

Residência Multiprofissional em Saúde: alguns apontamentos

Flávia Marinho Duarte
Mestranda da EPSJV/Fiocruz
Especialista em Saúde Pública ENSP/Fiocruz

Resumo

O Estudo ora apresentado é fruto de uma recente história acadêmica voltada para o debate do tema saúde. Na graduação pude fazer parte do Projeto Piloto da VER-SUS¹, um projeto do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DGES), ligado a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), entre os anos de 2004-2005. O VER-SUS abriu espaço para o debate entre os estudantes e o governo, na perspectiva de rediscutir a formação na área da saúde. As 14 profissões da saúde, reconhecidas pela Resolução nº287/98² do Conselho Nacional de Saúde (CNS) participaram do processo. As questões centrais postas em discussão eram: à distância do processo de formação da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e a política do governo dirigida a formação de recursos humanos para o SUS.

Palavras-chave: Saúde Pública; SUS; Brasil

Apresentação

¹ O Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil VER-SUS Brasil, faz parte da estratégia do Ministério da Saúde e do Movimento Estudantil da área da saúde, de aproximar os estudantes universitários do setor saúde e dos desafios inerentes à implantação do Sistema Único de Saúde no país. A missão é promover a integração dos futuros profissionais na realidade da organização dos serviços de saúde, levando-se em consideração os aspectos de configuração do sistema, as estratégias de atenção à saúde e o controle social. (ROCHA, 2004)

² O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Octogésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de outubro de 1998, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 resolve relacionar as seguintes categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho: Assistentes Sociais; Biólogos; Biomédicos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais. (CNS, 1998)

No ano de 2005, obtive aprovação na seleção para o Concurso Acadêmico Bolsista³ estagiando durante 15 meses no Instituto Municipal de Atenção a Saúde Juliano Moreira (IMAS-JM), uma unidade da saúde mental. Ainda no ano de 2005, integrei a equipe da pesquisa: “A Prática dos Profissionais de Saúde no Município do Rio de Janeiro/ Hospitais Universitários”. Pesquisa coordenada pela Prof^a Dr^a Ana Maria Vasconcelos, FSS/UERJ.

Durante todo esse período, aprendi que o conceito de saúde com o qual trabalhamos hoje, é fruto de uma intensa e profícua construção coletiva na década de 1980. Atores dos mais diversos segmentos da sociedade estiveram presentes debatendo e negociando cada artigo de nossa Constituição Federal (1988), que viria a declarar: “*Saúde como direito de todos e dever do Estado*”. E introduziria o conceito ampliado de saúde como resultante das condições de alimentação, transporte, lazer, educação, renda, meio ambiente, trabalho, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Assim, entendemos a saúde definida:

“Como o resultado das relações sociais que os homens estabelecem em sociedade e destes com a natureza, no processo de produção de sua existência. E, particularmente, como produto das relações que os homens estabelecem com as formas de organização social da produção material, que permitem ou não maior qualidade de vida, acesso à alimentação saudável, à moradia, à educação, ao trabalho, ao lazer, a serviços de saúde, entre outros. Essa concepção de saúde define um processo no qual a própria doença não pode mais ser pensada ou reduzida ao corpo biológico. Exige-se considerar também o corpo socialmente investido, isto é, verificar como o corpo do homem se dispõe em sociedade antes de tudo como agente de trabalho, pelo fato de o trabalho definir o sentido e o lugar dos indivíduos na sociedade” (LIMA, 2007, p. 02).

No ano de 2007, ingressei no Programa de Residência em Área Profissional de Saúde – Serviço Social - no Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ. Neste período pude fazer parte e acompanhar de perto o trabalho do Fórum Nacional de Residentes em Saúde⁴, na construção de uma proposta para estruturar a organização dos residentes em nível nacional. A vivência nesse espaço de trabalho, com a estrutura e lógica de funcionamento do hospital, me trouxe velhas e novas reflexões que apresento neste trabalho.

³ Acadêmico Bolsista, programa de estágio da prefeitura do Rio de Janeiro. Para maiores informações, consultar o endereço eletrônico, < <http://www.rio.rj.gov.br/fjg/>>.

⁴ O Fórum Nacional de Residentes em Saúde foi idealizado no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, espaço que permitiu encontros (e desencontros) de diversos residentes de diferentes Programas de Residências Multiprofissionais de alguns estados do País, sendo que sua tradução em sentidos objetivos e subjetivos só tomou forma no encontro de representantes de residentes de Programas de Residência Multiprofissional realizado na cidade do Rio de Janeiro, entre os dias 6 e 8 de outubro de 2006. Nos últimos três anos o FNRMS é um movimento que busca articular residentes multiprofissionais e em área profissional da saúde de diferentes partes dos países para discutir questões referentes a saúde, formação e trabalho, e ainda o processo de regulamentação das residências enquanto política de Estado para a formação de trabalhadores para o SUS. (RUELA, 2006)

Com base nas reflexões desenvolvidas a partir da minha inserção em diferentes espaços de produção de saúde, e também ao longo do curso de especialização. Este trabalho pretende tecer algumas considerações acerca da temática da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, a partir da análise das propostas do Ministério da Saúde para formação de profissionais de saúde em nível superior. Tal análise vai focar o Projeto de Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) e a Residência Multiprofissional em Saúde, como estratégias de educação permanente.

Para tanto, buscou-se entender os conceitos de educação permanente e educação permanente em saúde, bem como, a descentralização como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde, para analisar a real capacidade dos municípios de participar das arenas de negociação com igualdade de condição.

As propostas de educação permanente, visando à qualificação dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), não é algo recente. No contexto da Reforma Sanitária, a gestão da educação na saúde para a organização dos serviços sempre foi um tema considerado importante, tendo sido, inclusive, objeto de conferência específica, a Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos, realizada no mesmo ano da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco para a constituição do SUS, em 1986. De acordo com seu relatório, o Sistema Nacional de Saúde orientado pelos princípios anunciados da Reforma Sanitária passou a exigir a reorientação das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, nos aspectos relativos à força de trabalho e à preparação do pessoal de saúde. (PRÓ-Saúde, 2007).

Em se tratando de arcabouço jurídico, temos o artigo 200 da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, atribui ao SUS à competência “*de ordenar a formação na área da saúde*”, e a Lei nº 8080/90, em seu artigo 14, explicita que deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS, na esfera correspondente. Neste sentido, também, a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2006) referenda e reafirma a importância da implantação de novas metodologias de ensino visando à formação de profissionais mais capacitados, voltados às práticas multiprofissionais, ao trabalho em equipe, contemplando os princípios e diretrizes do SUS, a articulação ensino-serviço-comunidade, a participação e controle

social. É destacado que esta implantação deve orientar-se pelos interesses e necessidades da população, mantendo um processo de avaliação e monitoramento.

Podemos citar ainda, o Pacto pela Saúde⁵ (2006) firmado entre as três esferas de governo, e que preconiza ações específicas na gestão do trabalho e na educação em saúde.

Identificamos que esse momento se coloca favorável para a análise das propostas para a formação superior, visto que, tais propostas são apontadas como mecanismos de reorientação da formação profissional em saúde, buscando viabilizar as transformações das práticas e o redirecionamento do modelo assistencial.

Desta forma, a análise das propostas do Ministério da Saúde para a formação de nível superior foi realizada mediante leitura dos documentos elaborados pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde, revisão da literatura sobre a temática e da bibliografia referente às políticas sociais. Delimitou-se, como período de análise, as portarias, leis, decretos e editais referentes aos programas VER-SUS, PET-Saúde, PRÓ-Saúde e a Residência Multiprofissional lançados entre janeiro/2004 a janeiro/2009.

Já a análise da relação dos municípios com a implantação das propostas foi possibilitada por estudos de documentos normativos referentes ao tema, e o estudo localizado no Estado do Rio de Janeiro, seu Plano Estadual de Educação Permanente e a descentralização desta política para o conjunto de seus municípios.

A construção do referido objeto de estudo, foi possível mediante revisão da produção acadêmica: monografias e artigos relacionados ao tema; organização e análise dos documentos oficiais – leis, decretos e portarias, na perspectiva de identificar como são explicitadas as principais diretrizes e característica da política de saúde na década de 90 e como a política de educação permanente se relaciona com essas questões; análise dos documentos oficiais – leis, decretos, portarias, documentos de referência, no sentido de identificar o papel dos municípios no processo de descentralização das políticas de educação permanente, indicando limites e possibilidades de atuação desta esfera de governo.

A perspectiva teórico-metodológica deste trabalho baseou-se principalmente na análise de documentos públicos, tentando identificar os argumentos, as premissas, objetivos e público-alvo das

⁵ O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão - União, Estados e Municípios. A implementação do Pacto pela Saúde ocorre pela adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG). O TCG substitui os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. Para maiores informações consultar < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021>. Acesso em 23 de junho de 2009.

políticas de gestão da educação na saúde, com ênfase nas propostas para a educação permanente em saúde. Perelman (1999), citado por Vieira (2006), coloca que esse tipo de análise caracterizado pela organização dos documentos, nos possibilita identificar as estratégias empreendidas na construção dos ideários e das práticas.

Assim, busca-se compreender as propostas para a formação dos profissionais de saúde de nível superior, através dos programas, e como essas propostas se relacionam com os conceitos de educação permanente e educação permanente em saúde utilizados, e com a política de saúde no Brasil. Questiona-se ainda, em que medida os municípios estão devidamente instruídos e articulados para a gestão e operacionalização de tal política e qual a capacidade de vocalização destes nas arenas de negociação da Política Nacional de Educação em Saúde.

A Educação Permanente em Saúde como política de governo

O Conceito de Educação Permanente

Em sua designação mais genérica, Valle (2009) conceitua a ‘educação’ como uma atividade tão antiga quanto à própria instituição de uma sociedade minimamente organizada. Hoje há consenso que a educação é um processo contínuo que acompanha e atravessa toda a vida do homem. (SOUZA, 1991)

A proposta de educação permanente surge na perspectiva de reconceituar os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde. De acordo com Vieira (2006) e Filho (2004);

“[...] o conceito começa a ser estruturado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) em meados da década de 1980 devido à necessidade de se utilizar um novo vocábulo para implantar as mudanças que o setor iria ter que enfrentar com as transformações que vinham ocorrendo no capitalismo. Essas alterações se dão no momento em que o modelo neoliberal de desenvolvimento sofre ajustes com a agudização da miséria e da insatisfação social” (VIEIRA, 2006 p. 21).

“[...] para enfrentar a nova divisão internacional do trabalho, políticas de corte neoliberal propõem mudanças em relação ao tamanho e às atribuições do Estado, advogam a desregulamentação das economias nacionais, enfatizam o papel do mercado e adotam um amplo programa de privatizações na esfera pública, incluindo áreas tradicionais de atuação, como educação e saúde, para reduzir os gastos estatais” (FILHO, 2004 p. 376).

Vieira (2006) citando Davini (1990) aponta que a área de recursos humanos em saúde passa a ser salientada como uma importante ferramenta para se enfrentar a diminuição dos custos do Estado⁶. Nesta perspectiva a OPS, a partir de 1984, começa a discutir uma proposta de reorientação

⁶ A diminuição dos gastos do Estado é prerrogativa do pensamento neoliberal. O pensamento liberal do final do século XX, comumente denominado de ‘neoliberalismo’, reapareceu logo após a Segunda Guerra Mundial, em contraposição

do pessoal da saúde, e para tanto, fomenta a discussão convocando grupos de trabalho de diversos países da América Latina, para assim, formular uma visão diferente do processo de desenvolvimento dos recursos humanos.

Desta forma, a educação permanente ganha espaço na discussão da formação, ao passo que, o conceito de educação continuada começa a ser questionado e apontado como insuficiente para solucionar as questões apresentadas, no novo cenário político e econômico mundial. Para Davini (1990), citando, Mejía (1986) educação continuada é *“El conjunto de experiencias que siguen a La formación inicial y permiten al trabajador mantener, aumentar y mejorar su competencia para que ésta sea pertinente al desarrollo de SUS responsabilidades.* Ou ainda de acordo com Motta (2009) apud, Ricas (1994), *“educação continuada englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação, com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida com metodologias tradicionais”.*

A partir destas definições, Vieira nos aponta que:

“A educação continuada passa a ser responsabilizada pelo fracasso do modelo almejado. Sublinha-se que a educação continuada vinha se caracterizando pelo estabelecimento de uma educação parcelada, fora do contexto real das necessidades de saúde, criticam-se ainda as suas bases pedagógicas, ou seja, a forma verticalizada como os programas vinham sendo pensados; o favorecimento do atendimento de determinadas profissões hegemônicas; a separação entre a teoria e a prática etc. A educação permanente vai, paulatinamente, constituindo-se em contraposição ao modelo anterior, como uma das estratégias para enfrentar o aumento da demanda e a pressão da população pelo acesso à saúde” (VIEIRA, 2006 p. 22).

No Brasil, a partir da constituição do SUS, com a incorporação de conceitos como ‘Atenção Primária à Saúde’ (APS), a educação permanente ganha fôlego e se torna caminho para se alcançar as metas estipuladas pelas organizações internacionais, tais como a Política Internacional que ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”⁷ e a Declaração de Alma Ata⁸, que de acordo com Matta (2009) representava mais que propostas para os cuidados básicos em saúde.

às políticas keynesianas e sociais-democratas, que estavam sendo implementadas nos países centrais. Inicialmente surgiu de forma tímida por meio da divulgação de textos como “O caminho da servidão” de Frederich Hayek, de 1944, e “A sociedade aberta e seus inimigos”, de Popper, em 1945. Na década de 1960 outras publicações se seguiram, dando sustentação a essa perspectiva, como “Os fundamentos da liberdade” de Frederich Hayek, em 1960, e “Capitalismo e liberdade” de Milton Friedman, publicado em 1962.

Contudo, foi a crise global, iniciada com a crise do petróleo, em 1973, e a onda inflacionária que se seguiu na década de 1980, levando ao declínio do Estado de Bem-Estar Social, associado ao colapso do socialismo real, simbolizado pela queda do muro de Berlim em 1989, que permitiu uma ampla ofensiva do pensamento liberal, traduzido no projeto neoliberal deste final de século.

O neoliberalismo consiste em uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista, opondo-se fortemente a qualquer forma de planejamento da economia. Condena toda a ação do Estado que limite os mecanismos de mercado, denunciando-as como ameaças à liberdade, não somente econômica, mas também política (RIZZOTTO, 2009).

⁷ Em 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, e

“[...] aponta para a necessidade de sistemas de saúde universais, isto é, concebe a saúde como um direito humano; a redução de gastos com conflito bélicos e o aumento de investimentos em políticas sociais para o desenvolvimento das populações excluídas; o fornecimento e até mesmo a produção de medicamentos essenciais para a distribuição à população de acordo com as suas necessidades; a compreensão de que saúde é o resultado das condições econômicas e sociais, e das desigualdades entre os diversos países; e também estipula que os governos nacionais devem protagonizar a gestão dos sistemas de saúde, estimulando o intercâmbio e o apoio tecnológico, econômico e político internacional” (MATTA, 2009 apud, MATTA, 2005, p. 47).

Com o amadurecimento das propostas e da organização, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem assumido um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de provocar importantes mudanças nas estratégias e modos de ensinar e aprender. A partir dessas análises foi criada e publicada em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS

No ano de 2004, o Ministério da Saúde através do DEGES, departamento responsável por propor e formular as políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde, introduz a educação permanente como política pública ao divulgar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

De acordo com Ceccim (2009), a ‘educação permanente’ em saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma ‘prática de ensino aprendizagem’ e como uma ‘política de educação na saúde’. Como ‘prática de ensino-aprendizagem’ significa a “*produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança*” (CECCIM; FERLA, 2009). Essa definição vai ser a base para a discussão do eixo cenário de práticas, um dos eixos que orientam o Programa Pró-Saúde e que preconiza a

propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da Atenção Primária à Saúde (APS). Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000” (MATTA; MOROSINI, 2009).

⁸ O pacto que defendia os cuidados primários de saúde, assinado entre os 134 países ficou conhecido como a Declaração de Alma-Ata. (MATTA; MOROSINI, 2009).

interação ativa do aluno com a população e com os profissionais de saúde desde o início da formação.

Como ‘política de educação na saúde’, a ‘educação permanente em saúde’ *“envolve a contribuição do ensino à construção do SUS. [...] as políticas de saúde e as diretrizes curriculares nacionais para a formação na área buscam inovar na proposição de articulações entre o ensino, o trabalho e a cidadania”* (CECCIM; FERLA, 2009).

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras. (BRASIL, 2004) Ainda de acordo com Davini (1990) citando Haddad (1990) a educação permanente em saúde é:

“Um proceso permanente que promueve el desarrollo integral de los trabajadores de salud, utilizando El acontecer habitual Del trabajo, El ambiente normal Del quehacer em salud y El estudio de los problemas reales y cotidianos, como los instrumentos y situaciones más apropiadas para producir tal aprendizaje” (DAVINI, 1990 apud, HADDAD, 1990).

Desta forma, citando Ferla (2009) a *“educação permanente em saúde’ não expressa uma opção didático-pedagógica, expressa uma opção político-pedagógica⁹”*. E como opção político-pedagógica, tornou-se, a estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde.

A gestão da Educação Permanente em Saúde será feita por meio de Pólos de Educação Permanente em Saúde, que são instâncias de articulação interinstitucional, que reúnem os atores envolvidos no processo, dentre esses atores estão: gestores estaduais e municipais; instituições de ensino; trabalhadores da saúde e estudantes da saúde. (BRASIL, 2004)

A estratégia da atenção básica como eixo reorganizador do sistema de saúde brasileiro coloca o gestor municipal no centro das negociações e pactuações da política de educação permanente. Pela Constituição, as ações e serviços de saúde são atribuição dos municípios (Art. 30) e a gestão deve ser descentralizada para cada esfera de governo (Art. 198), resultando central a vinculação municipal, ainda que com base em arranjos regionalizados entre municípios.

A participação dos municípios na arena de negociação da política de educação permanente é de fundamental importância para ratificar a mesma como uma estratégia para forçar a mudança na orientação das práticas de saúde.

⁹ “A partir desse desafio político-pedagógico, a ‘educação permanente em saúde’ foi amplamente debatida pela sociedade brasileira organizada em torno da temática da saúde, tendo sido aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde como política específica no interesse do sistema de saúde nacional, o que se pode constatar por meio da Resolução CNS nº 353/2003 e da Portaria MS/GM nº 198/2004” (CECCIM; FERLA, 2009).

Contudo, a desinformação, o despreparo técnico, a falta de articulação e também a tradição da universidade na discussão da formação, ainda dificultam esse entendimento. De acordo com Feuerwerker e Lima (2002);

“Atualmente, face à necessidade de mudanças profundas nos referenciais que orientam a própria universidade e os serviços de saúde, ambos se encontram desafiados em sua missão e capacidade de produzir resultados.

A mudança na universidade, entretanto, é um fator crítico para a transformação das práticas e a construção do SUS, uma vez que seu papel é fundamental na formação dos profissionais de saúde, na produção de conhecimentos em saúde e na educação dos profissionais de saúde após a graduação. Torna-se necessária a transformação do lugar social ocupado pela universidade, de suas relações de cooperação, de suas prioridades de ação, sua relevância social. Por conseguinte, é fundamental que as iniciativas de mudança nesse campo contem com o apoio dos distintos segmentos sociais interessados. [...] por isso, é importante redefinir e ampliar o espaço de interação entre universidades e serviços de saúde, de modo a inserir a questão da formação profissional na agenda das diferentes instâncias do SUS e a reforma sanitária na agenda das escolas” (FEUERWERKER e LIMA, 2002 p.171).

As instituições formadoras e os municípios, no caso da formação e do desenvolvimento para o SUS, possuem relativa autonomia para reconstituir práticas, pois, enquanto uma organiza o campo de exercício do ensino, a outra ordena o campo de exercício das ações de saúde. Quanto maior o comprometimento dessas instâncias, maior a imposição ética de mudarem a si mesmas. “A mudança somente repercutirá na educação e na atenção à saúde, quando estas instâncias estiverem objetivamente comprometidas com um processo de mudanças”. (BRASIL, 2004 p. 23)

E para concretizar esse processo de mudança, foram pensados programas que tenham como finalidade promover a reorientação da formação de nível superior para a saúde, fortalecendo a atenção básica na perspectiva da integração ensino-serviço.

As Estratégias para a Reorientação da Formação Profissional

O debate sobre a formação profissional, voltada para as necessidades de saúde da população e do Sistema Único de Saúde, por meio do fortalecimento e ampliação dos processos de mudança da graduação e articulação entre as instituições de ensino na área da saúde e os serviços, remonta a década de 1980.

As Conferências de Saúde¹⁰ já apontavam em suas resoluções a necessidade de rever currículos das graduações da saúde e articular o ensino com a realidade epidemiológica da

¹⁰ Para maiores informações consultar: FERREIRA, M.A.L; MOURA, A.A.G. Evolução da Política de Recursos Humanos a partir da Análise das Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Monografia de conclusão do curso de Especialização em Gestão e Política de Recursos Humanos para o SUS. CPqAM – FIOCRUZ, Recife. 2006. A autora faz um resgate das Conferências Nacionais de Saúde, destacando os debates sobre as mudanças e os incrementos que influenciaram o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a política de Recursos Humanos e o desenvolvimento dos

população. Preconizavam também, uma integração maior entre as áreas de saberes e destacavam a importância da manutenção dos programas de residência, e sua ampliação para o conjunto das profissões de saúde.

A legislação vigente aponta como competência do SUS entre outras atribuições, “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” e “incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico”. Constituição Federal (1988). A Lei Orgânica da Saúde (LOS), em seu artigo 27, coloca os serviços de saúde como campos para o ensino e a pesquisa, locais de ensino-aprendizagem que expressam a indissociabilidade dos papéis de gestão e formação no âmbito do SUS.

Mais recentemente o Pacto pela Saúde (2006), documento firmado entre os gestores das três esferas de governo, que se divide em três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, ressalta em sua dimensão de Gestão, uma preocupação importante no tocante a educação na saúde. Prioriza a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), ao considerá-la como uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores no setor e afirma que:

“As secretarias Municipais e Estaduais de Saúde devem envidar esforços para a criação ou fortalecimento de estruturas de recursos humanos, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do trabalho, quanto no campo da educação em saúde” (MS, 2006, p.38).

No entanto, sabemos que a efetivação dessa política é um desafio e depende de uma estreita relação entre os atores envolvidos nesse processo, o Ministério da Saúde por formular a política nacional de desenvolvimento profissional e educação permanente dos trabalhadores da saúde; as Instituições de Ensino Superior (IES) por oferecer o espaço tradicional de formação teórica, onde os estudantes adquirem conhecimentos que vão ser aplicados nas instituições de saúde; as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), têm um papel inarredável de constituir a rede de gestão e de atenção em saúde, e desta forma, identificar necessidades de formação, mobilizar a capacitação em serviço e a produção e disseminação de conhecimento ascendente e os municípios por serem responsáveis, a

serviços de saúde ao longo dos anos com destaque também para as Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde.

partir da descentralização, por administrar grande parte das unidades de saúde e em especial as unidades da Atenção Básica¹¹.

A estratégia da atenção básica como eixo reorganizador do sistema de saúde brasileiro trouxe à tona uma série de problemas. Inadequação dos quantitativos dos formandos; a improvisação da formação do pessoal auxiliar; o descompasso entre a orientação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS. (PRÓ-Saúde, 2007)

Logo, sendo os municípios os principais gestores da atenção básica, surge à necessidade desta esfera de gestão envidar esforços para a criação ou fortalecimento de estruturas de gestão, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do trabalho, quanto no campo da educação na saúde. (MS, 2006)

Dito isto, algumas reflexões são necessárias. Em que medida os municípios brasileiros, que em sua maioria são pequenos e com uma estrutura ainda precária, têm capacidade para operacionalizar essa política proposta? Quais são as articulações necessárias para receber e gerir os programas da Política Nacional de Educação Permanente? Quais são os elementos fundamentais para que a indução da operacionalização da referida política, advinda da esfera federal, não se torne uma relação de clientelismo com os municípios?

Para elucidar algumas dessas questões, foram criados programas como estratégias para a reorientação da formação dos profissionais de nível superior na área de saúde. Programas que dependem, teoricamente, da articulação entre os atores envolvidos no processo de formação: serviços de saúde, universidades e governo. Dentre esses programas vamos destacar: Projeto de Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS); o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde); o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e a Residência Multiprofissional em Saúde.

Projeto de Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS)

¹¹ A atenção básica ou atenção primária em saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual ou coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território em que vivem essas populações. (MATTA ; MOROSINI, 2009)

A inquietação com o distanciamento entre ensino e serviço não é preocupação apenas de gestores comprometidos com a defesa da saúde pública de qualidade. Já em 1996, a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM, imbuída dessa inquietação, organizou um estágio de vivência com o objetivo de sensibilizar os estudantes de medicina para o SUS e antes disso, na década de 1980, algumas experiências de estágio de vivência ocorreram no bojo do Movimento de Reforma Sanitária. (MS, 2004)

Movimentos similares foram feitos por parte das Executivas de curso da Nutrição, Enfermagem e Medicina em 2001, propondo uma experiência interdisciplinar de vivência no SUS em parceria com o Ministério da Saúde, mas a proposta não chegou a ser concretizada. (MS, 2004)

Em 2002, duas experiências de Vivência-Estágio foram realizadas no Rio Grande do Sul. A Escola de Saúde Pública do Estado então, juntamente com estudantes universitários da região, realizou o Projeto Escola de Verão¹², caracterizado pela participação dos estudantes de Medicina. A Segunda experiência foi o Projeto VER-SUS/RS. Este se configurou em um processo de participação bem mais amplo, congregando em sua elaboração e execução estudantes oriundos de 15 cursos da área da saúde. (Ceccim, 2004)

A partir de 2003, com o novo governo federal, iniciativas fundamentais foram tomadas na busca de equacionar essas questões. Para tanto, é criada, na estrutura central do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), constituída por dois Departamentos: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS). De acordo com a Agenda Positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, destaca-se a necessidade de cooperação técnica nas estruturas de gestão do trabalho e educação na saúde nos estados e municípios, condição essencial para o sucesso de ações que visam estabelecer uma adequada política para seus trabalhadores, estruturando carreiras profissionais, implementando políticas de desprecarização do trabalho, estabelecendo programas de educação permanente e implantando mesas de negociação permanente, dentre outras ações. (MS, 2004)

¹² No final do ano de 2001, a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) procurou a ESP/RS, solicitando o apoio para a realização de seu V Estágio Nacional e I Estágio Regional de Vivência no Sistema Único de Saúde (V ENV e I ERV – SUS). A ESP/RS apoiou a proposta da Denem, criando o Projeto Escola de Verão. Essa iniciativa visou abrir campo de vivência na gestão de sistemas e serviços de saúde no Estado do Rio Grande do Sul. (CECCIM, 2004)

Dentre as atribuições do DEGES, de acordo com o decreto de nº 4726 de 09 de junho de 2003¹³, estão o desenvolvimento de atividades que englobam a qualificação de profissionais da área da saúde e a busca da integração dos setores da saúde e da educação para o fortalecimento das instituições formadoras, no interesse do SUS, e a adequação da formação profissional as necessidades de saúde. Assim, ao trabalhar as especificidades desses campos, o DEGES promove a articulação entre três eixos fundamentais: a relação entre a educação e o trabalho; a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde; a produção e a disseminação do conhecimento e a educação nos locais de serviço. (Política de Educação Permanente, 2004)

A nova equipe do Ministério da Saúde começa a trabalhar no projeto VER-SUS Brasil a partir de 2003, tendo como inspiração as experiências anteriores vividas por estudantes e profissionais de saúde. Este processo de trabalho produziu em Junho de 2003, em Brasília, o Seminário *Os Estudantes Universitários da Área da Saúde e o SUS*. O objetivo deste Seminário, além de apresentar formalmente a proposta de parceria ao Movimento Estudantil para a realização do VER-SUS/Brasil, foi proporcionar o estabelecimento de uma base de conhecimentos a respeito do SUS para as 16 representações de curso convidadas a participarem do mesmo. Cada executiva pôde indicar 15 estudantes para esse seminário. (BILIBIO, 2004)

No segundo semestre de 2003, as executivas de curso da área da saúde¹⁴ e o Ministério da Saúde desenvolveram articulação com os municípios para que estes pudessem sediar a versão piloto do VER-SUS Brasil.

Os municípios são considerados atores fundamentais no processo como gestores da saúde local. Recebem os estudantes em seus serviços, orientando-os em visitas aos diversos setores que compõe a rede municipal de saúde. A vivência na realidade do SUS tem seu início na porta de entrada da rede básica, com visitas aos Programas de Saúde da Família ou Médico de Família, passando pelos Postos de Saúde e/ou Unidades Básicas de Saúde, serviços especializados, até a média e alta complexidade (hospitais).

¹³ Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003, revogado pelo Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006, revogado pelo Decreto nº 5.974, de 29 de novembro de 2006, revogado pelo Decreto nº 6860, de 27 de maio de 2009, que aprovou a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde. (MS, 2009)

¹⁴ Categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho: Assistentes Sociais; Biólogos; Biomédicos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, Resolução nº287/98)

Um entrave apontado pelos estudantes e gestores municipais no processo de construção do VER-SUS, diz respeito aos desencontros entre o estar formado e o estar capacitado para atuar na gestão do sistema de saúde. O desconhecimento desta esfera de atuação profissional mobilizou o grupo a incluir no estágio de vivência a experiência dos espaços de gestão da saúde na esfera municipal. Afinal, é reconhecido que pelo menos em algum momento da carreira o profissional da saúde estará exercendo uma função gestora. A dimensão da gestão do sistema de saúde é central para o próprio funcionamento do Sistema. (Brasil, 2003; Ceccim & Bilibio 2004)

Desta forma, os estudantes puderam conhecer os processos de financiamento e suas fontes; a configuração do controle social; os princípios reguladores; diferenças de atuação e responsabilidades entre as administrações federal, estadual e municipal; fluxos e dinâmicas de trabalho; produção de conhecimento para a formulação de políticas; organização e condução de políticas públicas, enfim,

“toda a conjuntura que caracteriza a gestão do Sistema não é significada pelos estudantes no percurso da formação acadêmica da saúde, pois não se trata de uma vivência que tenha efetiva chance de experimentar” (CECCIM & BILIBIO, 2004).

Ainda de acordo com os autores citados acima, durante o segundo semestre de 2003 foi elaborado o Projeto-Piloto do VER-SUS/Brasil em parceria com a Rede de Municípios Colaboradores em Educação Permanente em Saúde¹⁵. Também foram constituídas comissões estudantis locais e multiprofissionais – compostas por Diretórios e Centros Acadêmicos de diferentes cursos da saúde de diferentes Instituições de Ensino Superior (IES) destes municípios – para desenvolver esta ação conjuntamente os gestores municipais. Em janeiro e fevereiro de 2004 foi realizado o Projeto-Piloto do VER-SUS/Brasil. O Projeto-Piloto envolveu 100 estudantes-estagiários da área da saúde e objetivou experimentar o desenho do projeto e capacitar os facilitadores para a etapa seguinte: a primeira edição do VER-SUS/Brasil que aconteceu entre julho e outubro de 2004.

No projeto piloto os estudantes foram divididos em grupos multidisciplinares de dez componentes, trabalhando desta forma a busca da integralidade nas ações de saúde e exercitando a dinâmica do trabalho em equipe.

¹⁵ Articulação de uma rede cooperativa de municípios para a educação permanente como ação estratégica de fortalecimento da construção do município como ator/formulador ativo dessa política. Municípios que integram essa Rede - Caxias do Sul (RS), Sobral (CE), Marília (SP), Goiânia (GO), Campinas (SP), Belém (PA), Aracaju (SE), Belo Horizonte (MG), Niterói (RJ) e Londrina (PR). (Brasil, 2003)

No segundo semestre de 2004 o VER-SUS foi realizado em nível nacional, ampliando sua capilaridade entre os municípios, atingindo mais de 4.900 estudantes universitários de todo o país em 56 vivências – em 56 municípios – em 19 estados da federação. (Brasil, 2004)

A proposta inicial de descentralização do projeto VER-SUS se efetivou nas edições de 2004 e 2005. Desta forma, os estados e municípios passaram junto com as Instituições de Ensino Superior, a administrar as execuções do projeto em suas respectivas regiões.

A partir da descentralização alguns estados/municípios incorporaram o projeto VER-SUS adaptando as atividades a política de saúde local. No estado do Espírito Santo, por exemplo, o Movimento Estudantil em parceria com a universidade, o estado e o município, desenvolve atividades de formação para a saúde através do estágio de vivência, seminários e rodas de conversa com os estudantes. O projeto VER-SUS/ES, descentralizou a proposta nacional, como o mesmo objetivo *“possibilitar aos estudantes conhecer a realidade do SUS ainda no período de graduação, visando adquirirem conhecimentos para uma intervenção diferenciada no Sistema Único de Saúde enquanto futuros profissionais da área da Saúde.”* As seleções são feitas por semestre e os alunos passam por no mínimo três municípios diferentes da rede estadual de saúde. (<http://versuses.webnode.com/>)

É reconhecido, que todo esse processo de construção do VER-SUS, mobilizou estudantes e gestores possibilitando o estabelecimento de diversas iniciativas locais – desenvolvidas na integração Movimento estudantil e gestão municipal –, visando estabelecer práticas interdisciplinares de educação na busca da integralidade da atenção e ainda fomentou o debate na comunidade acadêmica sobre a direção da formação profissional de nível superior para a saúde. (MS, 2004)

Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde).

Em 1997, um estudo intitulado “Os males da especialização médica no Brasil”, sinalizava as distorções na formação dos médicos no Brasil. O estudo concluía que havia um quadro de excessiva especialização dos profissionais, má distribuição geográfica destes, e o não respeito pela demanda epidemiológica e social da população. (TEIXEIRA, 1997)

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) foi elaborado a partir do diagnóstico de que existe um descompasso entre a formação profissional de nível superior para a saúde e as diretrizes e necessidades dos SUS. As questões identificadas no estudo de 1997 são algumas das principais questões, que levaram a afirmação da necessidade de mudança na orientação da formação. (PRÓ-Saúde, 2007).

Os princípios constitucionais, os novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde, são apontados no documento como questões que passam a exigir novos perfis profissionais e o comprometimento das instituições de ensino por meio do cumprimento de diretrizes curriculares que contemplam as prioridades expressas no perfil epidemiológico e no perfil demográfico de cada região do país. (PRÓ-Saúde, 2007)

Para tanto se coloca o desafio de articular instituições formadoras e o serviço. Como estratégia de indução da política foi priorizada a Atenção Básica como espaço primeiro de articulação. De acordo com o documento base do Pró- Saúde (2007), esta estratégia introduz-se uma série de desafios estruturais, entre os quais:

“o de constituir-se efetivamente como o primeiro nível de atenção do SUS; o de romper com o modelo hospitalocêntrico e privatista; o de caracterizar-se como principal “porta de entrada” do sistema, articulada com os outros níveis de atenção por meio da referência e contra-referência; a atenção da equipe ao cidadão, por meio do vínculo e a co-responsabilização do processo saúde-doença com a comunidade” (PRÓ-SAÚDE, 2007 p.12).

Segundo ainda o mesmo documento, tal programa tem como objetivo:

“a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população” (PRÓ-SAÚDE, 2007 p.13).

O Programa conta ainda com objetivos específicos que propõem:

“reorientar o processo de formação dos profissionais de saúde, para responder as necessidades do SUS; estabelecer mecanismo de cooperação entre gestores do SUS e as escolas de formação; propõe ainda, incorporar, no processo de formação da área da saúde, a abordagem do processo saúde-doença, da promoção da saúde e dos sistemas de referência e contra-referência e ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde” (PRÓ-Saúde, 2007 p.13).

Sua essência é *“induzir uma aproximação entre a academia e os serviços públicos de saúde, de forma a, transformar o aprendizado com base na realidade socioeconômica e epidemiológica da população brasileira”*.

Pretende ainda intervir no processo formativo, para que a graduação desloque seu atual eixo de formação centrado na assistência individual, prestada em unidades especializadas, por um processo sintonizado com as necessidades sociais, levando em consideração as dimensões históricas, econômicas e culturais da população.

O Pró-Saúde também se refere à pesquisa quando discute a necessidade de uma reorientação da pesquisa, que possibilite, estudar as necessidades da comunidade, novos modelos de intervenção e indicadores que monitorem a resolatividade da atenção.

O documento resgata na história da saúde alguns momentos em que ações visando à integração foram tomadas. Na década 50 quando aspectos preventivos, sociais e comunitários foram levados em consideração ao criarem os departamentos de medicina preventiva e/ou social, mas resalta-se que o isolamento destes departamentos nas universidades não possibilitou mudanças significativas.

Para tal o Pró-Saúde propõe, processos de reorientação da formação que ocorram simultaneamente em diferentes eixos, quais sejam: orientação teórica, cenários de práticas e orientação pedagógica. Desta forma as Instituições de Ensino Superior (IES) e os serviços de saúde (municípios), dariam respostas articulada a população. (PRÓ-Saúde, 2007)

De acordo com o Pró-Saúde (2007), o eixo da Orientação Teórica deve destacar:

“Aspectos relativos aos determinantes de saúde; a pesquisa dos componentes gerenciais do SUS, visando alimentar processos de tomada de decisão; a oferta pela IES de curso para especialista, que ainda é condicionada pela lógica interna da instituição; a articulação da educação permanente com as necessidades assistenciais; o incentivo ao ensino a distância; a abertura de vagas em cursos de pós-graduação estratégicas ou com carência de profissionais no SUS” (PRÓ-SAÚDE, 2007).

Tendo o documento do programa como referência, o eixo Cenários de Práticas deve indicar: “*a desinstitucionalização das práticas de saúde; cenários diversos – ambulatório, comunidade, hospital; adesão a equipamentos educacionais e comunitários; integração do aluno e do profissional com a população – tratando problemas reais*”.

O eixo Cenários de Práticas tem como orientação a integração do ensino-serviço, fazendo com que a orientação teórica e a prática nos serviços públicos de saúde, atravessem todas as áreas disciplinares.

O documento aponta ainda, para a discussão do terceiro eixo, a Orientação Pedagógica. Este eixo trás como questão principal, “*a mudança na metodologia de ensino-aprendizagem, propondo uma metodologia que apresente desafios concretos para os estudantes*”. Afirma que os estudantes são sujeitos na construção do conhecimento e para tal, precisam analisar o próprio processo assistencial em que estão inseridos. A proposta é “*uma inversão da clássica seqüência teoria-prática na produção do conhecimento, desenvolvendo a capacidade de aprender- fazendo, ação-reflexão-ação*” (MS, 2007).

O Pró-Saúde foi lançado em novembro de 2005, com seleção pública. O edital e a convocatória foram publicados no Diário Oficial da União, uma comissão assessora trabalhou na seleção. Os critérios para enviar projetos foram:

“trabalhar os três eixos propostos; clareza na abordagem conceitual e esquema curricular; clara possibilidade de articulação com o serviço de saúde; orientação quanto à regulação e sistema de referência e contra-referência; possibilidade de compartilhar orçamento entre o serviço e a escola; integração do Hospital de Ensino na rede de serviços e a indicação de parâmetros de avaliação” (PRÓ-SAÚDE, 2007 p. 28).

Os projetos enviados pelas IES tiveram que demonstrar parceria com os municípios, que recebem recursos para reestruturarem as unidades de saúde, onde os estudantes vão desenvolver atividades curriculares obrigatórias dos cursos de enfermagem, odontologia e medicina. A Portaria nº 649 de março de 2006, estabelece o valor de 100.000,00 (cem mil reais) por curso de graduação aos municípios que aderirem ao Pró-Saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos Programas de Saúde da Família (PSF). (BRASIL, 2006)

A primeira seleção de projetos do Pró-Saúde já foi objeto de estudo realizado pela equipe do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ EPSJV (2006), que apresentou em forma de relatório a Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Este trabalho faz uma análise da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, dos projetos apresentados ao Ministério da Saúde, articulando-os ao debate teórico do SUS.

A análise da implantação da política realizou-se a partir dos projetos apresentados ao Ministério da Saúde e dos pareceres técnicos aprovados entre junho/2004 a junho /2005. Os pareceres informavam: o tempo, o objetivo, a justificativa e o público alvo dos projetos. (VIEIRA, 2006)

“A primeira observação apontou que as instituições tiveram dificuldades em diferenciar ações de projetos. Partiu-se do princípio que um projeto poderia ter mais de uma ação, desde que, elas estivessem articuladas entre si, integrando uma as outras. No entanto observou-se que os projetos tinham um conjunto de ações desarticuladas entre si, o que orientou ao grupo de trabalho, que a análise deveria partir da caracterização das ações e não dos projetos” (VIEIRA, 2006 p.59).

Ainda citando Vieira (2006) as áreas que se destacaram com o maior número de ações propostas foram: Atenção Hospitalar¹⁶, Atenção Básica¹⁷, Controle Social¹⁸, Educação Popular¹⁹,

¹⁶A atenção hospitalar representa um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde realizado em ambiente hospitalar. Ela tem sido, ao longo dos anos, um dos principais temas de debate no Sistema Único de Saúde. É indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de assistência, seja pelo tipo de serviços ofertados e a grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumido pelo nível hospitalar. Disponível em < <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz>>.

Políticas/Gestão²⁰, Informações em Saúde²¹, Novas Estratégias, Políticas de EPS²², Saúde da Família²³, Saúde do Trabalhador²⁴, Laboratórios²⁵ e Vigilância em Saúde²⁶.

¹⁷ Constitui o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. Nesse nível da atenção à saúde, o atendimento aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças, para prolongamento da vida. A atenção básica é o ponto de contato preferencial dos usuários com o SUS e seu primeiro contato, realizado pelas especialidades básicas da Saúde, que são: clínica médica, pediatria, obstetria, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas. (Idem)

¹⁸ Abrange as práticas de fiscalização e de participação nos processos deliberativos relacionados à formulação de políticas de saúde e de gestão do SUS. Há mecanismos institucionalizados que garantem a participação e o controle social, como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, com representatividade dos distintos atores sociais. Ao Ministério da Saúde (MS) e às secretarias estaduais e municipais de Saúde cabe a implementação de mecanismos para a gestão e apoio ao fortalecimento do controle social no SUS. (Idem)

¹⁹ Processo que objetiva promover, junto à sociedade civil, a educação em saúde, baseada nos princípios da reflexão crítica e em metodologias dialógicas (ou seja, que tenham como base o diálogo). É instrumento para a formação de atores sociais que participem na formulação, implementação e controle social da política de saúde e na produção de conhecimentos sobre a gestão das políticas públicas de saúde, o direito à saúde, os princípios do SUS, a organização do sistema, a gestão estratégica e participativa e os deveres das três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal). (Idem)

²⁰ A gestão pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Nesses espaços, é possível construir conhecimentos compartilhados sobre a saúde da população, considerando as subjetividades e singularidades presentes nas relações dos indivíduos e da coletividade. (Idem)

²¹ Os instrumentos de informação e comunicação constituem uma via de mão dupla. De um lado, temos os responsáveis pelo sistema de Saúde - gestores, coordenadores de programas, profissionais de saúde, entre outros - que devem fornecer informações para que a população. Do outro lado temos a manifestação da população, através do encaminhamento de suas demandas, que podem ser: reclamações, sugestões, reivindicações e elogios. É dever do serviço público (dos governos) colocar à disposição das comunidades, canais de comunicação para que a população possa realizar essas manifestações, o que possibilita aos responsáveis pelo Sistema de Saúde conhecer o que pensa a população e como ela se relaciona com os serviços de Saúde. É dessa interação entre as comunidades e os responsáveis pelos sistemas, serviços e atividades de Saúde que podem ser geradas condições para a melhoria do SUS e, conseqüentemente, da qualidade de vida das populações, levando a que os indivíduos assumam maiores responsabilidades sobre suas vidas e destinos. (Idem)

²² **Aprender SUS** – política do SUS voltada para a mudança dos cursos de graduação na área de saúde de acordo com as necessidades de saúde da população e com os princípios e diretrizes do SUS. **Educar SUS** – designação adotada para abranger o ordenamento da formação de trabalhadores e profissionais de saúde e a política de gestão da formação e da educação popular em saúde coordenada pelo DEGES. **VER-SUS** – Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS. **Humaniza SUS** – Sigla para a Política Nacional de Humanização do SUS. (Idem)

²³ Estratégia prioritária adotada pelo MS para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS, dispondo de recursos específicos para o seu custeio. (Idem)

²⁴ Área específica da Saúde Pública que prevê o estudo, a prevenção, a assistência e a vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho. Faz parte do direito universal a saúde e a sua execução é competência do SUS. (Idem)

²⁵ Conjunto das redes nacionais de laboratórios, organizadas por agravos ou programas, de forma hierarquizada pelo grau de complexidade das análises relacionadas à vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde, vigilância sanitária e assistência médica. (Idem)

²⁶ A vigilância em saúde abrange as seguintes atividades: a vigilância das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não-transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde. A adoção do conceito de vigilância em Saúde procura simbolizar uma abordagem nova, mais ampla do que a tradicional prática de vigilância epidemiológica. (Idem)

O maior número de ações propostas dentro das áreas estabelecidas ocorreu na Atenção Básica, segundo a autora, muito provavelmente pelo peso que tem sido dado ao Programa Saúde da Família, como uma estratégia para reorganizar a ‘porta de entrada’ do SUS. (Vieira, 2006)

Os pareceres foram agrupados ainda, por tipo de natureza. A partir da análise dos objetivos e das justificativas, se tornou possível classificá-los em: pesquisa, eventos educativos, cursos e estruturação. A análise dos Pareceres Técnicos aprovados constatou que “*a maioria das ações propostas constituíam-se basicamente em cursos de curta duração e eventos educativos esporádicos*”. Ao que tudo indica tais ações “*não contribuem para avançar em um dos objetivos principais anunciados pela Política, qual seja, na articulação dos diversos programas já em andamento e superação de seu caráter fragmentado*”. (Vieira, 2006)

Diante do exposto podemos inferir que é possível que os principais atores envolvidos no processo de educação permanente, ainda, não tenham apreendido o conceito em sua essência, e desta forma, continuam reproduzindo ações que impossibilitam uma mudança efetiva no sistema.

Afinal, citando o documento do EducarSUS (2004) se faz necessário tem clareza de que:

“A educação permanente concretiza em seu conceito o desejo de tornar o SUS um lugar de ensino-aprendizagem em serviço e de reconhecer que a qualidade da resposta do setor da saúde às necessidades individuais e coletivas da população está relacionada a um processo permanente de atualização técnico-científica, reflexão crítica e problematização de saberes e práticas. Diferentemente de lugares permanentes de educação, a educação permanente ocorre em todos os lugares” (EDUCARSUS, 2004 p. 19).

Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde.

Os programas citados no presente trabalho foram formulados para fortalecer e consolidar a Política Nacional de Atenção Básica. Tem como premissa, visar à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica, para atuar em unidades de saúde municipais, e em especial no Saúde da Família.

Tais projetos surgiram de articulação entre os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), como forma de induzir as mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde. (MS, 2008)

Considerando, a necessidade de incentivar a formação profissional nas unidades básicas de saúde municipais e a adequação dos serviços para o desenvolvimento de práticas pedagógicas no SUS; a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, realizada em março de 2006, e suas deliberações para integração entre ensino e serviço e a Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005, que em seus artigos 15 a 18, institui e autoriza o Programa de Bolsas para a

Educação pelo Trabalho, o governo instituiu o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. (MS,2008)

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 Sistema Único de Saúde – SUS. (MS, 2005)

De acordo com a Portaria Interministerial de nº 1082, o programa tem como objetivos:

“possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra 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 características sociais e regionais; 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, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação; desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar; contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde; contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País; sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira; induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional; e fomentar a articulação entre ensino e serviço na área da saúde” (MS, MEC, 2008).

O PET-Saúde oferece bolsa nas modalidades: iniciação ao trabalho (alunos de graduação); tutoria acadêmica (professores das universidades) que pesquisarem e/ou orientarem na temática da atenção básica e preceptoria (profissionais das unidades) que orientarem nos serviços de atenção básica. (MEC, MS, 2008)

A participação qualificada dos municípios é fundamental para o sucesso do programa. As ações priorizadas são na rede de atenção básica, com profissionais que estão na ponta do atendimento. Para ser aprovado o projeto precisa ser assinado pelo gestor municipal, ou seja, a universidade deve trabalhar em conjunto com a secretaria municipal de saúde. De acordo com a portaria interministerial nº 1.802,

“os critérios de inclusão e os requisitos mínimos para a seleção dos profissionais das Equipes de Saúde da Família que receberão o incentivo da preceptoria e dos tutores acadêmicos que farão parte dos projetos devem ser definidos de maneira conjunta entre o gestor municipal de saúde e a instituição de ensino” (MS, MEC 2008).

Desta forma, o município precisa estar organizado, orientado e capacitado para vocalizar as necessidades de saúde da população. E assim atender ao que está disposto no documento Instrutivo aos Municípios (2007)

“todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando do seu financiamento” (MS, 2007)

Residência Multiprofissional em Saúde

O modelo de atenção em saúde é um debate em pauta já há algum tempo no país, principalmente a partir da década de 70 e trazido mais recentemente pelo Programa de Saúde da Família, que coloca a questão do trabalho em equipes multiprofissionais, como um dos elementos chave para o desenvolvimento de um modelo coerente com os propósitos do SUS. De acordo com Ruela (2006), esse debate aponta que a transformação do modo de fazer saúde dar-se-á quando a prática no dia-a-dia dos profissionais estiver redirecionada ao atendimento das necessidades de saúde da população, *“buscando a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado”*.

Diante de uma preocupação crescente com a excessiva especialização observada na área da saúde, e com a oferta de cursos sem consonância com as demandas socialmente e epidemiologicamente referenciadas, gestores, profissionais, estudantes e o controle social, intensificaram os questionamentos sobre o modelo vigente.

É reconhecido por todos, que existe um arcabouço legal farto no Brasil no que tange a política de formação profissional na saúde. No contexto da Reforma Sanitária brasileira, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e a Assembléia Nacional Constituinte (1988) dispararam a construção da mudança do modelo de atenção a saúde e da ordenação da formação de profissionais para o SUS. Para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, tema central da Conferência, foram sugeridos os seguintes princípios relacionados com a política de recursos humanos:

“1) o novo Sistema deverá reger-se pelo princípio da capacitação e reciclagem permanentes de seus Recursos Humanos; 2) a formação dos profissionais de saúde deve estar integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde; 3) os currículos da área da saúde deverão ser integrados por conhecimentos das práticas terapêuticas alternativas.” (BRASIL, 2004)

As Leis Orgânicas da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90 e 8.142/90) e a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde – NOB/RH-SUS (BRASIL, 2005) também representam um referencial de princípios e diretrizes para a política de formação na área da saúde. Este arcabouço é completado pelas deliberações da XII Conferência Nacional de Saúde (2004) que indicam:

“a formulação de uma Política de Formação para os Profissionais de Saúde,... com o objetivo de discutir e implementar mudanças no processo de ensino na pós-graduação (especialização/residência), com financiamento público e com a participação do controle social.É prevista a constituição, em nível estadual e nacional, de um sistema, coordenado pelo

SUS, responsável pela distribuição de bolsas e Programas de Residência, segundo a formulação de política específica, considerando a necessidade dos municípios e apresentando uma proposta de destinação de vagas de acordo com as necessidades de saúde da população e critérios epidemiológicos.” (BRASIL,2004)

Podemos citar ainda a Política de Educação Permanente (2004) que preconiza a *“adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e à formação geral, crítica e humanística, sob a perspectiva da multiprofissionalidade”* e propõe como um dos eixos de ação a formação de profissionais na área da Saúde na modalidade de Residências Multiprofissionais e Integradas, política aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em sua Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003.

A partir do embasamento legal e da necessidade urgente de mudar a orientação da formação para responder as necessidades do SUS, foi que em 1999 o então Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, junto a atores do Movimento Sanitário, articularam-se formando grupos interessados em criar, reavivar e reinventar residências em saúde da família. A proposta, construída a partir das discussões sistematizadas no seminário consistiu em: *“criar um modelo de Residência Multiprofissional, onde embora fossem preservadas as especialidades de cada profissão envolvida, seria criada uma área comum, especialmente vinculada ao pensamento da velha saúde pública, acrescida de valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento”* (Brasil, 2004).

No ano de 2002 foram criadas 19 residências multiprofissionais em saúde da família, com financiamento do Ministério da Saúde, com formatos diversificados, mas dentro da perspectiva de trabalhar integradamente com todas as profissões da saúde. (Brasil, 2004) A proposta é que esse novo modo de aprendizagem pudesse ser uma *“forma de enftretamento a orientação predominante na formação alheia à organização setorial e ao debate crítico sobre o cuidado em saúde, fortalecendo assim, a estratégia da Saúde da Família, como forma de mudança do modelo técnico-assistencial”*.

No histórico recente da Residência Multiprofissional em Saúde a legislação específica também contribui para o fortalecimento do projeto. De acordo com Herdy (2008) podemos citar:

“Portaria nº 1.111/GM/MS, de 5 de julho de 2005, que fixa normas para implementação e execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho; Lei Federal nº 11.129, de 30 de julho de 2005, cria a Residência em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS²⁷; Portaria

²⁷ Atribuições da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde: I - elaborar o regimento de funcionamento da CNRMS, a ser baixado em portaria interministerial MEC/MS; II - credenciar os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde bem como as instituições habilitadas para oferecê-los; III avaliar e acreditar os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam às necessidades sócio-epidemiológicas da população brasileira; IV - credenciar e renovar o credenciamento dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde; V - sugerir modificações ou suspender o credenciamento dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência

Interministerial nº2.117/MEC/MS, de 3 de novembro de 2005, que institui, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências; 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, realizada em março de 2006, e suas deliberações acerca das Residências em Saúde, reafirmando a prioridade desta política e referendando a criação da CNRMS, enquanto processo para regulamentação de tal modalidade formação; Portaria Interministerial nº 45/MEC/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde; Portaria Interministerial nº 698 que nomeou a CNRMS” (HERDY, 2008).

Foram realizados seminários de porte nacional para envolver os atores sociais ligados ao processo de programação e instituição de novas residências, fortalecimento e adequação das já existentes. Estes eventos tiveram como objetivo principal a criação de um espaço ampliado de debate e articulação que pudesse potencializar o processo de implementação e regulamentação desta modalidade de formação. Mais do que a regulamentação das Residências Multiprofissionais, citando Ruela (2006) esta parceria,

“intensificou a discussão sobre a formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde em todas as regiões do País, sensibilizando/co-responsabilizando diversos atores (gestores, coordenadores de Programas de Residência, instituições formadoras, conselhos de saúde, preceptores/tutores, associações de ensino, trabalhadores, residentes e estudantes)” (RUELA, 2006).

O I Seminário de Residência Multiprofissional em Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aconteceu em dezembro de 2005. Durante o Congresso Internacional da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) em agosto de 2006, foi realizado o II Seminário de Residência Multiprofissional em Saúde, oficializando o Grupo de Trabalho da Residência Multiprofissional em Saúde. O III Seminário de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde²⁸ e a I Oficina de Capacitação de Avaliadores aconteceram em outubro de 2008. (Herdy, 2008)

Ainda citando Herdy (2008) a Residência Multiprofissional em Saúde é concebida como *“modalidade de pós-graduação lato sensu caracterizada pela formação em serviço, supervisionado por profissionais capacitados (preceptoria e tutoria), em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de ensino e serviço de saúde”*. Deve trabalhar com o conceito ampliado de saúde o que desafia e exige dos profissionais a produção de novos enfoques teóricos e

em Área Profissional da Saúde que não estiverem de acordo com a regulamentação aplicável; VI - registrar certificados de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, de validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do Programa; e VII - propor qual deve ser a duração e a carga horária mínima e máxima para a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. (BRASIL, 2006)

²⁸ Residência em Área Profissional de Saúde diz respeito às residências constituídas a partir das categorias profissionais reconhecidas como sendo da área da saúde. São realizadas em hospitais da rede de saúde, principalmente os universitários.

tecnologias no campo da saúde, tornando imprescindível e obrigatório o comprometimento do ensino com o modelo assistencial definido nas Leis nº 8080/90 e nº 8142/90.

Embora em funcionamento e em alguma medida bem sucedidos, os programas de residência multiprofissional em saúde não eram até a publicação da Portaria Interministerial nº. 45, reconhecidos como residência, e os residentes recebiam o certificado de um curso de especialização, que na prática, tem uma carga horária de atividades muito menor. E por não terem uma regulação única e oficial, ofereciam diferentes condições de trabalho e formação. (BRASIL, 2007)

A capacidade de articulação dos residentes em nível nacional, constituindo o Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRMS) e também espaços oficiais de diálogo sobre o tema, reunindo gestores, professores, residentes e estudantes, foi de fundamental importância para o crescimento e amadurecimento do debate sobre a situação das residências, conduzindo às demandas e sugestões as organizações competentes.

A criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS) permite regular esta questão e outras relativas ao credenciamento e avaliação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Os novos e os já existentes Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, que tiveram o seu início a partir da data da publicação da Portaria Interministerial nº. 45 poderão ser credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. (MS, 2007)

De acordo com Ceccim (2009), a maneira multiprofissional da educação especializada em serviço é uma das propostas defendidas – no interior das instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) – como resposta à construção da diretriz constitucional do Atendimento Integral na composição de ações e serviços de saúde e sua integração em rede. A defesa da multiprofissionalidade na composição do perfil profissional aparece junto à interdisciplinaridade, nos argumentos do trabalho em equipe, da abordagem biopsicossocial na assistência e à introdução dos conceitos de prevenção, promoção e proteção à saúde, assinalando que esta não é apenas a ausência de doença.

Considerações Finais

O interesse pela temática abordada neste estudo está intrinsecamente implicada com o meu processo formativo. Em cada momento da graduação, nas pesquisas ou nas unidades de saúde por onde passei, acumulei informações e vivências que contribuíram de forma definitiva para essa pequena reflexão que aqui exponho.

Ao longo do texto buscou-se discutir alguns conceitos e idéias que nortearam a reorientação do processo formativo dos profissionais de saúde através de programas implementados, em nível nacional, pelo Ministério da Saúde e configurados como estratégias para o fortalecimento da Política de Atenção Básica. Da mesma forma, revisitamos o conceito ampliado de saúde, que foi base para todo o debate que se seguiu após a sua formulação na década de 1980 e ainda hoje nos possibilita entender a saúde e suas complexas relações.

Inicialmente abordou-se o conceito de educação permanente e sua operacionalização enquanto política de governo, com a finalidade de imprimir mudanças no processo de formação.

Vimos à configuração histórica, política e econômica do momento em que surgiu o termo. Apreendemos como as mudanças no mundo do trabalho e nas relações sociais, imprimiram ao termo uma importância absolutamente imprescindível nos espaços dos serviços de saúde, devido a necessidade de se utilizar um novo vocábulo para as mudanças que vinham ocorrendo no sistema econômico vigente.

Pudemos observar, da mesma forma, a crítica contundente ao termo 'educação continuada' que até então era utilizado nas práticas educativas e passou a ser o responsável por todas as dificuldades enfrentadas no universo da saúde.

Discorreu-se sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, apresentando a proposta do Ministério da Saúde (2004), seus conceitos e bases que vão orientar a construção das propostas dos programas de reorientação da formação profissional de saúde em nível superior, e desta maneira, informar que esse conceito expressa uma opção político-pedagógica.

Observamos a importância de entender as propostas colocadas para a formação, a partir dos programas e como a estratégia da Atenção Básica é o eixo reorganizador do sistema de saúde brasileiro.

Logo, inferimos que a participação dos municípios nesse processo é fundamental, pois ele é o gestor da saúde nesta esfera, e desta forma, pode cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão, quanto no campo da educação na saúde.

Contudo, algumas reflexões são necessárias. Pois afinal, em que medida os municípios brasileiros, que em sua maioria são pequenos e com uma estrutura ainda

precária, têm capacidade para operacionalizar essa política proposta? Quais são as articulações necessárias para receber e gerir os programas da Política Nacional de Educação Permanente? Quais são os elementos fundamentais para que a indução da operacionalização da referida política, advinda da esfera federal, não se torne uma relação de clientelismo com os municípios?

Para elucidar tais questões, fizemos uma análise das propostas do Ministério da Saúde para a reorientação da formação profissional, através dos programas propostos. Foram eles: o VER-SUS, o Pró-Saúde, o PET-Saúde e a Residência Multiprofissional em Saúde.

O Projeto de Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) traz como elemento principal uma inquietação com o distanciamento entre ensino e serviço, ou seja, a dicotomia entre teoria e prática. O grande diferencial do programa se deve a participação expressiva dos estudantes, no momento da formulação, implementação e avaliação. Configurando desta forma, um programa dinâmico que se descentralizou e se perpetuou em alguns municípios até os dias de hoje.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) se caracteriza por um investimento pesado na perspectiva de imprimir mudança na formação profissional, se articulando prioritariamente como o município, porque tem como finalidade investir maciçamente na Atenção Básica.

O Pró-Saúde enfrenta dificuldades importantes na relação com a universidade, porque a princípio ele foi pensado apenas para os alunos dos cursos de medicina, odontologia e enfermagem, tendo como finalidade formar profissionais dessas categorias para atuar no Programa de Saúde da Família.

Analisamos ainda, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, que caminha na mesma direção do Pró-Saúde, enfrentando a tarefa árdua de colocar os atores envolvidos no processo para dialogar.

A proposta da Residência Multiprofissional vem na contramão da especialização excessiva, propondo uma formação mais generalista com vista a um modelo de atenção que atenda as necessidades de saúde da população. Buscando assim, “*a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado*” (RUELA, 2006).

Abordamos os acontecimentos que desembocaram na construção do SUS e sua legitimação como sistema nacional de saúde. Dentre os acontecimentos históricos a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram delineados os princípios e diretrizes norteadores do que viria a ser o SUS proposto pela Constituição de 1988, incluindo a diretriz da descentralização.

Vimos o processo de descentralização da saúde e todas as suas implicações. Afinal, descentralizar implica em regionalizar, organizar os serviços para dar acesso a todos os tipos de atendimento à população, com qualidade e resolutividade.

Bibliografia

- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Movimento Sanitário brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios - Memórias. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS/ Distrito Federal – Brasília: 2007 92 p.
- _____. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Reflexões aos novos gestores municipais de saúde. Distrito Federal/Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Brasília: Conasems, 2009 200p.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2006.164 p.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. Relaciona as 14 categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho. Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm. Acesso em 28 de junho de 2009.
- _____. Conselho Nacional de Saúde Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003. Afirmar a aprovação da “*Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde*” e a estratégia de “*Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde*” como instâncias locais regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente.
- _____. Constituição Federal, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em 28 de junho de 2009.
- _____. Lei n. 8.080, 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em 20 de maio de 2009.
- _____. Lei n. 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em 20 de maio de 2009.
- _____. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - Projovem; Cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude. Disponível em <<http://www.leidireto.com.br/lei-11129.html>>. Acesso em 12 de abril de 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde (12. : 2003 : Brasília, DF). 12.^a Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 230 p. – (Série D. Reuniões e Conferências)
- _____. Ministério da Saúde. Curso SUS: Saúde e Cidadania – Turma 5. Carga horária total de: 30h. UniverSUS/MS/DATASUS. Brasília, 2009. Disponível em <<http://universus.datasus.gov.br/>>. Acesso em 03 de junho de 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde Instrutivo sobre as Responsabilidades dos Municípios no Pacto de Gestão para a Área da Educação na Saúde, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente

em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

____ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

____ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004/ MS/SGTES/DEGES. 1. ed., 1ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

____ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Histórico da Implementação do Projeto VER-SUS em Nível Federal. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22371>. Acesso em 10 de maio de 2009.

____ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS – ProgeSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 60 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Cadernos ProgeSUS; 1)

____ Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria n.º 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui o programa de bolsas para Educação pelo Trabalho e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005b. Seção 1, p. 112.

____ Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº- 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, DF, 27 ago. 2008. Seção 1, p. 27.

____ Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais. Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 09 de fevereiro de 2006. Série Pactos Pela Saúde, 2006. v 1- Brasília.

____ Ministério da Saúde. Documentos preparatórios para a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, 3., 2005, Brasília. *Trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros*: práticas de trabalho, gestão, formação e participação. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

____ Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde : objetivos, implementação desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 86 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

____ Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde. Observatório dos Técnicos em Saúde. Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Relatório Final. Rio de Janeiro, dezembro 2006.

____ Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2009.

____ Ministério da Saúde. Portaria No 198/GM/MS Em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004.

____ Ministério da Saúde. Portaria No 198/GM/MS Em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em <<http://www.saude.pb.gov.br/site/geab/portaria198.pdf>>. Acesso em 06 de abril de 2009.

____ Ministério da Saúde. Portaria nº 698/GM de 30 de março de 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_698_07.pdf>. Acesso em 20 de junho de 2009.

____ Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008 Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Disponível em <<http://www.wattpad.com/2625-PORTARIA-GM-MS-399-DE-22-DE-FEVEREIRO-DE-2006->>>. Acesso em 26 de junho de 2009.

- _____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial, nº 45 de 15 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em <http://www.cfbio.org.br/arquivos/portaria_45_2007.pdf>. Acesso em 20 de junho de 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial, nº 506, de 24 de abril de 2008. Altera o art. 10- da Portaria Interministerial nº- 45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_506_08.pdf>. Acesso em 20 de junho de 2009.
- CAREGNATO, Célia Elizabete (org.) Projeto de pesquisa. /Célia Elizabete, et al. Porto Alegre: Editora Ritter dos Reis, 2004 (Coleção Cadernos Ritter dos Reis, 4) 34p.
- CECCIM, R.B; FERLA, A.A. Educação Permanente em Saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde/ Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. – 2.ed.rev.ampl.- Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. 478 p.
- _____. “Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra” – a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. *Comunicação Saúde Educação* v.13, n.28, p.213-37, jan./mar. 2009.
- _____. Articulação com o Segmento Estudantil da Área de Saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In: VER – SUS Brasil: cadernos de textos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 299 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- _____. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva Disponível em <<http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/CeccimRB.pdf>>. Acesso em 24 de junho de 2009.
- _____. ARMANI, T.B; ROCHA, C.F. O que Dizem a Legislação e o Controle Social em Saúde sobre a Formação de Recursos Humanos e o Papel dos Gestores Públicos, no Brasil. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(2): 373-383 2002.
- CONTADOR, V. A conjuntura política nacional e o Movimento Municipalista na área da saúde na década de 70. In: Movimento Sanitário brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios - Memórias. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde CONASEMS/ Distrito Federal – Brasília: 2007 92 p.
- DA ROS, M. A. Sobre "o olho do furacão". *Interface (Botucatu)*, Mar 2009, vol.13, no.28, p.231-232. ISSN 1414-3283
- DA ROS, M. A. et al. Residência multiprofissional em saúde da família: uma conquista do Movimento Sanitário. *Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.* – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 -188 p.: v.
- DAVINI, M.C. Educación Permanente em Salud. Organización Panamericana de La Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de La Organización Mundial de La Salud. Série PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud, nº. 38. Washington, D.C. 20037. 1995.
- ESCOLA POLITÉCNICA EM SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). Dicionário da educação profissional em saúde/ Organizado pela Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. 308p.
- FERREIRA, M.A.L; MOURA, A.A.G.Evolução da Política de Recursos Humanos a partir da Análise das Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Monografia de conclusão do curso de Especialização em Gestão e Política de Recursos Humanos para o SUS. CPqAM – FIOCRUZ, Recife. 2006.
- FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. IN: *Interface* 489 - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005
- _____. Cecílio, LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência &Saúde Coletiva*, 12(4): 965-971 2007.
- _____. LIMA, V.V. Os Paradigmas da Atenção à Saúde e da Formação de Recursos Humanos. In: *Política de recursos humanos em saúde / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.184 p.: il.*
- FILHO, A.A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. In: *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v8, n15, p.375-80, mar/ago 2004.
- HERDY, D., et al. Ecos do III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde e Oficina de Capacitação de Avaliadores. Relatório apresentado a coordenadores de residência e residentes do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro: HUPE, UERJ, 2008.
- IAMAMOTO. M.V.Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma Interpretação Histórico- Metodologica / Marilda Vilela Iamamoto, Raul de Carvalho, - 4ª ed. – São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 1985.
- LIMA, J.C.F. Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde. In: *Trabalho Necessário*, ano. 5 n.5, 2007.
- MATTA, G.C; MOROSINI, M.V.G. Atenção Primária à Saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde/ Organizado pela Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. 308p.
- MINAYO, M. C. S, et al. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 80 p.

- MOTTA, J.I.J.; BUSS, P.; NUNES, T.C.M. Novos Desafios Educacionais para a Formação de Recursos Humanos em Saúde. Disponível em <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_forma09.pdf>. Acesso em 13 de abril de 2009.
- PAGLIOSA, F. L.; Da ROS M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev. bras. educ. med.*, Dez 2008, vol.32, no.4, p.492-499. ISSN 0100-5502
- PEREIRA, I.B. Dicionário da educação profissional em saúde/ Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. – 2.ed.rev.ampl.- Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. 478 p.
- RIZZOTTO, M.L.F. Neoliberalismo e Saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde/ Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. – 2.ed.rev.ampl.- Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. 478 p.
- ROCHA, C. M. F. A experiência da realização do projeto-piloto do VER-SUS/Brasil na visão das "equipes coordenadoras" municipais. 2004. 35 f.. Monografia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração. Programa de Pós-Graduação em Administração. Curso de Especialização de Equipes Gestoras em Sistemas e Serviços de Saúde. Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. Disponível em <http://hdl.handle.net/10183/12374>. Acesso em 28 de junho de 2009.
- RUELA, H.C.G, et al. Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- SANTANA, J.A. Recursos Humanos: desafios para os gestores do SUS. *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU*. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de RH para o SUS. Organização Pan-Americana da Saúde Representação do Brasil. Organização Mundial da Saúde. Natal: EDUFRRN, 1999, uni. 3, p. 435-442.
- SANTOS, N. R. Histórico da Municipalização na Saúde In: Revista CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Abril - Maio – 2008, Ano V, Nº 28. p 14-15.
- SILVA, E.V.M.; DUARTE, J. E.S. CONASEMS: 20 anos construindo história e se firmando como um ator político do SUS. In: Revista CONASEMS. Fevereiro - Março – 2008, Ano V, Nº 27. p 14-15.
- SILVA, E.V.M, et al. Integração Ensino-Serviço: currículo integrado e interdisciplinar. In: A Formação de Profissionais de Saúde em Sintonia com a SUS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Distrito Federal/Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Brasília: Conasems, 2009 28p.
- SOUZA, A.M.A, et al. Processo Educativo nos Serviços de Saúde. Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Representação do Brasil. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos nº1. Brasília, 1991.
- TEIXEIRA, M.; REGO, S.; MACHADO, M.H. Os males da especialização médica no Brasil. In: Ciência Hoje. Revista de divulgação científica da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência/ Volume 22 nº 130/ Agosto, 1997 p. 60-64.
- VALLE, L.A.B. Educação. In: PEREIRA, I.B; LIMA, J.C.F. Dicionário da educação profissional em saúde – 2.ed.rev.ampl.- Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. 478 p.
- VIANA, M.L.T.W. A Reforma Democrática do Estado Brasileiro e a Política de Saúde, In: Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. Organizadores, Maria Inês de Souza Bravo...[et al.].-2.ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/ADUFERJ-SSIND,2008.
- VIEIRA, M. Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde, relatório final. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde. Observatório dos Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro, dezembro 2006.