

O SUS E A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS¹

Luiz Roberto Agea Cutolo²

Resumo

Apresentação da relação entre as políticas de formação de recursos humanos do Ministério da Saúde e as diretrizes curriculares do Ministério da Educação com vistas à construção do Sistema Nacional de Saúde.

Abstract

Presentation of the connection between human resources politics of the Health Ministry and the curriculum guidelines of the Education Ministry, viewing the construction of the National Health System.

Em 2003 com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e seu Departamento de Gestão e da Educação na Saúde, é colocado em pauta o papel do Ministério da Saúde na responsabilidade de formação de recursos humanos para atuação no Sistema Nacional de Saúde¹. Como o ministério estabelece os princípios, doutrinas e estratégia para as políticas públicas de saúde, é conseqüente que assuma as políticas educacionais na formação profissional que atuara no sistema.

O discurso não é novo e possui antecedentes. A Organização Pan-americana de Saúde em 1970 realizou um estudo em 12 países com o objetivo de caracterizar a educação médica na América Latina. Uma das considerações finais do estudo apontavam que a educação médica não poderia ser discutida fora do âmbito do sistema de atenção à saúde concluindo que...

“... o planejamento de formação de recursos humanos em saúde deveria constituir parte importante dos planos nacionais de saúde e refletir os esforços coordenados de todas as instituições que tenham a ver com formação e utilização de pessoal de saúde”.^{2:55}

¹ Trabalho desenvolvido nos Programas de Mestrado em Saúde da UNIVALI e Ciências Médicas da UFSC

² Professor dos Programas de Mestrado em Saúde da UNIVALI e Mestrado em Ciências Médicas da UFSC

Quatro anos mais tarde, em 1974, um novo estudo foi realizado e também denunciava a distância entre as práticas curriculares desenvolvidas em instituições formadoras e as políticas nacionais de saúde ²

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)...

"... é em função da organização e dinâmica do Estado, da economia, do desenvolvimento científico e tecnológico e das necessidades sociais, entre elas a saúde e as formas como se organiza sua atenção, que se estrutura, se mantém ou se modifica a prática médica. Por sua vez, as mesmas condições, seja diretamente ou através da própria prática, orientam e moldam os conteúdos, as estratégias e os mecanismos do processo de formação médica".^{3:}

48

No Brasil, ainda que de maneira muito preliminar a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, teve como parte de suas discussões a política de recursos humanos na área da saúde. No relatório final, no Tema II, quanto à reformulação do Sistema Nacional de Saúde indica que um de seus princípios relacionados com a política de recursos humanos deve ser a capacitação e reciclagem permanente ⁴.

A representação federal institucional da conferência foi de 50%, assim distribuídas: 16% Ministério da Saúde, 16% Ministério da Previdência e Assistência Social, 8% Ministério da Educação e 10% para os demais ministérios ⁵. A presença do Ministério da Educação na conferência pode ser um indicativo da necessidade da relação intersetorial entre políticas públicas de saúde e políticas públicas de educação.

Na Constituição Federal de 1988 que estabelece a criação do SUS, no Título VIII, Capítulo II, Seção II da Saúde, encontramos no Artigo 200, inciso III, que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde ⁶.

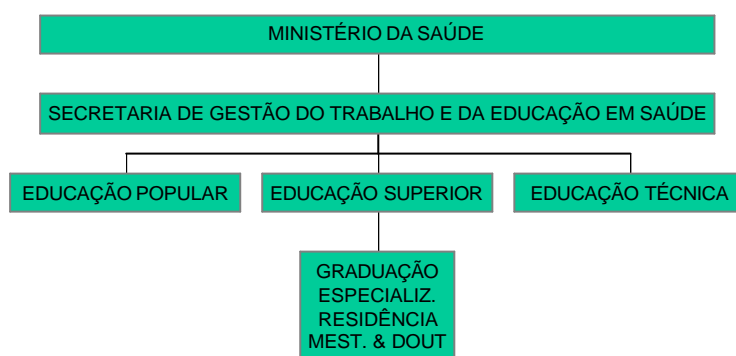
Com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080), uma instrumentação legal para por em prática os princípios dispostos na Constituição Federal de 1988, fica enfatizada no artigo sexto, inciso III a responsabilidade do SUS na ordenação da formação profissional na saúde ⁷.

Em 2002 durante o Seminário Internacional de Residência Médica ocorrido em Brasília promovido pelo Ministério da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde, foi novamente colocado em pauta a relação formação/prática e a responsabilidade dos

ministérios da saúde na liderança das mudanças nas estratégias curriculares no atendimento de prioridades das exigências dos sistemas nacionais de saúde.

Durante o congresso da Rede UNIDA em Londrina no primeiro semestre de 2003, o Ministério da Saúde apresentou um documento datado de maio daquele ano onde propunha um seminário sobre a proposta da Secretaria de Gestão de Trabalho e da Gestão da Educação na Saúde para a política de educação na saúde. Neste documento encontramos as bases da criação dos Pólos de Educação Permanente (PEP) ¹. Revisitado, o documento teve nova versão em setembro de 2003 ⁸.

Para um melhor entendimento do fluxo de relações exponho a seguinte figura:



Os PEP deverão constituir-se como caminhos descentralizados para a execução da estratégia de formação de recursos humanos para o SUS. Estão vinculados ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde...

“... responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à: formação, desenvolvimento e educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade”. ^{8:2}

É responsável também pela...

“... capacitação de profissionais de outras áreas, dos movimentos sociais e da população...” e pela *“...interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre saúde para a formação da consciência sanitária.”* ^{8:2}

Vale lembrar que, por atribuição, todas as novas iniciativas de formação de recursos humanos na área da saúde devem ser planejadas pela perspectiva intersetorial dos PEP, baseada nos princípios e doutrinas do SUS. Os programas de mudança já existentes deverão

ser mantidos, mas repactuados dentro dos princípios explícitos pela nova política de formação descentralizada.

Os PEP funcionarão como base da construção de mudanças das políticas de formação e desenvolvimento das práticas do SUS, sempre articulado. Pressupõem-se uma articulação entre o Núcleo Formador, Rede de Serviço, Gestor, Profissional da Saúde, Comunidade e seu Controle Social. Esta relação articulada parte de uma relação em rede, não hierarquizada, não verticalizada, baseada no princípio da roda de relações pactuadas. Órgãos do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais da Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), as associações de ensino, as associações profissionais, as entidades de representação estudantis e os movimentos sociais estão, neste momento, convidados a se sentarem numa mesma mesa de reflexão e negociação. Mesa que se constitui como espaço de planejamento, gestão e mediação de políticas educacionais para o SUS, políticas articuladas, agregadoras, não fragmentadas.

Cabe ao PEP, portanto, a tarefa de carregar iniciativas de mudança no modelo assistencial a partir das mudanças da formação de recursos humanos, mobilizando ações de formação e capacitação dos distintos atores (professores da área da saúde, trabalhadores da saúde, estudantes de ciências da saúde, gestores, usuários). Compete ainda aos PEP a execução de políticas formadoras com bases epidemiológicas e territoriais, enfatizando a formação em serviço, beneficiando, portanto, o fortalecimento da relação entre o Núcleo de Formação e o Núcleo de Trabalho. Com vistas às mudanças e atenção às necessidades sociais, o ensino deve ser baseado nos problemas localizados da população, articulado com uma extensão e pesquisa que implique em conseqüentes melhorias das condições de saúde da comunidade e benefício da estruturação do sistema nacional de saúde.

Não se constitui em órgão executivo, mas um Conselho Gestor que reúne em plenária perspectivas intersetoriais, foco de negociação e pactuação. Um fórum colegiado para discussão e definição de estratégias de formação. Torna-se o principal dispositivo para mobilizar recursos financeiros do Ministério da Saúde para formação de recursos humanos.

O Ministério da Saúde Já possuía, até então, várias outras iniciativas de formação para o SUS. Pode-se destacar os Pólos de Capacitação do Programa Saúde da Família, com atuações nacionais absolutamente irregulares e anacrônicas dependendo dos espaços

geopolíticos onde atuavam. Produziam meios de formação díspares, não articulados intersetorialmente. Destaco ainda os Cursos de Especialização em PSF e Residência Multiprofissional em PSF, o PROFAE – Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem, Aperfeiçoamento de Gestores, GERUS – Desenvolvimento Gerencial de UBS, Especialização de Equipes Gestoras, Mestrados Profissionais, Cursos de Formação de Conselheiros de Saúde e o PROMED, um programa de incentivo às mudanças curriculares dos Cursos de Graduação em Medicina.

O MS reconhece como importantes e legítimas estas iniciativas, inclusive como fonte de reflexão crítica, mas reconhece também, que são programas desarticulados e fragmentados trazendo pouco impacto para orientar processos de mudança nos Núcleos Formadores e na prática do modelo assistencial. Os PEP podem constituir-se, portanto, como a possibilidade articuladora de programas, funcionando como núcleo de mudança.

A base territorial dos pólos fornece o combustível do processo de trabalho cotidiano problematizado, objetivando uma mudança da prática partindo da realidade, com aprendizagem em serviço com bases epidemiológicas. Quer dizer, é realidade material, contextualizada e problematizada dentro de suas contradições, o ponto de partida da aprendizagem e sua conseqüente ação mediadora de mudanças. Pretende-se, com este princípio, o desenvolvimento de capacidade de aprendizagem crítica e reflexiva, capacidade de trabalho em equipe, democratizando a roda de relações. A resolutividade passará pela construção de soluções criativas aos problemas de saúde, pautadas pelos critérios éticos e humanísticos.

Aos PEP, mediada pela Coordenação Geral de Educação Popular em Saúde, caberá a implementação de políticas de democratização dos saberes junto às populações. A fração educação popular em saúde poderá ver articuladas escolas básicas e o serviço de saúde junto aos movimentos populares, setores associativos de grupos sociais, ONGs, etc.

Outro setor que deve ser privilegiado se refere à formação de profissionais de nível técnico. Técnicos de odontologia, técnicos de enfermagem, e os Agentes Comunitários de Saúde, desempenham papel fundamental na base do serviço, agregado, como comumente acontece, ao vínculo sólido com a comunidade.

A formação de gestores também está em pauta. Gestores sensibilizados são fundamentais em qualquer processo de mudança. Pouco adiantaria o investimento em

recursos humanos do serviço se os ordenadores, administradores e políticos não tiverem compromisso com os princípios e diretrizes do SUS e com a inversão do modelo de assistência.

Outro desafio aos PEP será a formação de formadores; tanto docentes universitários das Ciências da Saúde quanto profissionais que atuam em serviço. Estes, também precisam ser sensibilizados e capacitados, servindo como modelo aos alunos em sala de aula e nas unidades de saúde, constituindo-se em atores fundamentais na formação de massa crítica com potencial de mudança. A Coordenação de Educação Superior na Saúde tem, particularmente, se preocupado com a formação e desenvolvimento docente, sugerindo aperfeiçoamento pedagógico dos docentes e profissionais, inclusive especialização em educação para os profissionais de saúde. Estimula, ainda, políticas de humanização a professores e alunos.

A exemplo da França, seria possível um programa de formação docente para profissionais da rede que trabalharão com alunos de graduação. Sendo modelos de profissionais com formação generalista, poderiam ampliar seu escopo de atuação recebendo formação pedagógica⁹.

A base estratégica para a formação em nível de graduação das profissões de saúde implica no mesmo compromisso de mudança de modelo tanto no âmbito curricular tanto no âmbito do modelo de assistência. Mantém a lógica da articulação com o sistema de saúde e com a comunidade, sugerindo diversificação dos cenários de formação, com estágios em serviço ao longo de todos os cursos, de forma transversal.

Currículos integrados e articulados facilitadores de práticas multiprofissionais e, segundo o documento, transdisciplinares devem ser estimulados.

Os conceitos de clínica ampliados de saúde e formação generalista crítica e humanística são outros pontos levantados pelo documento do MS.

Quanto à produção e disseminação do conhecimento, estes devem responder às necessidades sociais ou a temáticas relevantes ao Sistema Nacional de Saúde.

O MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, AS DIRETRIZES CURRICULARES E A CO-RESPONSABILIDADE NO PROCESSO DE MUDANÇA.

Embora presente na constituição o Ministério da Saúde nunca havia assumido o seu papel designado, sendo delegado ao Ministério da Educação o papel de formar recursos humanos para trabalhar no sistema nacional de saúde. Isto tem provocado distorções no sistema difíceis de serem superadas, caracterizando um dos fatores potenciais que tem inviabilizado a construção e concretização do SUS concebido. Historicamente, durante o período, o Ministério da Educação privilegiava uma estrutura curricular compatibilizado com o Modelo Biomédico, mais afinado com a atenção à saúde dominante de essência biologicista.

A Lei 9.394/96, sobre a Diretrizes e Bases da Educação, conhecida como Lei Darci Ribeiro flexibilizava mudanças curriculares adotando o termo estratégias curriculares, potencializando a responsabilidade do processo educacional na transformação da sociedade. *“Assim, torna-se fundamental a aproximação do SUS com o Sistema Formador, tanto quanto o Sistema de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, visando otimização dos recursos hoje dispersos em programas e atividades desalinhadas”*.^{10:62}

Embora a Minuta do Anteprojeto das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina explicita a competência com orientação à proteção, promoção à saúde, resolução de problemas prevalentes e o trabalho em equipe, em momento algum se refere ao sistema de saúde¹¹.

No mesmo ano em que lançou o documento, 1999, propôs e executou um plano de avaliação das escolas médias (Avaliação das Condições de Oferta dos Cursos de Graduação em Medicina), utilizando um instrumento que privilegiava o Modelo Flexneriano de ensino¹². Já as diretrizes estabelecidas em 2001 além de sugerirem, na graduação na saúde, competências que seguem princípios e diretrizes do SUS, explicitam a necessidade de aproximação da formação com o serviço¹³.

Como pode ser observado, foram grandes os avanços ocorridos entre a Minuta do Anteprojeto das Diretrizes Curriculares elaborada em 1999¹¹ e a Resolução do Conselho Nacional de Educação de novembro de 2001 que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina¹³. O primeiro, assinado pela Comissão de Especialistas do Ensino Médico e homologado pelo ministro da educação, possuía certa fragilidade, pois além de não se referir diretamente sobre a competência de atuar junto ao

Sistema Nacional de Saúde, não incluía o estágio curricular obrigatório em Saúde Coletiva, objetos prontamente colocados em pauta no segundo documento.

Pode-se dizer que existe compatibilidade entre as diretrizes curriculares e os princípios norteadores de mudança na formação estabelecidos nos PEP. Já no artigo terceiro indica uma prática curricular que possibilite ao médico uma...

“... formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”. ^{13:1}

Neste simples artigo encontramos princípios fundamentais, como por exemplo, o entendimento de saúde-doença enquanto processo, a integralidade da assistência, os níveis de complexidade e a responsabilidade social do profissional. Além de se considerar o tripé fundamental de uma visão ampliadora como: proteção (higienismo/preventivismo), promoção (determinação social), recuperação e reabilitação à saúde (biologicismo).

No Inciso I do Quarto Artigo estes aspectos do tripé são retomados e relacionados com o Sistema Nacional de saúde. O Artigo Quinto relacionado com as competências a serem desenvolvidas durante o curso, dispõe:

1. Compreensão biopsicosocial do processo saúde-doença (Inciso VI).
2. Entendimento da saúde como direito de cidadania e acesso à integralidade da assistência (Inciso XII).
3. Competência para atuar na proteção, promoção, recuperação da saúde (Inciso XIII).
4. Lidar com as políticas públicas de saúde (Inciso XVI).
5. Capacidade de atuar no sistema hierarquizado de saúde (Inciso XVII).
6. Considerar as reais necessidades da população (Inciso XIX).
7. Atuar em equipe multiprofissional.

E conclui em seu parágrafo único:

“Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe”. ^{13:1}

O entendimento da relação de dependência e determinação dos processos saúde e doença dentro do âmbito social, antropológico, cultural e psicológico é encaminhado no Artigo sexto. Ainda incluído neste artigo, a importância de uma abordagem epidemiológica localizada na resolução dos problemas de saúde e doença dentro dos princípios da integralidade.

Finalizando, quanto à estrutura do Curso de Graduação em Medicina, gostaria de colocar na íntegra o Artigo Doze devido a sua relevância:

I - Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;

II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;

III - incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;

IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;

V - inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;

VI - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

VII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato.

VIII - vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS. ^{13:5}

Como pode ser observado, os oito incisos apresentados compatibilizam-se por completo com a proposta do Ministério da Saúde. A sensibilização central parece conseguida. Resta-nos enquanto sociedade e profissionais da saúde a busca de articulação pactuada intersetorial para que esse empreendimento possa ser, de fato, instrumento de mudança nas esferas de formação com conseqüente mudança no modelo de atenção. E que esta, possa contribuir dentro de suas limitações, no objetivo maior, a quebra da desigualdade social e suas seqüelas sobre a saúde e felicidade dos cidadãos. Se é um sonho possível? Claro que é!

Referências

1. BRASIL /MINISTÉRIO DA SAÚDE – Seminário sobre proposta as Secretaria de Gestão do Trabalho e da Gestão da Educação na Saúde para a Política de Educação na Saúde. Brasília 14 e 15 de maio de 2003.
2. FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1998.
3. OPS/OMS (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE) - As Transformações da Profissão Médica e sua Influência Sobre a Educação Médica. Revista Brasileira de Educação Médica. R.J. 1992, 16 (1/3):48-52.
4. BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE – Oitava Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final. Brasília, 1986.
5. FIOCRUZ – História da Oitava Conferência nacional de Saúde. <http://www.fiocruz.br/histconferências/contexto8.html>, 2003
6. BRASIL – Constituição Federal. Brasília, 1988.
7. BRASIL – Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 1990.
8. BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE – Pólos de Educação Permanente. http://www.portal.saúde.gov.Br/saúde/arquivos/pdf/educação_permanente_tripartite.pdf. 2003.
9. ÉCOLE DE RIOM - Formation en Médecine Générale - à l'Enseignement, à la Pratique, a la Recherche . Paris, programme 1996.
10. BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE – O CNS e a Construção do SUS: Referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde. Brasília, 2003.
11. MEC/SESU, Minuta do anteprojeto das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina. <http://www.mec.gov.br/Sesu/diretriz.shtm>, 2003.

12. CUTOLO, L. R. A. **Estilo de pensamento em educação médica:** um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC. Florianópolis, 2001. 208 f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, CED/UFSC.
13. MEC/SESU, **Minuta do anteprojeto das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina.** Disponível em: <http://www.mec.gov.br/Sesu/diretriz.shtm> Acesso em: 2001.