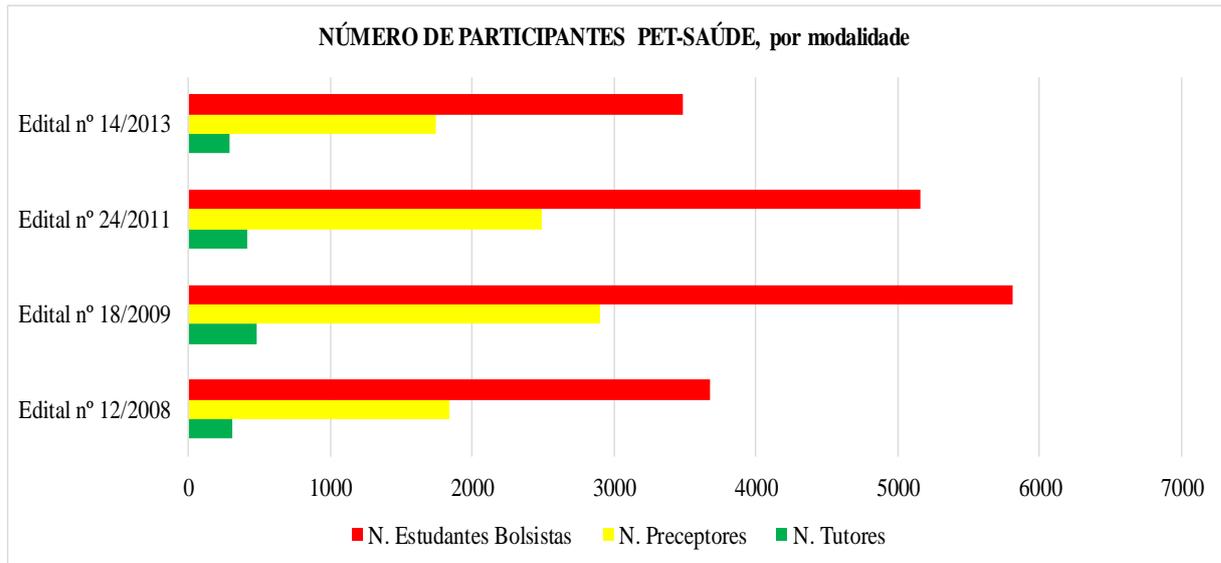
Edital	Temática	PERÍODO	Nº de Projetos selecionados	Nº de grupos PET-Saúde	Bolsas/mês	Nº cursos área saúde envolvidos
PET-Saúde/SF 2009	Saúde da Família	2009	84	306	5.814	345
Edital nº 12/2008		MAI/09 - ABR/10				
PET-Saúde/SF 2010/2012	Saúde da Família	2010 - 2011	111	484	9.267	545
Edital nº 18/2009		ABR/10 - MAR/12				
Pró-Saúde/PET-Saúde	Redes de Atenção	2012-2014	120	415	8.069	709
Edital nº 24/2011		AGO/12 - DEZ/14				
PET-Saúde/Redes	Redes de Atenção	2013 - 2015	114	290	5.510	623
Edital nº 14/2013		MAI/13 a ABR/15				

**Fonte: Elaboração do autor, 2019.**

O Gráfico 1 apresenta o número de participantes, em cada edital, nas três categorias: tutores, estudantes e preceptores. O número de estudantes bolsistas apresenta um crescimento de cerca de 30% na comparação entre o segundo e o primeiro editais. Isso se mantém no terceiro edital, porém no Edital nº 14/2013 o número de participantes volta ao mesmo patamar do Edital nº 12/2008.

Vale destacar que no primeiro edital (12/2008), o Programa teve a participação de 5.508 estudantes não bolsistas; e no Edital nº 18/2009, 8.712. Isso demonstra que a adesão de estudantes que não receberam bolsa representou cerca de 66% (sessenta e seis por cento) a mais que os que receberam bolsa. Esses alunos voluntários representam uma externalidade positiva, pois induziu a participação de alunos não bolsistas.

**Gráfico 1 - Número de participantes PET-Saúde, por modalidade.**



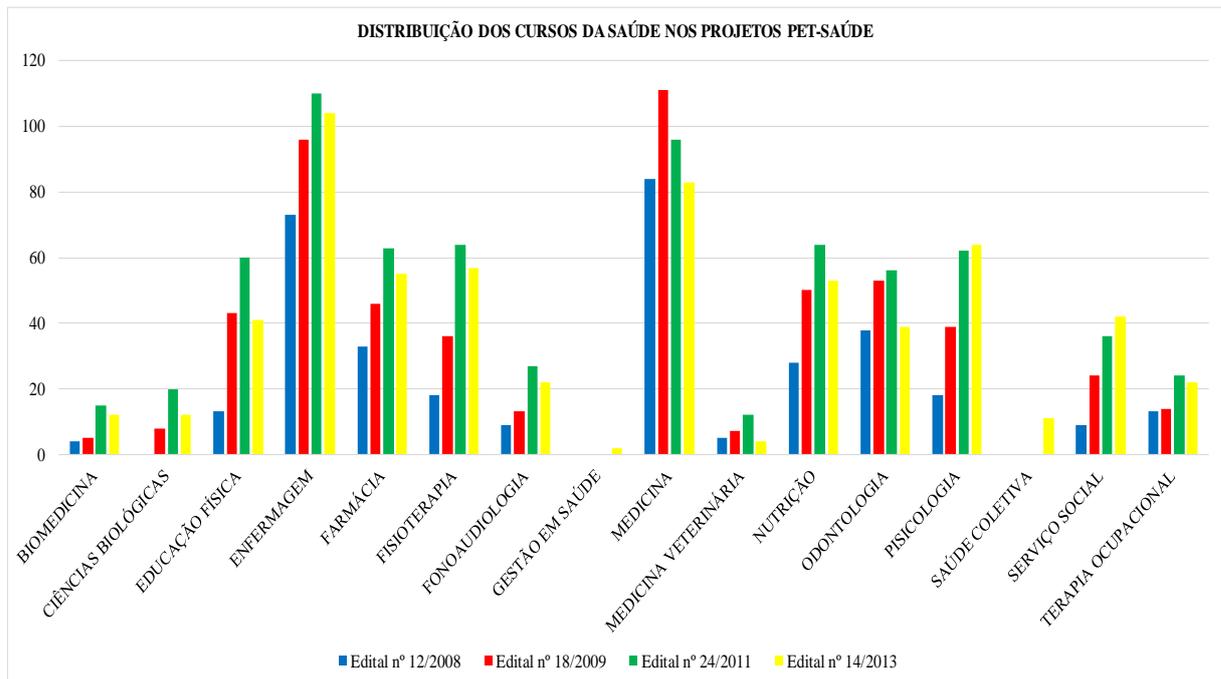
**Fonte: Elaboração do autor, 2019.**

No Gráfico 2 é demonstrada a distribuição dos cursos da saúde nos projetos apresentados ao PET-Saúde nas quatro edições. Existe uma predominância dos cursos de Medicina e Enfermagem, porém ressalta-se a participação dos cursos de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia.

Nos editais 12/2008 e 18/2009, todos os projetos contemplaram os cursos de graduação da área da saúde, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 287, de 8 de outubro de 1998, e foi obrigatória a inclusão do curso de Medicina.

A participação proporcionalmente menor das demais categorias profissionais reflete o panorama atual da estratégia Saúde da Família no país, em que o número de NASF cadastrados e credenciados junto ao Ministério da Saúde vem sendo ampliado gradativamente ao longo dos últimos meses.

**Gráfico 2 - Distribuição de participantes nos projetos PET-Saúde.**

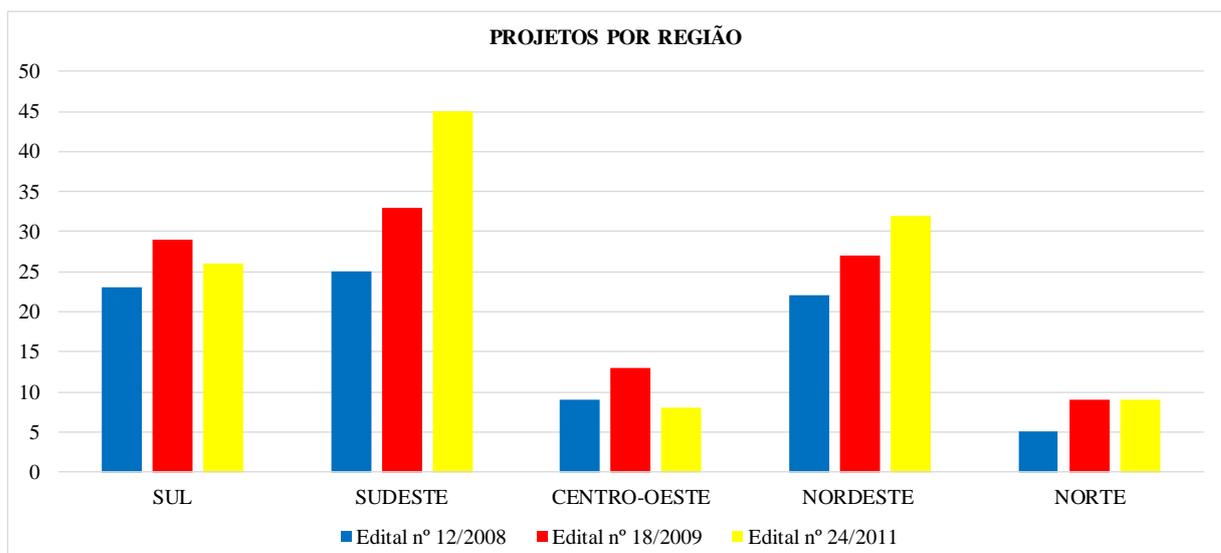


**Fonte: Elaboração pelo autor, 2019.**

Quanto à distribuição regional dos projetos, observa-se uma concentração na Região Sudeste, conforme apresentado no Gráfico 3.

Os editais do PET-Saúde não estabeleceram um critério de incentivo para reduzir as disparidades regionais, como ocorre em algumas políticas do Ministério da Saúde, a exemplo dos editais de seleção de pesquisa do Departamento de Ciência e Tecnologia.

**Gráfico 3 - Distribuição de projetos PET-Saúde.**



**Fonte: Elaboração do autor, 2019.**

## 7.5 Dispendios do Programa PET-Saúde

A Portaria nº 03, do Ministério da Saúde, de 7 de maio de maio de 2009, estabeleceu orientações e diretrizes para a concessão de bolsas de iniciação ao trabalho, tutoria acadêmica e preceptoria para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Também aprovou os critérios e as normas para concessão de bolsas no âmbito do Sistema de Informações Gerenciais do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – SIG-PET-Saúde. O Sistema PET-Saúde visa ao gerenciamento do pagamento das bolsas destinadas aos participantes do Programa.

As bolsas foram concedidas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, sob a gestão do Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES, aos participantes de projetos PET-Saúde selecionados conforme regras e valores estabelecidos em edital, mediante celebração de Termo de Compromisso em que constam os correspondentes direitos e obrigações. O período de duração das bolsas era de até 12 meses, renovável por igual período, conforme parecer da Comissão de Avaliação do PET-Saúde, podendo ser por tempo inferior, ou mesmo sofrer interrupção, desde que justificada.

A participação do estudante em um grupo PET-Saúde dar-se-ia a partir da aprovação em processo de seleção, conduzido sob a responsabilidade de cada Instituição de Educação Superior – IES. Os estudantes do grupo PET-Saúde (bolsistas e não bolsistas) fariam jus a um certificado de participação no PET-Saúde, que seria emitido por sua instituição de ensino, como contrapartida ao Programa.

Para que fosse efetuado o pagamento das bolsas aos destinatários, o coordenador de cada Projeto PET-Saúde cadastrou e atualizou os contemplados no SIG-PET-Saúde, até o dia 25 de cada mês, para posterior homologação /validação pela SGTES, que encaminhou ao FNS relação nominal dos bolsistas, por meio físico e por arquivo eletrônico, acompanhada da autorização de pagamento. O pagamento das bolsas somente seria efetuado no mês subsequente ao início das atividades previstas no plano de pesquisa constante no Projeto aprovado.

As despesas decorrentes do Programa foram financiadas com recursos da programação orçamentária do Ministério da Saúde, por meio da Funcional Programática 10.364.1436.8628.0001 – Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS. Os recursos investidos nos exercícios de 2009 a

2014 foram da ordem de 400 milhões de reais. Ao mesmo tempo, o orçamento do Departamento de Gestão da Educação em Saúde foi de aproximadamente 2,8 milhões. Assim, deduz-se que o orçamento do PET-Saúde corresponde a 14% do orçamento do Departamento responsável pela sua implementação, conforme demonstrado no Gráfico 4.

No início de 2009, técnicos do DEGES/SGTES/MS, em parceria com técnicos do FNS/SE/MS elaboraram o Projeto Básico PET-Saúde. Nele constavam a apresentação e os objetivos do Programa, atribuições do Ministério da Saúde e do agente pagador e questões relacionadas à operacionalização do pagamento das bolsas.

A partir desse Projeto Básico, foi firmado o Contrato nº 001/2009 entre o Ministério da Saúde e o Banco do Brasil S/A para prestação de serviços referentes ao pagamento das bolsas no âmbito do Programa em questão, publicado no Diário Oficial da União nº 87, de 11 de maio de 2009. O crédito aos bolsistas seria processado pelo Banco do Brasil S/A, por meio desse Contrato de Prestação de Serviços, firmado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), objetivando operacionalizar a movimentação dos recursos a serem liberados pelo FNS.

O crédito para pagamento das bolsas no âmbito do Sistema PET-Saúde foi efetuado pelo FNS ao Banco do Brasil S/A, que procederia aos pagamentos aos bolsistas, em conta específica vinculada ao Programa em questão, por meio de cartões de débito, em agências por eles escolhidas. Os créditos não sacados pelos bolsistas no prazo de validade dos cartões de débitos foram revertidos pelo Banco do Brasil S/A em favor do FNS, que não se obrigaria a novo pagamento sem que houvesse solicitação formal da SGTES, acompanhada da competente justificativa, por parte do beneficiário.

Por manifestação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o FNS ficava autorizado a suspender, cancelar ou bloquear o pagamento das bolsas aos beneficiários que não cumprissem com os critérios estabelecidos para o PET-Saúde. A fiscalização dos pagamentos por parte do Banco do Brasil S/A aos bolsistas, no tocante à transferência dos recursos financeiros relativos ao Sistema PET-Saúde, foi exercida, conjuntamente, entre o FNS e a SGTES, ou por intermédio de qualquer órgão do sistema de controle interno e externo da União, mediante a realização de auditorias, de inspeção e de análise da documentação referente à participação dos beneficiários no Programa.

Dessa forma, em maio de 2009 foram empenhados R\$ 30.160.199 (trinta milhões, cento e sessenta mil e cento e noventa e nove reais), para o pagamento das bolsas – ano letivo 2009. O pagamento das bolsas PET-Saúde 2009 iniciou-se, então, no mês de maio, referente às

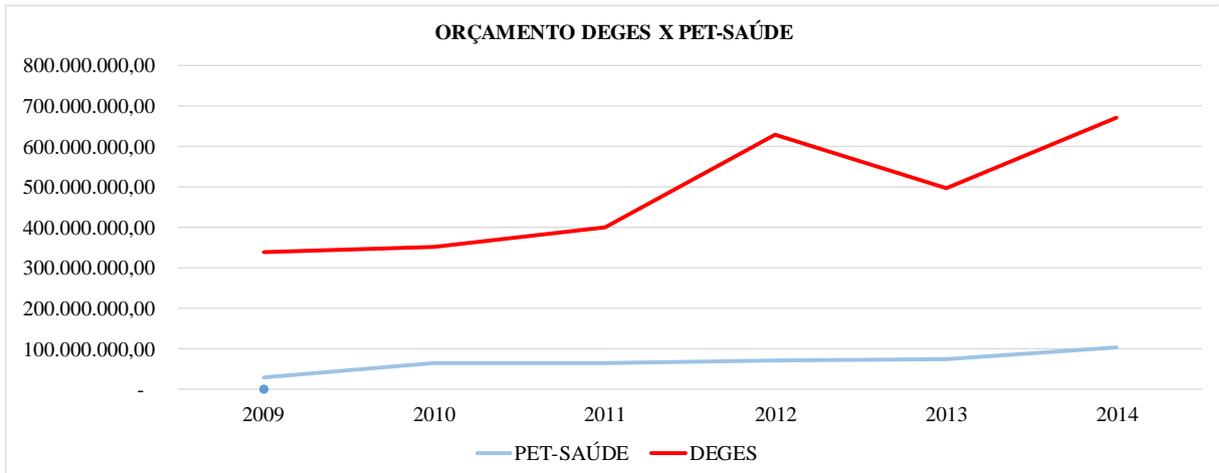
atividades desenvolvidas em abril de 2009. Foram pagas 51.567 bolsas PET-Saúde relacionadas às atividades desenvolvidas nos meses de abril a dezembro de 2009.

Em 2010, o Ministério da Saúde investiu R\$ 65.162.429,22 (sessenta e cinco milhões, cento e sessenta e dois mil, quatrocentos e vinte e nove reais e vinte e dois centavos) no pagamento de 95.506 bolsas selecionadas por meio dos Editais 12/2008 e 18/2009. Já em 2011, para apoiar esses Editais foi empenhado o valor de R\$ 66.370.177,03 (sessenta e seis milhões, trezentos e setenta mil, cento e setenta e sete reais e três centavos), que possibilitou o pagamento de 107.523 bolsas.

O apoio ao pagamento das bolsas selecionadas pelos Editais nº 18/2009 e 24/2011 tiveram um impacto orçamentário no exercício de 2012 na ordem de R\$ 70.461.366,00 (setenta milhões, quatrocentos e sessenta e um mil, trezentos e sessenta e seis reais).

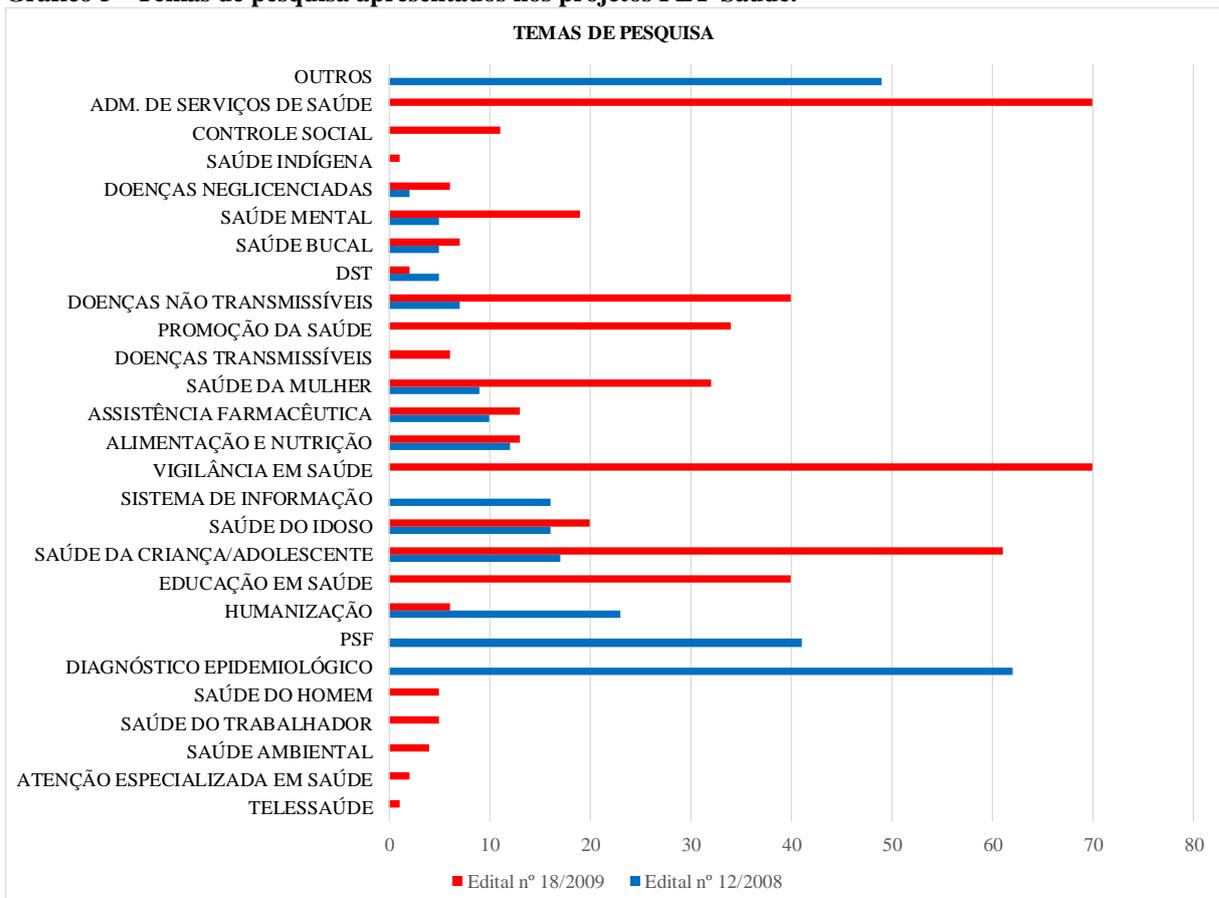
Nos anos de 2013 e 2014, o orçamento empenhado do Ministério da Saúde para apoiar o pagamento das bolsas referentes aos Editais 24/2011 e 14/2013 foi no montante de R\$ 175.347.874,32 (cento e setenta e cinco milhões, trezentos e quarenta e sete mil, oitocentos e setenta e quatro reais e trinta e dois centavos)

No que se refere ao planejamento financeiro, cabe ressaltar que o início do pagamento das bolsas PET-Saúde, em 2009, representou para o Ministério da Saúde uma inovação. Foi a primeira vez que esse Ministério estabeleceu um mecanismo para pagamento direto de bolsas. Até então, os instrumentos disponíveis para repasse de recursos eram restritos aos convênios, descentralização de recursos entre órgãos federais ou repasses financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais ou Municipais de Saúde, vinculados às Secretarias de Saúde. A capacidade de induzir políticas e, ao mesmo tempo, monitorar e avaliar o desempenho das ações implementadas, aperfeiçoou-se a partir dessa nova possibilidade, abrindo perspectivas também com relação a mudanças no processo de financiamento de outras ações educativas como Mestrados Profissionais e Residências em saúde.

**Gráfico 4 - Comparativo do orçamento da DEGES e do Pet-Saúde.**

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do DEGES/SGTES/MS.

No Gráfico 5 é apresentado um levantamento dos temas de pesquisa propostos pelos projetos selecionados para participação no Programa em 2008 e 2009.

**Gráfico 5 - Temas de pesquisa apresentados nos projetos PET-Saúde.**

Fonte: Elaboração própria, 2019.

## 8 CONCLUSÃO

O PET-Saúde possibilitou que o Ministério da Saúde cumprisse o seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o país, de acordo com as características sociais e regionais. Esse Programa foi uma estratégia importante para fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade, pois envolveu mais de 18 mil alunos, preceptores e tutores ao longo de cinco anos.

O Programa também desenvolveu atividades acadêmicas mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva, interdisciplinar e multiprofissional. Contribuiu, assim, para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde. Deste modo, fomentou a articulação ensino-serviço-comunidade na área as saúde.

O PET-Saúde coopera para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País. Sensibiliza e prepara profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira. Desse modo, trata-se de um programa que se inscreve como uma inovação pedagógica de integração dos cursos de graduação da área da saúde e de fortalecimento da prática acadêmica que integra a universidade, em atividades de ensino, pesquisa e extensão, com demandas sociais de forma compartilhada (MARSDEN, 2009).

Neste sentido, parece que o PET-Saúde tem avançado no contexto da formação em saúde ao incorporar e compreender a educação interprofissional como pressuposto de suas atividades. As contribuições do PET são importantes para o reconhecimento da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe colaborativo.

É possível identificar que com o PET-Saúde há efetivamente um processo de mudanças que estão ocorrendo nos cursos de graduação na área da saúde e nos serviços nela envolvidos em todo o País. Vários estudos demonstram que o PET-Saúde contribuiu muito para a formação dos profissionais de saúde, por meio das vivências na rede, nas comunidades, na gestão, ampliando a compreensão dos estudantes e até de docentes sobre o funcionamento do SUS e sobre a importância central dos profissionais e dos trabalhadores para produzir atenção à saúde de qualidade para a população. O PET-Saúde motivou muitos profissionais de saúde a

retomarem seus estudos e buscarem qualificação em ensino. Entretanto, como todo programa ministerial, apresenta fragilidades e limites, e mesmo com um arcabouço teórico rico e bem formulado, muitas vezes, na prática, não consegue atingir todos os seus objetivos, diante das dificuldades encontradas e do dinamismo que o trabalho coletivo apresenta.

Mesmo assim, pode-se perceber que os avanços implementados na vida acadêmica, com essa nova abordagem, estão caminhando para uma reorientação da prática fundamentada nas diretrizes do SUS, na interdisciplinaridade e na coletividade em saúde. Isto exige dos futuros profissionais da saúde uma postura diferenciada, permitindo a eles a articulação entre o conhecimento teórico-prático e as necessidades da população, contribuindo, dessa forma, para uma formação pautada no posicionamento crítico e reflexivo (MORAIS *et al.*, 2012).

Os resultados da experiência de implantação do PET-Saúde permitem visualizar outro aspecto importante do programa na prática: a possibilidade de integração ensino-serviço, visando reorientar a formação profissional na área da saúde, o que permitiu adotar ações interdisciplinares e multiprofissionais no território das equipes de saúde da família. O contato sistemático com a comunidade promoveu a troca de experiências em processo crítico e de mútua aprendizagem e uma atuação de acordo com as diretrizes da atenção básica no SUS. Permitiu, ainda, que os estudantes conhecessem com mais afinco a realidade de sua clientela e identificassem situações-problema para propor intervenções resolutivas. Nesse sentido, observa-se o grau de satisfação dos participantes como “muito satisfeito” (LEITE, 2012).

Além disso, o Programa viabilizou a interação dos tutores com categorias profissionais distintas, o que, geralmente, não ocorre nas unidades de ensino. Essa interação advém do contato com outros professores, com profissionais dos serviços de saúde e com alunos das diferentes áreas profissionais presentes no PET-Saúde USP Capital. Necessita-se de profissionais docentes preparados para desempenhar sua profissão de forma contextualizada e de maneira interdisciplinar (FONSECA, 2014).

Ficou evidente que o PET-Saúde fortaleceu o desenvolvimento curricular, contribuindo especialmente no que diz respeito à consolidação da Atenção Primária como local privilegiado para as práticas de ensino-aprendizagem. As contribuições mais expressivas do PET-Saúde foram relacionadas à produção de conhecimento voltada para as necessidades do SUS e ao fortalecimento da integração ensino-serviço, aspectos que se configuraram como pontos de estrangulamento no contexto do Promed. O PET-Saúde, ao envolver profissionais não docentes (preceptores), acabou contribuindo para a melhoria dos serviços de saúde onde atua, ao

capacitar, valorizar e empoderar esses profissionais. O papel do PET-Saúde foi menos enfatizado na pós-graduação e educação permanente voltadas para as necessidades do SUS. A oferta dessas oportunidades educacionais em estreita articulação com o SUS continua sendo um desafio para as políticas de formação profissional na área da saúde (ALVES, 2015).

Os alunos do PET-Saúde UFMG/SMSA-BH parecem ter percebido o potencial da Unidade Básica de Saúde enquanto cenário de prática ao avaliarem-na positivamente, mesmo reconhecendo inadequações em sua estrutura física para acolhê-los. Provavelmente, privilegiou-se a riqueza das experiências exploradas na convivência com os profissionais da saúde, com os usuários e a observação da rotina de funcionamento da unidade em detrimento das dificuldades estruturais (LOPES *et al.*, 2012).

As contribuições do PET-Saúde para a pós-graduação e a educação permanente voltadas para as necessidades do SUS foram menos enfatizadas. A oferta dessas oportunidades educacionais em estreita articulação com o SUS continua sendo um desafio para as políticas de formação profissional na área da saúde (ALVES, 2015).

Concluo este trabalho com a citação de Rodrigues (2012, p. 192), para quem “a integração ensino-serviço-comunidade é fundamental para a formação de profissionais comprometidos com a proposta do SUS” e lhes proporciona “um contato direto com os problemas da população e instrumentalizando-os para intervir de forma eficaz, com ações coletivas por meio de uma educação preventiva em saúde pública”.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Claudía Regina Lundgren; BELISÁRIO, Soraya Almeida; ABREU, Daisy Maria Xavier de; LEMOS, José Mauricio Carvalho; GOULART, Lucia Maria Horta Figueiredo. Repercussões do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) na Reforma Curricular de Escolas Médicas Participantes do Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed). *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 527–536, dez. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022015000400527&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000400527&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 fev. 2020.

BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva; JANSSEN Beatriz; ASSIS, Elaine Quedas de; SENNA, Maria Inês Barreiros; CURY, Geraldo Cunha. Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 19, sup. 1, p. 743–752, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000500743&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500743&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação (MEC). *Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014 – Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina*. Brasília: Ministério da Educação; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Educação (ME). *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*. Brasília: MS, ME; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria Interministerial nº 422, de 3 de março de 2010. Estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e da Educação. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, 4 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.º 2.101, de 03 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, 4 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, 26 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. *Diário Oficial da União*, Brasília, seção 1, p. 111, 2005.

BROWNE, Angela; WILDAVSKY, Aaron. What should evaluation mean? In: PRESSMAN, Jefferey L.; WILDAVSKY, Aaron (Eds.). *Implementation*. Berkeley: University of California Press, 1984.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de; BELISÁRIO, Soraya Almeida. A Formação Superior dos Profissionais de Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 885–910.

CAPELLA, Ana Cláudia N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. *BIB, Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, v. 61, p. 20–40, 2006.

CARDOSO, Ivana Macedo. “Rodas de educação permanente” na atenção básica de saúde: analisando contribuições. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 18-28, maio 2012.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: perspectivas entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 259–279.

CYRINO, Eliana Goldfarb; CYRINO, Antonio de Pádua Pithon; PREARO, Alice Yamashita; POPIM, Regina Célia; SIMONETTI, Janete Pessuto; VILLAS BOAS, Paulo José Fortes *et al.* Ensino e pesquisa na estratégia de saúde da família: o PET-Saúde da FMB/Unesp. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2012, v. 36, n. 1, sup. 1. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022012000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200013&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 fev. 2020.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Mem. Fund. Q.* 44:166, Part 2, 1966.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, v. 44, n. 3, p. 166–203, 1966.

DRAIBE, Sônia Miriam. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: BARREIRA, Maria C.; CARVALHO, Maria do C.

*Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001. p. 14–42.

DYE, Thomas R. Cap. 1: Policy Analysis: what government do, why they do it, and what difference it makes. In: *Understanding Public Policy*. New Jersey: Prentice Hall, 1992.

EASTON, David. *A framework for political analysis*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1965.

ETGES, Norberto J. Ciência, interdisciplinaridade e educação. In: JANTSCH, Ari Paulo; BIANCHETTI, Lucídio (Orgs.). *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 51–84.

Farias-Santos, Bárbara Cássia de Santana, & Noro, Luiz Roberto Augusto. (2017). PET-Saúde como indutor da formação profissional para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 997-1004.

FERRAZ, Lucimare. O PET-Saúde e sua interlocução com o Pró-Saúde a partir da pesquisa: o relato dessa experiência. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 166–171, mar. 2012.

FERREIRA, Marcelo José Monteiro *et al.* Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 23, supl. 1, e170920, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.170920>. Acesso em: 03 fev. 2020.

FONSECA, Graciela Soares; JUNQUEIRA, Simone Rennó. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de São Paulo (Campus Capital): o olhar dos tutores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1151–1162, abr. 2014.

FREIRE, Paulo. *Educação como prática da liberdade*. 19. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 23. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GARCIA, Ronaldo Coutinho. Subsídios para organizar avaliações da ação governamental. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica, n. 23, p. 7–70, jun. 2001. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/>. Acesso em: 03 fev. 2020.

GONZÁLEZ, Alberto Durán; ALMEIDA, Marcio José. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551–570, 2010.

HADDAD, Ana Estela; BRENELLI, Sigisfredo Luiz; CURY, Geraldo Cunha; PUCCINI, Rosana Fiorini; MARTINS, Milton de Arruda; FERREIRA, José Roberto *et al.* Pró-Saúde e

PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, n. 36, v. 1, Supl. 1, p. 3–4, 2012.

HADDAD, Ana Estela; MORITA, Maria Celeste; PIERANTONI, Célia Regina; BRENELLI, Sigisfredo Luis; PASSARELLA, Teresa; CAMPOS, Francisco Eduardo. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383–393, jun. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000300001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300001&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 fev. 2020.

HAM, Christopher; HILL Michael. *The policy process in the modern capitalist state*. Londres: St. Martin's Press, 1993.

HINO, Paula; HORTA, Ana Lúcia de Moraes; GAMBA, Mônica Antar; TAMINATO, Monica; FERNANDES, Hugo; SALA, Danila Cristina Paquier. Integralidade na perspectiva da saúde coletiva: caminhos para a formação do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 72, n. 4, p. 1119–1123, ago. 2019.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. *Caderno CEDES*, Campinas, v. 21, n. 55, p. 30–41, nov. 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-32622001000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622001000300003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 set. 2016.

JANNUZZI, Paulo Martino. Monitoramento analítico como ferramenta para aprimoramento da gestão de programas sociais. *Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação*, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília, n. 1, 2011. p. 4–11.

KINGDON, John W. *Agendas, alternatives and public policies*. Boston: Little, Brown and Company, 1984.

LASWELL, Harold. *Politics: who gets what, when, how*. Cleveland: Meridian Books, 1958. [1936].

LEITE, Maisa Tavares de Souza; RODRIGUES, Carlos Alberto Quintão; MENDES, Danilo Cangussu; VELOSO, Noely Soares; ANDRADE, João Marcus Oliveira; RIOS, Lorena Roseli. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na formação profissional. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 111–118, mar. 2012.

LINDBLOM, Charles Edward. Still muddling, not yet through. *Public Administration Review*, n. 39, p. 517–525, 1979.

LINDBLOM, Charles Edward. *The Science of Muddling Through*. *Public Administration Review*, Blackwell Publishing on behalf of the American Society for Public Administration, v.

19, n. 2, 1959. p. 79–88. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/973677>. Acesso em: 03 fev. 2020.

LOPES, Aline Cristine Souza; CALDAS, Juliana Barreto; MENDONÇA, Raquel de Deus; FIGUEIREDO, Adriana; LONTS, Juliane Guarnieri de Araújo; FERREIRA, Efigênia Ferreira; FIGUEIRA, Taís Rocha. A percepção de alunos quanto ao programa de educação pelo trabalho para a saúde – PET-Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 33–41, mar. 2012.

LUCCHESI, Patricia Tavares Ribeiro. *Políticas públicas em Saúde Pública*. São Paulo: Bireme/OPAS/OMS, 2002.

MARSDEN, Melissa. *A indissociabilidade entre teoria e prática: experiências de ensino na formação de profissionais de saúde nos níveis superior e médio*. 2009. 140 f. Dissertação (Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

MORAIS, Fátima Raquel Rosado; JALES, Graciella Madalena Lucena; SILVA, Maria Jaqueline Carlos da; FERNANDES, Sâmara Fontes. A importância do PET-Saúde para a formação acadêmica do enfermeiro. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 10, n. 3, p. 541–551. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462012000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000300011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 fev. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva; TRAVASSOS, Cláudia Maria de Rezende; ALMEIDA, Celia Maria de; BAHIA, Lígia; MACINKO, James. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, 09 maio 2011. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/352544>. Acesso em: 03 fev. 2020.

PETERS, B. Guy. *American Public Policy*. New Jersey: Chatham House, 1986.

POULANTZAS, Nicos. *O Estado, o Poder, o Socialismo*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

RIBEIRO, Alessandra Fernandes; REZENDE, Paula Moraes; SANTOS, Sueli Maria dos Reis; COSTA, Darcília Maria Nagen da. A competência profissional e a Estratégia de Saúde da Família: discurso dos profissionais. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 136–144, 2008.

RODRIGUES, Ana Áurea Alécio de Oliveira; JULIANO, Iraildes Andrade; MELO, Marisa Leal Correia; BECK, Carmem Lúcia Colomé; PRESTES, Francine Cassol. Processo de interação ensino, serviço e comunidade: a experiência de um PET-Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 184–221, 2012. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000300027>. Acesso em: 03 fev. 2020.

SANTOS, Debora de Souza; ALMEIDA, Lenira Maria Wanderley Santos de; REIS, Renata Karina. Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde: experiência de transformação do

ensino e prática de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1431–1436, dez. 2013.

SILVA, Maria Ozarina da Silva e. Avaliação de políticas e programas sociais: aspectos conceituais e metodológicos. In: SILVA, Maria Ozarina da Silva e (Org.). *Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática*. São Paulo: Veras, 2001. p. 37–96.