

Pólo de Educação Permanente em Saúde: Um Espaço de Diálogo Interinstitucional para Promoção de Mudanças na Graduação Médica

Pole of Permanent Education in Health: A Space for the Interinstitutional Dialogue for Promotion of Changes in the Medical Graduation

Ricardo Heinzelmann

Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA (FAMEB), Salvador, BA, Brasil

A implementação do Sistema Único de Saúde tem exigido profissionais de saúde com perfil diferente do observado até então, fazendo-se necessárias mudanças na formação destes profissionais e no trabalho em saúde. O Ministério da Saúde vem implementando a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde objetivando causar impacto significativo promotor dessas mudanças. A estratégia dos Pólos de Educação Permanente em Saúde busca articular gestores, instituições formadoras, estudantes, usuários e trabalhadores da saúde para formulação de políticas loco-regionais de educação permanente.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde; Formação Médica; Pólos de Educação Permanente em Saúde; Brasil.

The implementation of the National Health System has demanded professional of health with different profile of the observed one until then, becoming necessary changes in the formation of these professionals and the work in health. The Health Department comes implementing the National Politics of Permanent Education in Health objectifying to cause promotional significant impact of these changes. The strategy of the Pole of Permanent Education in Health searches to articulate managers, formation institutions, students, users and workers of the health for formularization of regional politics of permanent education.

Key-words: National Health System; Medical formation; Pole of Permanent Education in Health; Brazil.

A Reforma Sanitária, a Implementação do SUS e a Formação Médica no Brasil

O processo de Reforma Sanitária no Brasil, ainda em curso, teve inicialmente, entre suas características, a mobilização de uma parcela dos profissionais de

Recebido em 02/12/2004

Aceito em 06/01/2005

Endereço para correspondência: Ricardo Souza Heinzelmann. Diretório Acadêmico de Medicina (DAMED). Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA, Av. Reitor Miguel Calmon s/nº, Vale do Canela, 40110-100, Salvador-BA, Brasil.
E-mail: ricardoheinzelmann@yahoo.com.br

Gazeta Médica da Bahia 2004;74(2):Jul-Dez:152-156.

© 2004 Gazeta Médica da Bahia (ISSN 0016-545X).

Todos os direitos reservados.

saúde (incluindo muitos médicos) que passaram a questionar a forma de organização do sistema de atenção à saúde até então vigente. Entre os questionamentos, além dos aspectos relacionados à universalização do atendimento, financiamento e descentralização, estavam também o modelo de atenção, o conceito ampliado de saúde e seus determinantes, a questão da integralidade e do cuidado em saúde⁽¹⁰⁾. Tais aspectos estavam diretamente relacionados ao cotidiano do trabalho nos serviços de saúde que em grande parte é orientado pela formação acadêmica do profissional de saúde.

Após a conquista do arcabouço jurídico-normativo do Sistema Único de Saúde – SUS – regido na Constituição de 1988 e regulamentado nas Leis

Orgânicas da Saúde nº 8080 e nº 8142 de 1990, configura-se há mais de uma década o desafio da implementação dos princípios e diretrizes constitucionais da universalidade, participação social, descentralização, equidade e integralidade na atenção à saúde, contrariando interesses particulares do setor privado da saúde, que extremamente organizado e influente politicamente, vem tentando manter a Saúde subordinada a interesses econômicos⁽⁸⁾.

Apesar de diversos avanços no campo da gestão e organização das ações e serviços, o trabalho em saúde foi “secundarizado”. Além da indefinição quanto ao Plano de Cargos, Carreiras e Salários no SUS, por exemplo, ainda predomina no Brasil a formação profissional desconectada das reais necessidades do perfil epidemiológico e da organização do cuidado à saúde da população.

Quanto à formação médica, pode-se afirmar que, ainda é subordinada aos interesses privados, pois continua baseada, prioritariamente, em procedimentos e práticas hospitalares, nas tecnologias com elevado valor econômico agregado e no viés biologicista. À disputa de concepção política-ideológica da Saúde que se reflete também na formação médica, soma-se a mentalidade predominante na Escola Médica – bem como na Universidade - de que o saber é segmentado, o professor é o centro do processo de ensino-aprendizagem e a simples transmissão de conhecimento é a finalidade daquele processo^(6,8).

Observa-se então que um dos grandes desafios atuais para a consolidação do SUS, de acordo com seus princípios e diretrizes constitucionais, é a formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde.

Portanto, faz-se necessário a implantação de processos, concomitantes, envolvendo os profissionais que hoje estão na rede de serviços do SUS e mudanças nos cursos de graduação em saúde.

Em relação aos profissionais, objetiva-se que estes re-signifiquem suas práticas e problematizem o cotidiano do seu trabalho tendo como referência conceitos advindos com a Reforma Sanitária a exemplo do acolhimento, da responsabilização, da clínica ampliada e do cuidado em saúde⁽¹⁾.

Quanto à mudança nos cursos de graduação em saúde, deseja-se que esses promovam a formação de acordo com as necessidades do SUS e de saúde da população. Pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina publicadas em 2001 pelo MEC, o médico a ser formado deve ter “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”⁽³⁾.

Essas Diretrizes⁽³⁾ também definiram que no processo de ensino-aprendizagem o estudante deve ser o sujeito, apoiado pelo professor como facilitador e mediador do processo, devendo-se inserir precocemente o estudante em práticas relevantes para a futura vida profissional com ênfase em serviços da atenção básica e secundária e, preferencialmente, em atividades envolvendo equipe multiprofissional, integrando num processo crescente de complexidade dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais.

Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS e os Pólos de Educação Permanente em Saúde

Atendendo ao preceito constitucional de que ao SUS compete ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, o Ministério da Saúde (MS), em 2003, assumiu o papel de gestor federal do SUS, no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde. Dentro do organograma do MS foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SEGETS) e nesta, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), assumindo a política relativa à formação e desenvolvimento profissional.

Deve-se considerar que no Brasil, nos últimos anos, através do setor da Educação na Saúde vêm sendo realizados muitos projetos e cursos sob a lógica da Educação Continuada. Nesse sentido pode-se afirmar que há várias atividades ou programas com o objetivo de atualizar os profissionais dos serviços em conhecimentos técnicos específicos de sua área de atuação. Em um processo “verticalizado”, definem-se: cargas horárias, conteúdos e metodologias. No entanto, não são consideradas as peculiaridades regionais, os “saberes” do cotidiano das práticas dos profissionais e equipes de cada serviço de saúde. Além disso, são atividades ou programas pontuais e não apresentam grande impacto no sentido da transformação de práticas e do trabalho em saúde.

Para produzir impacto nas instituições formadoras, no sentido de alimentar os processos de mudança e promover a transformação das práticas dominantes nos serviços - tendo orientação conceitual definida e por meio da articulação interinstitucional - foram propostas pelo DEGES e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2003, a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS e a estratégia dos Pólos de Educação Permanente em Saúde⁽⁵⁾.

Segundo publicação oficial do MS “a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços”. Conforme Maria Alice Roschke, a “educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. A

atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS.”⁽⁴⁾.

A proposta do Ministério da Saúde é formar em cada Estado do País, Pólos de Educação Permanente em Saúde nos seus territórios loco-regionais e que se constituirão em espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os autores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras.

São autores e atores fundamentais dessas instâncias de articulação da educação permanente em saúde: os gestores estaduais e municipais; as universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo principalmente as suas áreas clínicas e da saúde coletiva; as escolas de saúde pública; as escolas técnicas de saúde; os hospitais universitários e de ensino; os estudantes da área de saúde; os trabalhadores de saúde; os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde.

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde, por sua característica de encontro e integração interinstitucional, de educação e trabalho e de formação e intervenção na realidade, são responsáveis também pela articulação e gestão da inserção de docentes e estudantes nos cenários de prática dos serviços de saúde, buscando fortalecer e levar para dentro da educação superior e profissional os valores de acolhimento, responsabilização, vínculo, integralidade da atenção, ação intersetorial e trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar.

É importante ressaltar que a partir da instalação dos Pólos, todos os incentivos financeiros do Ministério da Saúde, referentes a mudanças na formação de graduação dos profissionais de saúde, estarão vinculados a projetos que sejam analisados e pactuados dentro dos Pólos e que contemplem a integração com o SUS, a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, e a formação geral, crítica e humanística, sob a perspectiva da multiprofissionalidade, transdisciplinaridade e do conceito de clínica ampliada de saúde.

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde no Estado da Bahia

Em outubro de 2003, foi realizado em Salvador o Seminário para apresentação e discussão da Política de Educação Permanente em Saúde, seguindo-se a constituição de um Grupo de Trabalho, com a atribuição de formular o “Projeto para Conformação da Rede de Pólos de Educação Permanente em Saúde da Bahia”⁽²⁾, o qual foi posteriormente aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e no Conselho Estadual de Saúde.

Nesse contexto, o Estado da Bahia passou a contar com oito Pólos loco-regionais, os quais formarão a rede estadual, observando-se os princípios do SUS, tendo como algumas de suas diretrizes: a cooperação, a co-responsabilidade e a autonomia.

Com base no Plano Diretor para a Regionalização da Assistência à Saúde no Estado da Bahia (PDR), os Pólos serão localizados em cada uma das sedes das macro-regiões, a saber: Nordeste (Salvador), Centro Leste (Feira de Santana), Sudoeste (Vitória da Conquista), Norte (Juazeiro), Oeste (Barreiras), Extremo Sul (Eunápolis), Sul I (Jequié) e Sul II (Ilhéus-Itabuna).

Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macro-região Nordeste da Bahia

O Pólo da Macro-região Nordeste abrange o litoral norte do Estado e o Recôncavo, onde está localizada a Região Metropolitana de Salvador. Nela estão situados 98 (noventa e oito) municípios em 10 (dez) micro-regiões (Salvador, Conceição do Coité, Cícero Dantas, São Felix, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, Catu, Camaçari, Alagoinhas e Serrinha), com uma população total de 5.265.302 habitantes, que representam cerca de 39,8% da população do Estado. Para gestão do Pólo da Macro-região Nordeste, foram definidas três instâncias colegiadas: Colegiado de Gestão, Conselho Gestor e Secretaria-executiva.

O Colegiado de Gestão consiste em uma grande plenária para definição das diretrizes gerais da política de educação permanente em saúde da Macro-região.

Está previsto que essa plenária seja convocada semestralmente, podendo dela participar representantes de todas as instituições e entidades relacionadas com a formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde.

O Conselho Gestor é uma instância deliberativa que se reúne mensalmente para pactuar, acompanhar e avaliar projetos de Educação Permanente em Saúde definidos dentro das diretrizes estabelecidas pelo Colegiado de Gestão. O Conselho Gestor tem em sua composição representantes de secretarias municipais de saúde, da secretaria estadual de saúde, de todos os cursos de graduação em saúde das instituições públicas de ensino superior, de instituições particulares de ensino superior, de usuários dos conselhos municipais de saúde, dos estudantes de graduação em saúde, de hospitais universitários e de ensino, das associações de ensino, dos trabalhadores da saúde, de movimentos sociais e das escolas de formação técnica e estadual de saúde pública.

A Secretaria-executiva, sediada na Secretaria municipal de saúde de Salvador, é formada por seis membros do Conselho Gestor, eleitos entre seus pares, tendo por finalidade dar suporte administrativo para operacionalização das decisões do Pólo de Educação Permanente em Saúde.

Com referência ao ano de 2004, o Pólo da Macro-região Nordeste da Bahia contou com recursos do Ministério da Saúde (MS) da ordem de R\$ 550 mil, destinados ao financiamento de cerca de 15 projetos pactuados no Conselho Gestor do Pólo.

Dentre os projetos pactuados, apenas um aborda a questão da formação médica. Trata-se de projeto formulado pelo Fórum Estudantil de Saúde de Salvador, a ser executado pelo Diretório Acadêmico de Medicina (DAMED) da FAMEB-UFBA, e que prevê a realização de seminários, oficinas e estágios de vivência para discussão e problematização acerca da implementação das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde e da integração ensino-serviços de saúde.

Em 2005, são estimados recursos da ordem de quase um milhão de reais para o Pólo da Macro-região Nordeste e espera-se a pactuação de um maior número

de projetos sobre a temática da mudança na formação médica e demais profissões de saúde, envolvendo instituições formadoras e serviços da rede do SUS.

A FAMEB e o Pólo de Educação Permanente em Saúde

A inserção da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) da UFBA no Pólo tem importância fundamental para a promoção do diálogo com as demais instituições de ensino e com os gestores do SUS. A representação formal no conselho gestor é exercida por uma docente do Departamento de Medicina Preventiva e um discente da FAMEB que representa os estudantes dos cursos de medicina de Salvador, através da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina - DENEM.

Através deste diálogo será possível acelerar o processo interno de mudança na graduação médica com o aporte de recursos financeiros que viabilizem projetos de integração ensino-serviço e ensino médico na perspectiva do trabalho em equipe multiprofissional, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso⁽³⁾.

Este diálogo também pode assegurar que a FAMEB cumpra seu papel dentro do SUS, enquanto escola médica, de apoiar e desenvolver projetos de educação permanente em saúde para profissionais em serviço, fazendo com que estes também incorporem os conceitos e instrumentos da educação permanente para participar do processo de formação médica do estudante dentro da rede assistencial⁽⁷⁾, gerando um ciclo virtuoso entre academia e serviço, contribuindo para o avanço do SUS no Estado da Bahia. Entretanto torna-se necessário que sejam criados novos espaços e fortalecidos outros com o objetivo de refletir sobre o tema no âmbito da Faculdade.

Nesse sentido, há maiores perspectivas após a constituição do Grupo de Trabalho, pela Diretoria e o Colegiado de Graduação em Medicina da FAMEB, para estudar e propor projeto de transformação curricular, observando àquelas Diretrizes Curriculares⁽³⁾. Com essa nova perspectiva, é muito provável que o ano de 2005 possa ser comemorado como sendo o início da implantação de um novo modelo curricular.

Agradecimentos

Às professoras Lorene Louise Silva Pinto e Vera Lúcia Almeida Formigli pela revisão deste trabalho e suas sugestões.

Referências Bibliográficas

1. Ayres JRC. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface (Comunicação, Saúde e Educação)* 8: 73-92, 2001.
2. Bahia. Secretaria Estadual de Saúde. Projeto para Conformação da Rede de Pólos de Educação Permanente em Saúde da Bahia. Salvador: SESAB, 2004.
3. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em medicina. Brasília: Ministério da Educação, 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS de 13/02/2004.
6. Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o sistema único de saúde. *Cad Saúde Pública* 15: 187-194, 1999.
7. Celeste T. Educação Permanente: um novo olhar sobre a aprendizagem no trabalho. *Cad ABEM* 1: 26-27, 2004.
8. Cohn A, Elias PEM. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. *Cad Saúde Pública* 18: 173-180, 2002.
9. Noronha Filho G, Resende JB, Lemme AC, Ney Júnior G, Frossard A. Formação Médica e integração de atividades docentes assistenciais. *Rev Saúde Pública* 95: 215-220, 1995.
10. Teixeira SF, Coutinho CN, Gallo E, Lucchesi G, Vaitsman J, Mendonça MHM, Nascimento PC, Damaso R, Escorel S, Gerschman S. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. 2ª edição, Cortez: São Paulo, 1995.