Associação Nacional de Pós-Graduandos
Fórum Nacional de Pós-Graduandos em Saúde

Portfólio do I Seminário de Formação de Pós-Graduação em Saúde: elemento estratégico para equidade, universalidade e integralidade

Recife-PE

ANPG
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUANDOS

Fórum Nacional de Pós-Graduandos em Saúde

FNPG/ANPG: Portfólio do I Seminário de Formação de Pós-Graduação em Saúde: elemento estratégico para equidade, universalidade e integralidade / Organizado pelo Fórum Nacional de Pós-Graduandos em Saúde. Coordenação Associação Nacional de Pós-Graduandos. 2013

65 p.

Projeto e organização "Portfólio do I Seminário de Formação de Pós-Graduação em Saúde: elemento estratégico para equidade, universalidade e integralidade" Fórum Nacional de Pós-Graduandos em Saúde - ANPG (Gestão 2012-2014)

ISBN: 978-85-61839-19-2

1. Formação. 2. Saúde. 3. SUS. 4. Docente. 5. Residências em saúde. 6. Educação. 7. Financiamento 8. Ciência 9. Tecnologia em saúde. 10. Fórum Nacional de Pós-Graduandos em Saúde. 11. Associação Nacional de Pós-Graduandos

---

Associação Nacional de Pós-Graduandos

Sede das Entidades Estudantis ANPG, UNE, UBES

Rua Vergueiro, 2485 – Vila Mariana - CEP 04101-200 - São Paulo-SP

Tel. (11) 5082-3691

www.anpg.org.br

e-mail: comunicacao@anpg.org.br

Diretoria Executiva – ANPG (2012-2014)

Presidente
Luana Bonone

Vice-Presidente
Cristiano Moraes Junta

Tesoureira
Tamara Naiz da Silva

Secretária Geral
Jouhanna do Carmo Menegaz

Diretora de Ciência, Tecnologia e Inovação
Hercília Melo do Nascimento

Diretor de Comunicação
Roberto Nunes Junior

Diretor de Relações Institucionais
Anderson Nogueira

COMISSÃO ORGANIZADORA

I SEMINÁRIO DE FORMAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE

Coordenação Geral: Jouhanna do Carmo Menegaz – SC

Coordenação de Estrutura: Tamara Naiz da Silva – GO

Coordenação Local: Hercília Melo do Nascimento – PE

Ana Cristina Pimentel – RJ

Bruna Pedroso Canever – SC

Carlos Leonardo Cunha – RJ

Cintia Aguar Eufrásio – CE

Dalmare Anderson – SE

David Soeiro Barbosa – RJ

Deysianne Oliveira – MA

Eduardo Ewerton – SP

Gabriel Adellman Cipolla – PR

Lenilton Silveira Junior – RN

Lúcia Dias da Silva Guerra – SP

Manuelle Maria Matias- CE

Marcos Vinícius Soares Pedrosa – PE

Mariana Bertol Leal – SP

Maryane Oliveira Campos – MG

Rafael Chagas – RJ

Rosana Huppes Engel – RS

Soraia Geraldo Rozza Lopes – SC

Tayara Daiane Maronesi – RS

Virgínia Valiate Gonzalez – RJ

Equipe Editorial

Jouhanna do Carmo Menegaz

David Soeiro Barbosa

Lúcia Dias da Silva Guerra

Equipe Técnica

Secretaria Executiva: Laissa Duarte

Comunicação: Natasha Ramos, Alline Magalhães e Eleonora Rigotti

Designer e Diagramação: Hevelline Pinheiro

Revisão: Gabrielle Paulanti

SUMÁRIO

05 Agradecimentos

08 Saudações das Entidades Parceiras

13 Apresentação

15 Programação do Evento

18 Artigos para Formulação, Construção e Acúmulo do Debate sobre Formação em Saúde

19 Formação em Saúde para o SUS: elemento estratégico para equidade, universalidade e integralidade

33 Lato sensu: Residências em Saúde e Residências Médicas: panorama da formação e políticas em vigência

38 Panorama da Formação stricto sensu em Saúde: onde estamos e para onde podemos ir

43 Educação Permanente em Saúde: compreensão e políticas

47 Formação Docente em Saúde: perspectivas atuais

51 Financiamento Brasileiro para Educação, Ciência e Tecnologia em Saúde

59 Uma reflexão sobre o financiamento para pesquisa em saúde no Brasil

63 Encaminhamentos do I Seminário de Formação de Pós-Graduação em Saúde

AGRADECIMENTOS

À Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, pelo apoio em oportunizar a realização do I Seminário de Formação de Pós-Graduação em Saúde.

À Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), pelo espaço dinâmico e colaborativo cedido dentro da sua 65ª Reunião Anual.

À Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), pelo apoio imprescindível na concretização física do espaço para realização do evento, demonstrando que a universidade é este nicho de reflexão e construção do conhecimento, tendo como base a formação e o processo de ensino-aprendizagem.

Aos diversos atores envolvidos na construção deste processo e a todos os participantes deste debate (estudantes, professores, profissionais e gestores), que, com as suas contribuições puderam nos ajudar na elaboração deste documento.

Agradecimento especial aos professores Ricardo Burg Ceccim, pelo respeito, constante disposição ao diálogo e estímulo maior a nossa empreitada e Felipe Proenço pela abertura a pauta e auxílio quase que cotidiano na operacionalidade do evento.

Associação Nacional de Pós-Graduandos

Palavra da Presidenta

O conjunto da diretoria da ANPG parabeniza e agradece a cada pós-graduando e pós-graduanda que se dedicou à organização do I Seminário de Formação de Pós-Graduação em Saúde, realizado nos dias 23 e 24 de julho, em conjunto com o 3º Salão Nacional de Divulgação Científica, como parte da programação oficial da 65ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, em Recife/PE.

A tônica do momento atual do Movimento Nacional de Pós-Graduandos tem sido expandir a rede: investir na organização em cada universidade com o crescimento do número de APGs, consolidar conquistas como legislações que garantam mais direitos aos pós-graduandos, crescer a atuação em conselhos nacionais, que contribuem com a elaboração e fiscalização de políticas públicas no país, e também organizar estruturas relacionadas a temas variados. Assim, recebemos com entusiasmo a organização do Fórum dos Pós-Graduandos em Saúde e criamos também o Fórum de Educação Básica da ANPG.

Saúde e Educação, unidos neste seminário pela pauta da formação, são justamente as questões mais emergentes para a melhoria das condições de vida do povo brasileiro, e tema de recentes campanhas de envergadura dos movimentos sociais brasileiros, como é o caso do movimento Saúde +10, assim como a conquista da destinação de recursos do pré-sal para educação e saúde.

Saudamos os participantes do I Seminário de Formação de Pós-Graduação em Saúde e agradecemos a disponibilidade dos palestrantes. Este documento, com a compilação dos debates realizados, sem dúvida será base para a construção de diretrizes de atuação, campanhas e elaboração de proposições da ANPG e do conjunto do movimento de pós-graduandos, pela qualidade dos debates realizados e pela dedicação de cada pessoa que se envolveu neste processo. Rumo ao II Seminário e a uma política de formação em saúde capaz de promover a valorização da saúde pública brasileira e enfrentar a dura realidade vivenciada pelo nosso povo.

Luana Meneguelli Bonone

SAUDAÇÕES

Saudações encaminhadas pelas entidades colaboradoras à contribuição e debate do evento na Formação em Saúde

Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC)

O I Seminário de Formação de Pós-Graduação em Saúde, promovido pela Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG), enriqueceu a programação da 65ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), realizada no Recife (PE), em julho deste ano. As discussões em torno do tema central do Seminário *Formação de Pós-Graduação em Saúde e a Consolidação do SUS* mostraram os avanços da área da saúde no Brasil, e os gargalos para a efetivação do Sistema Único de Saúde.

Os debates sobre a residência médica, a residência multiprofissional em saúde, a educação permanente, que visam o aperfeiçoamento progressivo do padrão profissional e científico dos profissionais e a melhoria da assistência à saúde da comunidade nas áreas profissionalizantes são conquistas relevantes da sociedade brasileira e como tal devem permear todas as atividades do SUS. Os debates apontaram também para problemas relativos ao financiamento envolvendo todas as esferas de governo (federal, estadual e municipal). O setor de saúde pública no Brasil necessita de profissionais de excelência - que estão sendo formados pelos diferentes programas -, porém sem o financiamento adequado, o sistema corre grave risco.

A SBPC sente-se honrada em ter participado e cumprimenta a ANPG pela realização e sucesso do evento.

Helena Bonciani Nader
Presidente da SBPC

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) parabeniza a Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG) pela realização do *I Seminário de Formação de Pós-Graduação em Saúde*, durante a 65ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, nos dias 23 e 24 de julho de 2013, em Recife.

A escolha do tema geral do Seminário – Formação de Pós-Graduação em Saúde e a Consolidação do SUS – foi muito feliz, pois destaca o compromisso dos pós-graduandos em saúde com a construção do Sistema Único de Saúde, como sistema de atenção integral, universal e igualitária à saúde.

Os debates ocorridos no Seminário sobre formação em saúde, pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, financiamento para educação e ciência e tecnologia em saúde, educação permanente e formação docente contribuíram, certamente, para o amadurecimento das posições da ANPG, que continuará assim contribuindo para a formulação e a implantação de políticas universalistas de saúde, educação e ciência e tecnologia.

A consolidação do SUS passa pela formação de profissionais tecnicamente competentes, socialmente comprometidos e eticamente responsáveis. Sem dúvida, iniciativas como essas da ANPG contribuem para isso.

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza

Presidente da Abrasco

Associação Brasileira da Rede Unida

A Rede Unida é, ao mesmo tempo, uma entidade científica e um movimento social que articula instituições de ensino e pesquisa aos serviços e órgãos das políticas de saúde, educação e demais políticas sociais, além de movimentos sociais que se ocupam da formação e do trabalho das profissões da saúde e demais áreas de atuação em políticas sociais. Tem atuação na organização de congressos e eventos e na atuação política em diversos cenários implicados com temas da educação e do trabalho na saúde.

A Rede tem contribuído de forma significativa para as iniciativas e políticas de educação na área da saúde há mais de 30 anos, por meio inicialmente de projetos de integração ensino e serviços e das universidades com a sociedade. Teve protagonismo acentuado no processo de reformas do sistema de saúde, na década de 1980, e, no início dos anos 2000, da definição de diretrizes curriculares para os cursos de graduação na área da saúde e das políticas específicas do Sistema Único de Saúde (SUS) para a educação na saúde. Da mesma forma, atuou fortemente na construção da agenda, na definição da política, na implementação e na avaliação das iniciativas de educação permanente em saúde. A necessidade de políticas articuladas para a gestão da educação e do trabalho das profissões da saúde é construção do movimento Rede Unida desde a década de 1980, da mesma forma que iniciativas de regulação pautadas pelo interesse público e por organizações sensíveis à lógica do trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Nesse contexto, atuou fortemente também na criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRM), bem como busca incidir na sua recomposição e reorientação. Na mesma direção atua em relação à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Quanto às residências em saúde, a Rede também trabalha pelo seu reconhecimento como pós-graduação diretamente pelas universidades, junto às políticas nacionais de pós-graduação *lato sensu* e com fortes componentes de descentralização pelas esferas estadual e municipal do SUS. Já na pós-graduação *stricto sensu*, a Rede pensa os encontros da formação em pesquisa com as políticas de saúde e necessidades do SUS, o que envolve a qualificação de quadros para a docência e para a investigação mais implicados com as necessidades sociais, com a construção das resolutividade e com a satisfação dos usuários. Há necessidade de expansão de programas de mestrado profissional para a rede de serviços e de gestão, mestrados acadêmicos e doutorados

para a diversidade de segmentos que representam a qualidade do atuar, propor e pensar a saúde.

Compreendemos como fundamental o fortalecimento e a qualificação da formação pós-graduada para o setor da saúde, estando a atuação da Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG) nesse caminho. Como entidade representativa de um segmento relevante nesse cenário, a Rede Unida tem procurado estabelecer parcerias para potencializar as ações referentes à pós-graduação em saúde. Mais do que o reconhecimento formal, tem mantido inúmeras iniciativas de cooperação, em seus congressos, encontros e outras agendas de atuação conjunta.

Com o objetivo de ampliar o debate sobre essa temática e fortalecer o protagonismo das instituições de ensino e dos pós-graduandos nos espaços de ensino e pesquisa, a Rede Unida agradece a possibilidade de construção compartilhada de um espaço potente como foi o I Seminário de Formação de Pós-Graduação em Saúde, realizado durante a 65ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, nos dias 23 e 24 de julho de 2013, em Recife/PE. Nesse espaço bem-sucedido de debates, reafirmamos nosso compromisso com o movimento social que age na perspectiva de qualificação da formação profissional bem como da produção de conhecimento através do desenvolvimento de ciência e tecnologia para o fortalecimento dos SUS e a garantia do direito à saúde para toda a população brasileira!

Agradecemos a oportunidade e contamos com essa profícua parceria em outros espaços e outros tempos! Desde já, colocamos o 11º Congresso Internacional da Rede Unida, que será realizado em abril de 2014, em Fortaleza/CE, mais uma vez à disposição da ANPG e do segmento social da pós-graduação em saúde do país.

Associação Brasileira da Rede Unida

APRESENTAÇÃO

A Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG) apresenta com satisfação o portfólio do I Seminário de Formação de Pós-Graduação em Saúde, realizado na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) na cidade de Recife/PE, no período de 23 a 24 de julho de 2013, durante a 65ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC).

Este documento simboliza a consolidação da entrada e contribuição da entidade no debate da formação em saúde que vem crescendo de maneira significativa, após a construção do coletivo de pós-graduandos da saúde iniciado no ano de 2010, no XXII Congresso da ANPG realizado na cidade do Rio de Janeiro, hoje denominado de "Fórum Nacional de Pós-Graduandos em Saúde".

O portfólio é registro reflexivo do intenso debate vivenciado durante no I Seminário de Formação de Pós-Graduação em Saúde, cuja experiência trouxe importantes contribuições para a temática proposta. Assim, este material visa coletivizar e tornar públicas as experiências, reflexões e conhecimentos construídos, fruto do encontro de estudantes, profissionais, gestores e professores.

Ao eleger como tema central do seminário "A formação para o Sistema Único de Saúde: elemento estratégico para a equidade, universalidade e integralidade", objetivou-se instigar os diversos atores envolvidos nesse debate e espalhados pelas diferentes regiões do país para repensarem o seu potencial transformador e colaborativo em espaços como este, assim como na importância da sua participação e construção do debate da formação em saúde.

Nesse sentido, apresentamos aqui a contribuição política dos pós-graduandos gerada a partir dos debates de estudantes, profissionais, gestores e professores, sem pretensão de esgotar o tema ou apresentar soluções para todas as questões. Pelo contrário, certos de que este movimento apenas se inicia, seguiremos abertos, partilhando ideias; somando pessoas e forças, na direção da construção de novos caminhos e diálogos para o debate da formação em saúde.

Os Organizadores

PROGRAMAÇÃO

PROGRAMAÇÃO

23 de Julho
Terça-Feira
07h30min

Credenciamento.

Local: UFPE, CCB, sala 14

23 de Julho
Terça-Feira
08h30min

Mesa de Abertura

Participantes: Alcindo Ferla (coordenador da Rede Unida); Luís Eugênio de Souza (presidente da ABRASCO); Mozart Júlio Tabosa Sales (secretário da SGTES/MS); Helena Bonciani Nader (presidente da SBPC); Jorge Almeida Guimarães* (presidente da CAPES); Luana Bonone (presidente da ANPG).

Moderadora: Jouhanna do Carmo Menegaz, enfermeira, doutoranda em enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina, secretária geral da Associação Nacional de Pós-Graduandos.

Local: UFPE, CCB, sala 14

23 de Julho
Terça-Feira
09h 00min

Mesa Maestra: Formação em saúde para o SUS: elemento estratégico para equidade, universalidade e integralidade.

Participantes: Mozart Júlio Tabosa Sales (secretário da SGTES/MS).

Moderadora: Jouhanna do Carmo Menegaz.

Local: UFPE, CCB, sala 14

23 de Julho
Terça-Feira
14h 00min

Mesa: Lato sensu, residências em saúde e residências médicas: panorama da formação e políticas em vigência.

Debatedores: Dr. Ricardo Burg Ceccim (UFRGS/REDE UNIDA); Felipe Proenço (diretor de Departamento de Gestão da Educação na Saúde).

Moderador: Dalmare Anderson, farmacêutico, residente em saúde mental na Universidade de Sergipe, diretor da FENAFAR.

Local: UFPE, CCB, sala 1

23 de Julho
Terça-Feira
14h 00min

Mesa: Panorama da formação stricto sensu em saúde: onde estamos e para onde podemos ir.

Debatedores: Dr. Paulo Sérgio Lacerda Beirão (diretor de Ciências Agrárias, Biológicas e de Saúde do Cnpq); Dra. Rita de Cassia Barradas Barata (coordenadora da área de Saúde Coletiva da CAPES), Dr. José Antônio Rocha Gontijo (coordenador da área de Medicina I da CAPES).

Moderador: David Soeiro, médico veterinário, doutorando em epidemiologia em saúde pública na Fiocruz, diretor de lato sensu da Associação Nacional de Pós-Graduandos.

Local: UFPE, CCB, sala 2

23 de Julho
Terça-Feira
18h 00min

Grupos de trabalho.

Local: UFPE, CCB, salas 1,2,3 e 14
Encerramento às 20 horas.

PROGRAMAÇÃO

24 de Julho
Terça-Feira
08h30min

Mesa: Financiamento brasileiro para educação, ciência e tecnologia em saúde.

Participantes: Luiz Henrique Mourão do Canto Pereira* (coordenador geral de biotecnologia e saúde do MCTI), Ronald Ferreira (presidente da FENAFAR, conselheiro nacional de saúde) Alexandre Padilha* (ministro de estado da saúde).

Moderadora: Marcos Pedrosa, médico residente, diretor de saúde da Associação Nacional de Pós-Graduandos.

Local: UFPE, CCB, sala 14

24 de Julho
Quarta-Feira
14h 00min

Mesa: Educação permanente em saúde: compreensão e políticas indutoras.

Debatedores: Dra. Fabiane Ferraz (consultora da secretaria de estado da saúde de Santa Catarina); Eliana Cyrino (DEGES/SGTES), Laura Macruz Feuerwerker (USP/ ABRASCO).

Moderadora. Lúcia Guerra, nutricionista, doutoranda em nutrição em saúde pública na Universidade de São Paulo.

Local: UFPE, CCB, sala 1

24 de Julho
Quarta-Feira
14h 00min

Mesa: Formação Docente em Saúde: perspectivas atuais.

Debatedores: Dra. Sylvia Batista (Universidade de São Paulo); Dr. José Luis Medina Moya (Universidade de Barcelona), Dra. Kenya Schmidt Reibnitz (Universidade Federal de Santa Catarina).

Moderador: Carlos Leonardo Figueiredo Cunha, enfermeiro, doutorando em saúde coletiva na Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Local: UFPE, CCB, sala 2

24 de Julho
Quarta-Feira
18h 00min

Plenária do Fórum de Pós-Graduandos em Saúde da Associação Nacional de Pós-Graduandos.

Coordenação: Jouhanna do Carmo Menegaz, secretária geral da ANPG.

Encerramento às 20 horas.

Local: UFPE, CCB, sala 14

Artigos para Formulação, Construção e Acúmulo do Debate sobre Formação em Saúde

Formação em Saúde para o SUS: elemento estratégico para equidade, universalidade e integralidade

Formação em Saúde para o SUS: elemento estratégico para equidade, universalidade e integralidade

Jouhanna do Carmo Menegaz[1]
Virgínia Valiate Gonzalez[2]

A formação de pessoas esteve sempre presente nos debates relacionados à saúde no Brasil. No contexto político do movimento da reforma sanitária não foi diferente. Figurava entre as pautas e é fruto deste processo a declaração na carta magna de 1988 de que o Sistema Único de Saúde (SUS) é ordenador da formação. Com a vigência do SUS, as demandas relacionadas à formação tornaram-se ainda mais estratégicas, tendo em vista a guinada de concepção e produção de cuidado apontada pelo novo sistema.

Há neste processo alguns marcos importantes que expressam uma nova dinâmica de construção de políticas públicas e gestão da formação baseada na intersetorialidade e no alargamento da participação dos movimentos sociais de saúde. Nesse sentido, destacamos a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em 1986, que já enfatizava a necessidade de modificar a graduação e a importância da integração ensino-serviço; a publicação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos da área da saúde, que expressa esta intencionalidade de formar profissionais para o SUS; e a criação de uma instância no âmbito do Ministério da Saúde (MS), a Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde (SGTES), que assumiu para si o esforço de sistematizar e implementar uma agenda da formação em saúde.

Desde 2003, ano de sua criação, a SGTES possui a prerrogativa de formular políticas públicas que orientem a gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e de regular questões do trabalho em saúde. Nessa direção, tem desenvolvido, a partir de múltiplas parcerias, sejam em nível de gestão ou em nível das universidades e dos movimentos sociais, iniciativas destacadas na direção da reorientação da formação em saúde no intuito de conectá-la ao sistema de saúde. Algumas dessas iniciativas farão parte deste texto.

Todavia, antes da SGTES, uma série de movimentações já acontecia, as quais se constituíram de força motriz para novos projetos. Considerando iniciativas relacionadas à formação, destacamos o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). Em 1999, estimava-se existir aproximadamente 225.000 profissionais genericamente classificados como de nível médio, atuando como atendentes de enfermagem, nos segmentos públicos e privados que compõem o SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE/SGTES, s/d).

---

[1] Enfermeira, mestre e doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina. Secretária geral da Associação Nacional de Pós-Graduandos e representante da entidade no Conselho Superior da CAPES e no Conselho Nacional de Saúde.

[2] Bacharel em Relações Internacionais, mestranda em Saúde Global e Diplomacia da Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz e membro da diretoria da Associação de Pós-Graduandos da Fiocruz-RJ.

Esse cenário preocupava em virtude de que poderia gerar consequências como a redução na qualidade dos serviços de saúde à população, considerada uma "assistência de risco", e a manutenção de uma situação de irregularidade e ilegalidade na inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho, uma vez que esta contrariava a Lei Federal nº 7.498/86.

Dessa forma, o MS formulou e implementou o PROFAE, que iniciou-se no ano 2000, com o objetivo de promover a qualificação da força de trabalho em enfermagem, visando à melhoria da qualidade dos serviços de atenção à saúde, através da redução do déficit de pessoal dos auxiliares em enfermagem qualificado e do apoio e fortalecimento às instâncias de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. A estrutura organizacional do projeto contemplava uma gestão centralizada no Ministério da Saúde e executada de forma descentralizada em estados e municípios, utilizando a maioria das escolas técnicas públicas e privadas do país, as instituições de ensino superior com capacidade de apoiar os docentes de educação técnica, as Secretarias Estaduais de Educação (SE) e de Saúde (SES), entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE/SGTES, s/d).[1]

Sendo assim, o Profae foi apresentado como uma iniciativa política, de natureza pedagógica, executada pela Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, voltada para os trabalhadores que atuam nos múltiplos espaços e ações de saúde, na especificidade da prática em enfermagem, que não puderam adquirir a formação profissional regulamentada em termos educacionais, ético-profissionais e trabalhistas. No entanto, além dos desafios associados do Profae em solucionar o "estoque dos não qualificados", pretendia-se assegurar a sustentabilidade das políticas, estruturas e estratégias capazes de garantir a educação profissional de nível técnico na área da saúde.

Também no ano 2000, temos ações desenvolvidas pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM) direcionadas principalmente para transformação da graduação em medicina, em decorrência dos projetos implantados na década anterior, e, em 2002, a criação do Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), delineado pelos Ministérios da Saúde, da Educação e a OPAS, além da parceria com a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Rede Unida que propunha ações no sentido de adequar a formação médica aos preceitos do SUS, provendo cooperação técnica às reformas curriculares e incentivando a oferta de estágios nos hospitais universitários e nos serviços de atenção básica à saúde. Ao final de 2002, o programa havia contemplado propostas de dezenove escolas médicas com financiamento na ordem de oito milhões de reais até o ano de 2003.

Desse movimento se constitui uma proposta mais ampla expressa através do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), lançado em 2005, contemplando, inicialmente, os cursos de graduação das profissões que integram a Estratégia de Saúde da Família, sendo Enfermagem, Medicina e Odontologia. No intuito de fomentar a mudança de currículos e projetos pedagógicos na estratégia de incentivo à atenção básica em substituição ao modelo dos serviços de saúde tradicional centrado na doença e na cura, o objetivo do programa é

---

[1] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1266

reorganização curricular e pedagógica, na direção da integração entre ensino e serviço a fim de estruturar a formação profissional, de modo que assegure a abordagem do processo saúde/doença com ênfase na Atenção Básica, desencadeando mudanças na prestação de serviços à população e nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população.

A partir do programa, tem sido possível amplificar a concepção da formação profissional de modo a incluir todos os níveis de atenção à saúde e a formar um processo de acordo com as necessidades sociais, considerando as dimensões históricas, econômicas e culturais da população. O programa tem como premissa estabelecer o equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social. Em 2007, o programa foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da Saúde, além dos cursos contemplados na 1ª fase.

Como já mencionado, a questão da organização da formação em saúde esteve presente no contexto da Reforma Sanitária que consolidou o SUS a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, e demandou, além da definição explícita das políticas para o setor, a integração ensino-serviço, por meio de modelos assistenciais localizados em espaços-populações concretos, como o proposto, por exemplo, na Estratégia Saúde da Família. Para tanto, o reconhecimento do alinhamento entre o serviço e o ensino implica na adoção de um conceito mais amplo de saúde que reconheça suas interfaces com outros temas somados à diversidade de perspectivas e subjetividade deste complexo sistema conducente à transição para um modelo de atenção centrado na promoção da saúde, e é nessa direção que o Pró-Saúde pretende contribuir.

O Pró-Saúde tem um papel indutor na transformação do ensino de saúde no Brasil, tanto para os três cursos contemplados inicialmente por integrarem os profissionais no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, como para outros da área da Saúde, pois, a partir da criação de modelos de reorientação, pôde-se construir um novo panorama na formação profissional em Saúde. Algumas instituições, a partir do modelo Pró-Saúde, têm iniciado projetos de reorientação de forma integrada com seus outros cursos da saúde.

Das experiências na implantação do Pró-Saúde, propõe-se o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde), que busca avançar na consolidação das mudanças que têm sido implementadas pelo Pró-Saúde, disponibilizando bolsas, através do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. O objetivo central é o de promover a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas, de modo a servir de instrumento para a qualificação em serviço dos profissionais da saúde, acordo com as necessidades do SUS. O PET colabora para o processo de integração ensino-serviço na medida em que reconhece e valoriza o papel desempenhado pelos profissionais de saúde representados pelos tutores e na orientação da aprendizagem dos estudantes.

O PET-Saúde é direcionado às Instituições de Educação Superior (IES), abrangendo 14 cursos de graduação da área da Saúde, e às Secretarias Municipais de Saúde. Em janeiro de 2009, foram selecionados 84 projetos, de 67 IES e 71 Secretarias de Saúde, envolvendo 306 grupos PET-Saúde. Cada grupo PET-Saúde é formado por um tutor acadêmico, 30 estudantes e seis preceptores, o que

representa 5.814 bolsas/mês, além da participação de 5.508 estudantes não bolsistas, totalizando 11.322 participantes/mês. Para o ano letivo de 2009, estão previstas 69.768 bolsas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE/SGTES, 2009).[2]

No final de 2011, a SGTES decidiu realizar um edital de ações integradas entre Pró-Saúde e PET-Saúde, considerando o planejamento do setor de saúde segundo as regiões e as redes de atenção à saúde. O edital incentivou o envio de propostas contendo políticas e prioridades do Ministério da Saúde como: Rede Cegonha; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial; Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama; Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis; considerando, sempre, as necessidades locais definidas de forma articulada entre instituições de ensino e secretarias municipais/estaduais de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE/SGTES, 2012).

Tem-se investido, também, não apenas na formação de graduação. Para o nível técnico, inspirado no PROFAE, foi proposto o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), considerado como um avanço em direção à formação da força de trabalho em saúde mais especializada que atenda, especialmente, as áreas mais estratégicas onde há uma grave ausência desses profissionais. A estratégia do projeto é a de contribuir para a melhoria da atenção básica e especializada a partir da capacitação de pessoas nas áreas: a realização de cursos técnicos em Radiologia, Patologia Clínica, Citologia, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária, Vigilância em Saúde e Enfermagem; o aperfeiçoamento ou capacitação na área de Saúde do Idoso para as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e para os enfermeiros que atuem em instituições de longa permanência; além da formação de Agentes Comunitários de Saúde. Os maiores responsáveis pela realização dos cursos de formação desses trabalhadores são as Escolas Técnicas do SUS, Escolas de Saúde Pública e Centros Formadores vinculados aos gestores estaduais e municipais de saúde. Segundo a SGTES, o objetivo do Profaps consiste em qualificar e/ou habilitar 745.435 trabalhadores em cursos de Educação Profissional para o setor de saúde, já inseridos ou a serem inseridos no SUS, no período de oito anos. (MINISTERIO DA SAÚDE/SGTES, s/d).

No que diz respeito à formação de pós-graduação, a SGTES tem investido fortemente[3] nas residências. Foi lançada em 2009 a modalidade de financiamento de Residências Médicas, Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, denominada PRO-Residência, com o objetivo de oferecer condições de sustentabilidade, priorizando a continuidade das ações dos programas de residência e o consequente aprimoramento da formação de especialistas no país. Tem ainda o objetivo de apoiar a formação de médicos especialistas em especialidades e regiões prioritárias para o SUS, sendo priorizadas as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país e as áreas de práticas profissionais relativas à implementação das políticas estruturantes do SUS, como as políticas de Atenção Básica, de Urgência, de Saúde Mental, Atenção à Mulher e Criança, Oncológica e Atenção ao Idoso (MINISTERIO DA SAÚDE/SGTES, s/d).[4]

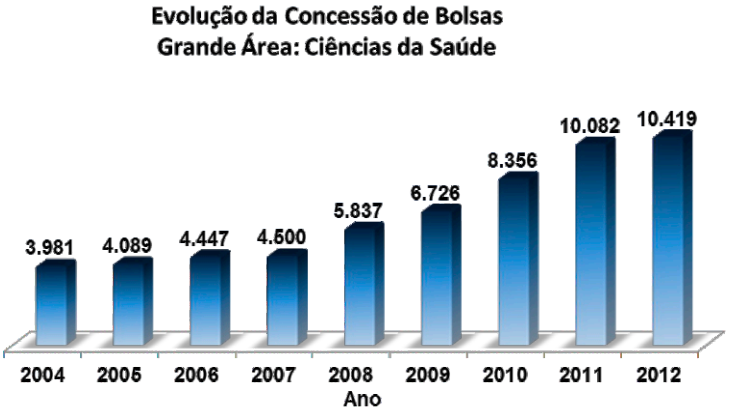
---

[2] Disponível em: http://www.prosaude.org/noticias/prosaude-maio2009/resumoPET-SAUDE-29-04-09.pdf

[3] Disponível em:http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=37176&janela=1

Ainda na pós-graduação, na modalidade stricto sensu, há atuação das agências de fomento, sendo, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e CNPq. A CAPES executa diversas ações voltadas para a formação, capacitação e produção científica na área da saúde, principalmente por meio de concessão de bolsas e recursos de custeio e apoio a projetos de pesquisa. O fomento aos programas de pós-graduação é realizado por meio da concessão de recursos de custeio e de bolsas em quatro modalidades: mestrado, doutorado, pós-doutorado e professor visitante nacional sênior. Os programas de pós-graduação beneficiados são classificados por grandes áreas, que são subdivididas em áreas de avaliação, áreas de conhecimento e áreas básicas. Uma dessas grandes áreas é denominada "Ciências da Saúde", que a CAPES possui um levantamento de bolsas e recursos concedidos desde 2004.

Em 2012, foram concedidas 10.419 bolsas de pós-graduação, considerando as quatro modalidades, o que representa um aumento de, aproximadamente, 163% de bolsas concedidas para a grande área de Ciências da Saúde, entre 2004 e 2012[5], cuja transformação de sua evolução pode ser demonstrada no gráfico a seguir:



(Fonte: Geocapes, 2012)

Além das bolsas concedidas aos programas de pós-graduação, a CAPES apoia projetos de pesquisa com o objetivo de induzir à produção de conhecimentos em áreas estratégicas para o país, como é a área da saúde. Nesse sentido, os projetos são selecionados por meio de editais específicos, desenvolvidos para áreas identificadas como deficientes pela comunidade acadêmica, a fim de contribuir para o aumento da produção científica e capacitação de recursos humanos na área da saúde, uma vez que os editais contemplem como objetivo específico a formação de, no mínimo, dois pós-graduandos. Atualmente, os programas estratégicos vigentes na área da saúde são Pró-Ensino na Saúde, Pós-Doc SUS, Toxinologia, Parasitologia Básica, Nanobiotecnologia. Existem ainda os acordos Capes/Fiocruz CDTS e Capes/Fiocruz BSM. O acordo Capes/Fiocruz CDTS visa à formação de Recursos Humanos e Treinamento avançado em Inovação Tecnológica em Saúde para o Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde (CDTS) e para a Rede de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde (RELDTS). O Capes/Fiocruz BSM tem como objetivo apoiar as atividades de

[4] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1748

[5] Informações fornecidas via e-mail pelo Serviço de Informação ao Cidadão – SIC da CAPES.

pesquisa e ensino dos Programas de Pós-Graduação *stricto sensu* da Fiocruz credenciados pela CAPES, com vistas a ampliar a formação de recursos humanos de alto nível em áreas estratégicas e alcançar as metas do Plano Brasil sem Miséria do Governo Federal.[6]

O CNPq possui três linhas de atuação: concessão de bolsas no país, concessão de bolsas no exterior e fomento à pesquisa, as quais são divididas em grandes áreas por modalidades e programas, como a área de Ciências da Saúde, que incentiva a formação de pesquisadores brasileiros na área da saúde. O CNPq e o Ministério da Saúde (MS) atuam conjuntamente com o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS, que busca apoiar e assessorar o MS, através da Secretaria de Políticas de Saúde, disponibilizando competências técnicas e administrativas para a execução de projetos do Convênio MS/SPS - CNPq nº 111/2001. Os objetivos centrais são o de efetuar levantamento e pesquisas acerca da situação de saúde nos 150 municípios atendidos pelo PITS; capacitação de recursos humanos em diferentes níveis, em parceria com as instituições de ensino dos estados selecionados para a pesquisa em questão; implantação de rede de comunicação *online* para transmissão de dados pelos pesquisadores nos municípios selecionados e identificar os principais problemas existentes e recomendar possíveis soluções. (Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação/CNPq, s/d).[7]

Nos anos 2000, o CNPq também lançou programas para incentivar programas de pós-graduação nas regiões mais carentes de determinadas áreas temáticas. Os programas do Norte de Pós-Graduação – PNOPG, Nordeste – PNEPG e Centro-Oeste – PCOPG reuniram diversos estados brasileiros e definiram a saúde como uma de suas principais áreas temáticas. Houve também o convênio entre Fiocruz e CNPq de cooperação técnico-científica nº 05/2003, com o objetivo de estabelecer e regulamentar instrumentos de fomento apropriados à implementação e ao aperfeiçoamento dos programas, projetos e ações de desenvolvimento científico e de formação de recursos na área de saúde coletiva e pesquisa biomédica (Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação/CNPq, s/d).[8] Há também importante parceria do CNPq com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) do Ministério da Saúde para fomento de uma série de editais de pesquisa.

Sobre políticas de formação dos trabalhadores do SUS, há também importantes investimentos. Um dos mais expressivos atualmente é o destinado à Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), instituída em 2010 através de Decreto Presidencial. A UNA-SUS é uma iniciativa da SGTES e do Ministério da Saúde que possui também um arranjo interfederativo com o destaque da participação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) atuando como coautores e cogestores da Universidade, além da sua dimensão interministerial (MS e MEC) e internacional (Organização Pan-Americana da Saúde).

Seu objetivo é o de criar condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições de ensino, serviços de saúde e gestão do SUS, a fim de atender às necessidades de formação e educação permanente dos trabalhadores.

---

[6] Informações fornecidas via e-mail pelo Serviço de Informação ao Cidadão – SIC da CAPES.

[7] Disponível em: http://www.cnpq.br/web/guest/view/-/journal_content/56_INSTANCE_0oED/10157/647553

[8] Disponível em: http://centrodememoria.cnpq.br/realiz00.html

O Sistema é composto por três elementos: a Rede colaborativa de instituições de ensino superior – que atualmente conta com 16 instituições de ensino superior, o –Acervo de Recursos Educacionais em Saúde ARES e a Plataforma Arouca (Ministério da Saúde/SGTES, s/d).[9]

Outro programa importante destinado aos trabalhadores é o "Portal Saúde Baseada em Evidências" que ampara na defesa da democratização do acesso a conteúdos cientificamente fundamentados na perspectiva de um melhor atendimento à população. O programa foi criado pelo Ministério da Saúde em parceria com a CAPES e permite acesso gratuito a todos os profissionais vinculados aos quatorze conselhos das profissões de saúde, a fim de disponibilizar evidências científicas mais atuais para que estes profissionais possam atender o paciente com maior segurança, rapidez e eficácia.

Além do apoio à prática clínica, o objetivo do portal é o de prover evidências científicas também para a tomada de decisão para a gestão em saúde e qualificação do serviço, de modo a auxiliar os profissionais de saúde. O portal está disponível para 1,4 milhão de profissionais de saúde e podem ser encontrados livros e artigos da Ateneu, McGrawHill, Embase, Microdex, British Medical Journal, entre outros (Ministério da Saúde/SGTES, s/d).[10]

No cotidiano de seu trabalho os profissionais podem ainda contar com o Programa Nacional de Telessaúde, instituído em 4 de janeiro de 2007, uma das duzentas e oito ações contempladas no programa "Mais Saúde", implementado pelo MS e pelas demais entidades gestoras do SUS. Além da SGTES, o Telessaúde é também coordenado pela Secretária de Atenção à Saúde (SAS), em articulação com outros ministérios, além de universidades públicas, escolas técnicas de saúde e entidades das áreas da Saúde e Educação.

O projeto tem por objetivo integrar as equipes de saúde da família das diversas regiões do país com os centros universitários de referência, para melhorar a qualidade dos serviços prestados em atenção primária (APS), através de ferramentas de tecnologias da informação, que oferecem condições para promover a Teleassistência e a Teleducação a nível nacional. A estruturação de um sistema de teleconsultoria ou segunda opinião educacional regulada, apropriado ao contexto de APS, é o eixo central da estratégia necessária para atingir esse objetivo. A estratégia adotada é a implantação de infraestrutura de informação e telecomunicação com prioridade em zonas remotas, isoladas e marginais no país, para possibilitar o desenvolvimento contínuo a distância das Equipes de Saúde da Família, melhorando a resolubilidade na atenção básica do SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Das iniciativas mais recentes, destacamos o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação. O PROVAB surge com o propósito de enfrentar o problema de carência de profissionais da saúde, especialmente de médicos, nas equipes de saúde da família dos municípios do interior e das regiões marginalizadas das capitais e regiões metropolitanas, ao passo que pretende possibilitar um amplo processo de integração da formação em saúde ao mercado de trabalho.

---

[9] Disponível em: http://www.unasus.gov.br/page/una-sus/o-que-e-una-sus <acesso em: 20 set. 2013>

[10] Disponível em:http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarArea&codArea

Além disso, o PROVAB busca consolidar o que versa na constituição sobre a concepção do SUS como ordenador da formação de recursos humanos. Dessa forma, o programa se faz importante nas mudanças da formação médica ao partir da transformação conjunta da graduação com a residência médica, firmando que o eixo condutor desses processos é a real necessidade em saúde da população brasileira e a distribuição desses profissionais para as localidades com maior carência desse serviço. Em janeiro e fevereiro de 2013, municípios e médicos aderiram ao programa e, a partir de março, 4.392 médicos deram início às atividades práticas nas Unidades Básicas de Saúde.

Para os médicos que participam do programa a partir de 2013 há a obrigatoriedade de obtenção de curso de pós-graduação prático-teórico em saúde da família com direito a receber bolsa federal, e possuem suas atividades supervisionadas por uma instituição de ensino. Além disso, a segunda edição do programa oferece bonificação de 10% nos exames de residência médica, de acordo com a Resolução nº 03/2011 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) (Ministério da Saúde, s/d).[11]

Por esta contextualização, podemos observar que há, na última década, uma série de esforços na direção de qualificar a formação de pessoas em saúde, o que é algo fundamental para se ter condições de efetivamente formar para o SUS. Entretanto, ficou evidente nos debates que articulamos no seminário que ainda precisamos resolver algumas questões, existem ainda importantes desafios a ser superados.

A primeira das questões que gostaríamos de levantar é a consensual avaliação de – e as manifestações relacionadas ao programa Mais Médicos nos reforçam este entendimento – necessidade de ordenação pública da formação em saúde. Nos últimos anos temos assistido uma expansão imensa do ensino superior privado, que, apesar do crescimento da oferta pública na última década, ainda mantém-se vultoso e com majoritária oferta de vagas, estas por vezes muito maiores do que a demanda real, criadas com interesse mercadológico e não a partir das necessidades de formação de profissionais, inchando o mercado e desvalorizando profissionais do ponto de vista social e financeiro.

Nesse sentido, na cena do seminário, foi importante a afirmação do secretário da SGTES, Mozart Salles, de que este desafio foi destacado para ser enfrentado no próximo período e de que medidas estão sendo tomadas para além do programa Mais Médicos, o que é sensivelmente relevante, uma vez que, ao considerarmos o debate da formação estratégico para a consolidação do sistema de saúde, esta medida é central não apenas para a categoria médica, mas para todas as categorias profissionais.

Para tanto, a proposta de estudos da dinâmica dos profissionais em saúde brasileiros assinalada pelo secretário como uma das medidas basais do enfrentamento da ausência de ordenação estatal da formação, certamente vai trazer benefícios capazes de orientar as demais políticas de formação, sofisticando a direção e atendendo especificidades de área, necessidades regionais, necessidades dos serviços. Gostaríamos de destacar ainda que este processo de investigação deve se reverter em frutos que transcendam a atual atuação da secretaria, tendo em vista que a preocupação com a formação de mestres e doutores na área de saúde até o momento é prerrogativa exclusiva da CAPES/MEC e

[11] Disponível em: http://oficinasprovab.wordpress.com/sobre/ <acesso em: 25 set. 2013>

entendemos que está no bojo desta discussão. Precisamos destacar ainda que os resultados deste estudo necessitam refletir em vigor orçamentário para as políticas públicas relacionadas à formação, tendo em vista que não referem-se apenas à necessidade de investimentos em estrutura, contratação de professores e coisas do gênero, mas também à garantia de assistência estudantil, profissional e políticas similares. Tentamos aprofundar um pouco este debate no seminário, todavia, avaliamos que, pela ausência de atores importantes, como o Ministério da Educação e a CAPES, esta agenda ficou prejudicada, de maneira que nos reservaremos, neste momento, a não aprofundar esta questão, apesar de considerá-la de extrema relevância e transversal ao debate da formação.

Por mais que a ordenação do ponto de vista da abertura de vagas de graduação e pós-graduação em determinadas regiões e profissões de saúde seja uma questão fundamental, entendemos que precisa vir acompanhada de uma força também capaz de mudar a concepção e cultura sobre formação, em todos os níveis, na direção dos princípios doutrinários e organizativos do SUS, sob prejuízo de tratarmos da questão pela metade. Apesar de vinte e três anos de vigência, o entendimento assinalado pelo SUS sobre saúde, trabalho e formação ainda não é majoritário e constantemente somos chamados a reafirmá-lo perante um modelo biologicista, racionalista, meritocrático, individualista e hierarquizado que está presente nas instituições de saúde e nas de ensino; presente nas relações de trabalho, nas relações pedagógicas. Este é outro desafio fundamental a ser enfrentado, pois esta compreensão prejudica um impacto mais potente das políticas e programas direcionados à formação de profissionais e trabalhadores para o SUS.

Não obstante, no que tange à formação, vivemos um paradoxo: ao passo que entendemos a escola como espaço de excelência para a formação e seus desdobramentos, se observa também que é na escola que vivenciamos as distintas modalidades de ensino. No caso da formação no ensino superior, por exemplo, podemos verificar as distintas concepções sobre educação, trabalho e saúde digladiarem-se, o que as impede de corroborarem umas com as outras para a consolidação do sistema.

Assim, é na escola, espaço de formação, que observamos serem reforçadas concepções e práticas que contribuem para o insucesso de muitos dos esforços que listamos no início deste texto.

Na escola, há hierarquia entre estudantes e professores nos cenários de ensino; entre professores e professores de áreas distintas, acirrados por entendimentos corporativos; nos serviços, entre professores e profissionais e gestão e trabalhadores, movimentos estes que progressivamente têm se amplificado ao invés de se dirimir. Há tudo isso na escola, um espaço onde, utopicamente, deveríamos ter a excelência e consonância de um pensamento vanguardista. Mas, como a escola não está descolada na sociedade, soma-se ao seu contexto a cultura vigente de competição e de supremacia que não se adapta ao preconizado pelo SUS, que se assenta na consideração holística do outro, na colaboração e na interdisciplinaridade. Se desejarmos ter na formação instrumento potente de promoção e consolidação de mudanças, precisamos também investir em processos que, ainda que lentos, sejam capazes de fomentar novos olhares.

Buscar sintonia entre olhares e entendimentos sobre as modalidades de ensino superior é questão fundamental para que a formação possa constituir de alicerce para a consolidação do SUS, pois, hoje, se considerarmos os níveis e modalidades de formação em saúde, a palavra que

encontraremos como elemento comum é *desarticulação*.

Desarticulação esta que predomina não apenas no que diz respeito ao entendimento entre as modalidades, mas que se opera concretamente nos cenários de ensino, nos serviços. Podemos mencionar a desarticulação entre professores e estudantes no que tange às práticas pedagógicas, entre professores de cursos distintos no que diz respeito à não aproximação de suas práticas na direção, entre professores e profissionais de saúde. Essa desarticulação está enraizada no entendimento de que há uma determinação de papéis e posições, a qual temos dificuldade de transpor na direção de uma atuação mais colaborativa, que é fundamental para a produção do trabalho em saúde. Tudo na formação está determinado em tempos, formatos e produtos que devem ser apresentados por sujeitos específicos que ocupam lugares também específicos.

O entendimento de que cada um tem seu papel determinado e de que o papel de uns é mais relevante que o de outros faz com que, hoje, as pessoas tenham dificuldades de transcender seus espaços de atuação e trabalhar coletivamente. Não precisamos ir muito longe para exemplificar isso, pois acontece cotidianamente nas próprias escolas. A desarticulação entre graduação e pós-graduação se assenta na atribuição de papéis, onde há quem forme e quem pense a formação, o que se torna particularmente problemático num cenário onde, da tríade ensino, pesquisa e extensão, a pesquisa e sua prática sejam o olimpo da universidade. Onde todos querem estar, pois é delas que vem prestígio da produção do conhecimento. A pós-graduação precisa se aproximar da graduação, dialogando com base na mesma língua, e nosso denominador comum tem de ser a consolidação do SUS a partir da contribuição da formação de pessoas.

Na graduação temos destacadas as diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde que direcionam para a formação de generalistas, estando articuladas em competências gerais, comuns a todos, e competências específicas, relacionadas à formação profissional. Este é o processo de reorientação da formação mais conhecido e debatido, pois se estrutura, especialmente, pelos programas Pró e Pet Saúde. Na graduação, de acordo com o curso, há uma diversidade imensa de entendimentos e aproximações com o preconizado pelas diretrizes que torna o processo conflitante dentro de um mesmo espaço e modalidade formativa. Na especialização modalidade *lato sensu*, há uma infinidade de possíveis abordagens, mas, em qualquer uma delas, retornamos da generalidade para a especialidade, com foco no desenvolvimento de habilidades de cunho assistencial, gerencial ou educativo, num processo que varia de um a dois anos. No *stricto sensu*, de processo um pouco mais longo e de produção distinta, mantém-se a lógica de fomento de habilidades e conhecimentos numa pequena e específica área, mas, desta vez, relacionados à investigação. Na formação para o trabalho, também se adota, em geral, um olhar pragmático e direcionado, focado no treinamento de uma habilidade específica.

Cada uma das modalidades e espaços de formação poderia ser problematizada neste texto dentro de sua especificidade, finalidades e limitações, todavia, nos interessa, aqui, demonstrar, ao menos duas questões que nos parecem potencialmente problemáticas na graduação e no *stricto sensu*. A mais importante delas e possivelmente consequência da segunda é de que cada modalidade é assentada em concepções que, além de diferentes, hoje se tornam excludentes e conflitantes, impedindo uma real conexão e atuação colaborativa na formação de pessoas.

Em teoria, fomentamos um movimento de generalidade e interface na graduação, que pela especificidade da pós-graduação não consegue se sustentar, retomando ou reforçando um modelo que desde sempre esteve presente e que hierarquiza pessoas e processos. Segundo, hoje temos dificuldade de garantir os objetivos formativos dessas modalidades, uma vez que, apesar de se desejarem generalistas na graduação, há ainda grande foco na especialidade e, uma vez que se desejam mestres e doutores com ampla capacidade, hoje estes cujo objetivo é a formação de excelência para o ensino (um ensino assentado no tripé do ensino superior, ensino, pesquisa e extensão) possuem formação excessivamente destinada à pesquisa.

Com isso, não estamos dizendo que tornar-se especialista seja um problema, o que, aliás, não o é, particularmente num cenário acelerado e aprofundado de produção de conhecimento onde há espaço e demandas para todos os tipos de atuação. Nem estamos afirmando que é problema que as modalidades tenham objetivos distintos e fomentem também distintos conhecimentos e habilidades, aliás, é importante que o façam, pois há uma diversidade de demandas no trabalho que exige perfis diferentes. Apenas avaliamos que se trata, sim, de um problema quando os objetivos compreendidos para cada modalidade não se operam inteiramente, assim como se trata de problema o fato de fomentarmos que todos tenham de passar por um ciclo intermitente de formação, formação esta sobre a qual não temos discutido e considerado de forma integral.

Baseados na concepção de que é nisto, fazer curso após curso, que reside a defesa da educação permanente, possibilitamos ao mesmo tempo, sim, a noção de uma formação para a vida, não entendendo a formação como terminal. Todavia, também apregoamos de forma indireta que a formação de graduação é insuficiente. Esse entendimento direciona os profissionais a procurar a pós-graduação porque são doutrinados a compreender que precisam dela para sobreviver no mercado de trabalho e para alçar postos mais elevados, fazendo com que, através desse desejo exista proveito do mercado, especialmente no *lato sensu*, sobre o qual o estado não possui nenhum controle. Estamos apenas estimulando a competição de currículos e não a formação na direção das necessidades de atuação profissional no âmbito do SUS.

Começamos a formação apregoando o discurso da generalidade, porém, ao dar continuidade à formação, retornamos ao específico. Mais do que especificidade, que, em si, não se trata de entrave, causamos danos ao processo formativo quando, ao formar para a especificidade, o fazemos da maneira de hoje. Podemos ainda endossar afirmando que não há problemas em ser especialista, mas sim em fechar-se em sua disciplina, como acontece na pós-graduação, particularmente na *stricto sensu*.

No que tange à relação entre ensino e serviço, é possível que esta leitura de que há papéis colocados e espaços determinados tenha parte da responsabilidade pela desarticulação de ambos. Afinal, a escola sempre formou e os serviços sempre assistiram. O que têm a compartilhar uma com os outros? Hoje, o conhecimento, instrumento fundamental da evolução humana, não tem servido como ponte, mas como muros, dentro e fora da universidade. Esta histórica prerrogativa de formação por parte da escola e a representação de que é na escola, e só na escola, que se produz conhecimento, também dificulta a interlocução com os profissionais que estão no trabalho, pois parte do pressuposto de que é a escola que sabe o que e como fazer e de que os profissionais são apenas parte de um processo

externo, não pensado por eles.

Sobre a produção de conhecimento, é necessário modificar o entendimento de que só as universidades produzem conhecimento, assim como é necessária uma reflexão importante sobre que conhecimento precisamos produzir e que contribuição ao processo de formação e consolidação do SUS a prática científica pode dar. Primeiro, consideramos que a ciência não deve ser entendida apenas como produto, senão também como ferramenta com grande potencial de desenvolvimento da criatividade e criticidade. Nesse sentido, a iniciação científica poderia ter um papel mais relevante e ampliado na formação de graduação, assim como seria interessante fomentar a prática investigativa no âmbito dos serviços.

No que tange à ciência, produção de conhecimento e formação de pessoas para tais atividades, parece-nos consenso que mestres e doutores, particularmente os últimos, são por excelência 'trabalhadores do saber', saber este que, para além da prerrogativa de evolução e emancipação humanas, subsídio do processo formativo, hoje é fonte de poder e riqueza. Considerado isso, entendemos que aqui residem mais dois desafios, ao menos. O primeiro que é de superar o entendimento inicial de que, por ter esta atribuição dada e consolidada e socialmente a estes indivíduos, a sociedade não necessita mais debater qual conhecimento e de que forma este é produzido por eles, assim como quem tem por direito o acesso a potenciais benefícios gerados.

É necessária também uma importante discussão sobre linhas de pesquisa, fomento e produção. Hoje, está na ordem do dia das políticas de ciência e tecnologia brasileiras a premente necessidade de produzir-se inovação e tecnologias capazes de gerar riqueza material, e há para isso um importante investimento de recursos. Não temos dúvidas de que essa questão é cara ao país do ponto de vista econômico e da soberania nacional, entretanto, no que tange à formação em saúde, são necessárias inovação e tecnologias na formação que não geram produtos tangíveis, mas têm impacto imaterial importante. Ao reduzir, do ponto de vista da compreensão e da destinação de recursos, o que se entende sobre inovação e tecnologia na produção científica em saúde, perde-se imensamente em potencial humano e de transformação. Perdemos também muito potencial ao considerar mais o número de produções do que a qualidade e relevância.

Ampliaremos mais ainda nossas perdas se continuarmos a insistir em que os doutores têm de estar apenas no ensino. Temos hoje uma expressiva política de formação de mestres e doutores no Brasil e estes devem ter mais espaços de atuação do que apenas a academia. Os serviços de saúde e a gestão poderiam ser espaços importantes, mas, para tal, precisa-se reconfigurar a característica desses espaços para que esses profissionais sejam bem aproveitados e possam dar boas contribuições. Para tanto, destacamos ainda a já mencionada necessidade de a formação dos mesmos não restringir-se ao fomento de habilidades relacionadas à investigação. Outra questão quanto a este desafio é a já comentada e necessária aproximação entre a escola e os serviços, assim como o desenvolvimento de mecanismo eficaz de troca e partilha, visto que, para além de outras questões, boa parte das produções não consegue ser incorporada ao cotidiano formativo ou de cuidado, ou nem tem muito a ver com as necessidades desses espaços.

Poderíamos discorrer sobre cada uma das questões levantadas por bastante tempo, mas, em

essência, compreendemos que, frente aos desafios descortinados, visualiza-se para a resolução apenas o caminho do trabalho e entendimentos coletivos entre gestão, escola, serviços, academia e movimentos sociais, pois não podemos mais recortar a formação profissional em níveis e modalidades, assim como é um prejuízo militar apenas por causas corporativas. Para dar conta desta guinada necessária à concepção e organização da formação em saúde, precisamos somar forças. Trabalharemos neste sentido.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=382>. Acesso em: 22 set. 2013.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Formação Técnica em Saúde no contexto do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde – SIS, Projeto de Profissionalização Trabalhadores na Área de Enfermagem - PROFAE. V. 2, n. 5, 2002.

3. Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/>. Acesso em: 23 set. 2013.

4. Brasil. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Disponível em: <www.cnpq.br>. Acesso em: 23 set. 2013.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Políticas e Ações – Série B. textos básicos de saúde. Brasília-DF; 2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_sgtes_2012.pdf. Acesso em: 24 set. 2013.

6. Brasil. Ministério da Saúde. III Congresso Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde, I Workshop em Telessaúde. Faculdade de Ciências Médicas da UERJ (FCM/UERJ). Rio de Janeiro; 2007.

Lato sensu, Residências em Saúde e Residências Médicas: panorama da formação e políticas em vigência

Lato Sensu, Residências em Saúde e Residências Médicas: Panorama da formação e políticas em vigência

Mariana Bertol Leal[1]
Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá[2]
Manuelle Maria Marques Matias[3]

No momento atual, de amplo debate popular sobre a saúde e o SUS em nosso país, onde a população protagonizou muitos movimentos nas ruas clamando pela melhoria do SUS e pela garantia da saúde para todos, precisamos repensar as políticas de saúde. Em resposta às manifestações, o governo federal lançou um conjunto de medidas que objetiva qualificar o sistema de saúde, sendo o Programa Mais Médicos o mais polêmico, mas muito importante de ser debatido também aqui, neste espaço plural do Fórum Nacional de Pós-Graduandos em Saúde.

Um dos aspectos importantes que justificam tal proposta do governo federal é o processo atual de formação dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, incluindo também a formação especializada desses profissionais.

Ao mesmo tempo em que a formulação e criação do SUS propõem uma nova lógica para os processos de cuidado e produção de vida, ainda encontramos a academia formulando e produzindo conhecimento que sustenta paradigmas teóricos e práticos, tecnicistas e cartesianos, produtores de procedimentos e não de processos de cuidado. A organização da formação e do trabalho em saúde salienta a fragmentação dos saberes em campos profissionais promovendo a divisão social do trabalho e a dificuldade do trabalhador de saúde para compreender seu papel de agente na relação entre os serviços, seu processo de trabalho e as necessidades de saúde da população.

Ainda hoje sofremos no SUS pelo histórico de formação especializada dos médicos focada no ambiente hospitalar e de acordo com a oferta das instituições proponentes dos programas. Com esse cenário, enfrentamos um desafio grande na implementação da estratégia tecnoassistencial que valoriza o cuidado na atenção básica, sendo este o ponto de atenção prioritário para entrada na rede. Como essa estratégia exige um perfil diferenciado para os profissionais, ainda enfrentamos inúmeras dificuldades na sua implementação em todo o território nacional.

O sistema de saúde, em suas múltiplas dimensões, é uma escola, é um território de práticas onde o aprender e o ensinar fazem parte do cotidiano do trabalho nos diferentes espaços de ação, seja na produção de ações e serviços de saúde, seja na gestão, seja nos espaços de formação. Assim, faz-se necessário compreender o SUS como espaço de aprendizagem, de educação permanente, e considerar as redes e as linhas de cuidado como organizadoras do processo de cuidado, mas também do processo de formação e de educação permanente em saúde.

---

[1] Sanitarista, Mestre em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ, Doutoranda em Saúde Pública pela FSP/USP

[2] Bacharel em Farmácia pela UFS/SE, Residente Multiprofissional em Saúde Mental da UFS, Integrante do Fórum Nacional de Residentes em Saúde, Diretor da Federação Nacional dos Farmacêuticos.

[3] Enfermeira pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA/CE

A Educação Permanente em Saúde tem papel fundamental na reestruturação dos processos formativos, reorientando a formação profissional dos trabalhadores da saúde, propondo novas diretrizes e normas em educação em nível técnico e superior, e construindo e pensando sobre novas tecnologias (leves) em saúde. O Sistema Único de Saúde constituiu-se como cenário de formação e de práticas em saúde, e tem papel fundamental na ordenação de formação de trabalhadores da saúde, sendo este processo de sua responsabilidade. Nesse sentido, o Programa Mais Médicos, proposto agora em 2013 pelo Ministério da Saúde, assim como o Programa Aprender-SUS, do ano de 2004, se constituem como importantes estratégias para ampliar o papel do SUS como ordenador da formação dos trabalhadores, atuando na regulação da formação dos profissionais. No entanto, esse debate precisa ser ampliado na sociedade, pois ainda há dúvidas sobre qual o espaço do poder público e do Estado Brasileiro na definição das estratégias de formação para atender às necessidades sociais a partir do desenvolvimento e fortalecimento do SUS.

A consolidação da Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde como estruturante e como porta de entrada do SUS, especialmente nas Regiões Norte e Nordeste, reforça a necessidade da qualificação do profissional médico para esse ambiente de atuação. Quando compreendemos que a política pública que propõe a estratégia de saúde da família como modelo de atenção à saúde é definidora da organização do cuidado no SUS, precisamos refletir sobre esses desafios da formação profissional para atuação nesse novo cenário do mundo do trabalho. Formar profissionais de saúde para atuação na atenção básica, na lógica desse novo modelo de atenção, é, então, pauta da agenda das políticas públicas de saúde.

Por um lado, há necessidade de reorientação da formação na graduação para a formação do médico generalista que atenda às complexidades do trabalho na AB/APS, e, por outro, há a necessidade de fomentar as residências em Medicina de Família e Comunidade, assim como outras que atendam às necessidades da população. Ainda, na formação do especialista também temos um novo desafio: precisamos enfrentar a contradição de formar o profissional que, por um lado, tenha a vivência hospitalar, dominando o conhecimento sobre sua área específica e utilização de ferramentas de alta densidade tecnológica, e que ainda tenha o aprendizado das práticas ambulatoriais de média complexidade, com alta resolutividade e custo-efetividade. Tanto o médico que atua na APS quanto os profissionais da média e alta complexidade precisam, cada vez mais, conhecer seus respectivos papéis na rede de serviços e sistema de saúde, além de saber potencializar a relação médico-paciente, para um melhor acolhimento e articulação do paciente entre os níveis de atenção, promovendo assim a integralidade na atenção à saúde.

Outro desafio existente é a alta concentração da especialização médica nas capitais e grandes centros urbanos, que reproduz a grande tendência de concentração dos serviços de média e, principalmente, de alta complexidade nesses territórios. Por conseguinte, os programas de residência foram se estruturando nos serviços de excelência e se concentrando também nas capitais e grandes centros urbanos. Esse fato contribui para a grande concentração de profissionais e para uma carência de várias especialidades e de generalistas nas diversas regiões de saúde, especialmente nos vazios populacionais e nas áreas de difícil acesso, apresentando um grande problema especialmente para as

Regiões Norte e Nordeste do Brasil. Para reverter esse quadro, precisamos fomentar a abertura de novos programas de residência, de acordo com as necessidades da população de cada Região, nos serviços de referência para o cuidado nessas Regiões, concomitantemente, precisamos reforçar e investir ainda mais no processo de regionalização, estruturando e qualificando a rede de atenção à saúde nas diversas Regiões.

Todos esses problemas encontrados no campo da formação médica especializada, muito influenciados pela posição das sociedades e demais representações formais da corporação, influenciam, em parte, a formação especializada dos demais profissionais que compõem a equipe de saúde. Contudo, na tentativa de rompimento com essa lógica, muitas iniciativas de programas de residências em saúde (multiprofissionais, integradas e em áreas profissionais) foram construídas em diversas regiões do país.

A proposta das residências em saúde, por área profissional e multiprofissionais, apresenta uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e diretrizes do SUS, promovendo não só o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, mas possibilitando o disparar de mudanças nas estratégias tecnoassistenciais a partir da atuação multiprofissional, adequada às necessidades locorregionais, constituinte de um processo de educação permanente em saúde que possibilita a afirmação do trabalhador no seu universo de trabalho e na sociedade onde vive. Em geral, os programas de residência em saúde são construídos a partir dos interesses das instituições de ensino, preocupadas com a integração ensino-serviço. Os serviços e gestores do sistema, preocupados com a formação de profissionais qualificados para implementação dos diversos equipamentos e propostas políticas do SUS, a exemplo de: ESF, NASF, CAPS, CEO, CEREST, etc., enfrentam atualmente sérios problemas quanto à possibilidade de reconhecimento de suas residências com o MEC, já que apenas instituições de ensino têm o caráter certificador de título de pós-graduação. Tal fato se opõe diretamente à concepção de que o SUS é a nossa maior e principal Escola de Formação e, portanto, conforme discorre a própria legislação, o principal responsável pela ordenação na formação dos trabalhadores da saúde.

No entanto, apesar de serem construídas a partir desses disparadores, as residências em saúde ainda enfrentam uma tendência de concentração de programas nos grandes centros urbanos, ainda enfrentam o desafio de construir o ensino e a prática profissional fora do ambiente hospitalar e ainda buscam atender às necessidades da população, tudo isso a partir de processos de formação mais articulados com o conjunto de políticas de saúde do SUS. Em parte, isso é reflexo da própria política indutora do governo federal, que, ao definir incentivar tais processos formativos, definiu os critérios de financiamento para bolsas apenas para os residentes e não pensou em ações específicas que fomentassem a preparação de preceptores e tutores afinados com as diretrizes estratégicas do sistema de saúde. Isso reforça a diferença que hoje encontramos no debate das residências médicas e das demais. Porém, essas diferenças também nos apresentam a riqueza de um debate necessário para os avanços do SUS, especialmente considerando este momento atual onde o país precisará definir novos rumos para o sistema, incluindo novos rumos para a formação de seus profissionais.

Assim, hoje, existe a preocupação no sentido de oferecer uma formação diferenciada que

qualifique os profissionais para um olhar e uma escuta ampliados ao processo saúde/doença e à qualidade de vida, ao uso de tecnologias, orientação terapêuticas disponíveis ou a serem criadas, para o cuidado à saúde. Portanto a qualificação de profissionais que atuem neste contexto pode gerar, além de novas práticas, novas relações entre os profissionais de saúde, refletindo na melhoria do cuidado ao usuário. A equipe na construção dos projetos terapêuticos de cuidado aos usuários é definidora de ações mais integradas e integrais. Nesse sentido, é estratégico investir numa formação que estimule a produção de novos saberes na atenção à saúde. No entanto, apesar de estratégico, ainda é um desafio tanto para as instituições formadoras quanto para os serviços de saúde onde se desenvolvem as práticas de ensino-aprendizagem. Esse cenário é mais complexo no caso da formação especializada no formato das residências, especialmente nas residências multiprofissionais em saúde, já que é um formato de especialização pouco regulado e regulamentado.

Atualmente o debate e aprofundamento de questões como carga horária das residências, definição de tutoria, preceptoria, precarização do trabalho, entre outras, encontra-se travado dentro da agenda, pois, após a Portaria 1077/11, o MEC deliberou uma nova forma de escolher a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Devido à ampla comoção contrária ao novo tipo de eleição de representantes de coordenadores, tutores, preceptores e residentes, fora criado um grupo de trabalho para revisão dessa portaria, e este definiu novo meio de eleição de tais representantes, entretanto, para que essa eleição fosse realizada, seria necessária a publicação da retificação pelo MEC. Que não foi feita até o momento, de tal forma que os trabalhos da CNRMS estão parados.

Nesse cenário, muitos são os desafios que estão postos, em especial em relação às Residências Multiprofissionais, que, neste momento em especial, merecem maior destaque por apresentarem questões próprias bastante peculiares. Salientamos o caráter transformador da mesma, apontada como espaço intrínseco de produção de cuidado cuja prática encontra-se alicerçada na perspectiva da busca da clínica ampliada, cuja proposta transcende o fazer próprio de cada categoria profissional, apontando para o surgimento de uma nova concepção do fazer saúde.

Mesmo assim, é interessante ressaltar que, apesar de não termos caminhado a passos tão largos, podemos identificar avanços, dentre os quais destacamos a expansão das vagas de Residência em todo o país. Urge, dessa forma, discutirmos amplamente os próximos passos na agenda de lutas em relação às Residências, a fim de que possamos repensar nossas formas de atuação, para obter avanços significativos e superarmos os desafios históricos que temos.

Por todas essas razões expostas, este debate é de grande relevância para ampliar as discussões com os diferentes atores e para fomentar o diálogo da Associação Nacional dos Pós-Graduandos com o governo federal e o Conselho Nacional de Saúde, e, principalmente, com o Conselho Nacional de Educação, já que fica clara a dificuldade de articulação e diálogo com o MEC. A partir desse diálogo, acreditamos ser importante participar ativamente da construção da política de formação especializada dos profissionais para o SUS, apontando possibilidades de construção coletiva com o olhar plural sobre esta temática, enriquecendo a construção de estratégias potentes para o fortalecimento do sistema de saúde em nosso país.

Panorama da Formação stricto sensu em Saúde: onde estamos e para onde podemos ir

Panorama da formação *stricto sensu* em saúde: Onde estamos e para onde podemos ir

David Soeiro Barbosa[1]
Rosana Huppes Engel[2]
Ana Lima Pimentel[3]

Avanços na qualidade e ampliação da oferta de cursos na modalidade *stricto sensu* em saúde podem ser constatados nos últimos anos. Apesar disso, ainda podemos observar concentração de programas de pós-graduação nas Regiões Sudeste e Sul do país, devendo ser um aspecto a superarmos mediante o fomento para a criação de novos cursos, parcerias interinstitucionais e redes de colaboração para suprir esta necessidade. Temos também o desafio de consolidar a pós-graduação em saúde como um momento da formação profissional capaz de incorporar de forma ampliada componentes do âmbito acadêmico, social, tecnológico e de inovação.

Nesse contexto, as agências/fundações governamentais de fomento possuem forte influência na definição dos rumos da pesquisa e pós-graduação no país, que se expressa na organização e perfil dos programas para responderem às demandas prioritárias destas instituições. A produção intelectual na pós-graduação em saúde possui múltiplas facetas, passando pelas áreas clínica, biomédica, tecnológica e em saúde pública, com maior número de linhas de pesquisa nessa ordem, destacando ainda que a área responde por ¼ das chamadas de editais universais do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Nesse cenário, cabe ainda ao CNPq fomentar a pesquisa e atuar na formulação, execução, acompanhamento, avaliação e difusão da Política Nacional de Ciência e Tecnologia, além de ancorar recursos financeiros para a implementação de projetos, programas e redes de Pesquisa e Desenvolvimento em parceria com os Estados da Federação, por meio das Fundações de Amparo à Pesquisa, com ampliação e descentralização dos recursos financeiros alocados nos estado. Destaca-se a importância da parceria do CNPq com as Fundações de Apoio à Pesquisa (FAPs) na ampliação e descentralização dos recursos financeiros alocados nos estados, considerando ainda que o Brasil está abaixo da média de pesquisadores por mil habitantes em relação aos países desenvolvidos.

Da mesma forma, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes/MEC) cumpre papel indispensável na avaliação da pós-graduação *stricto sensu*; no acesso e divulgação da produção científica; com investimentos na formação de recursos de alto nível no país e exterior; promoção da cooperação científica internacional e indução e fomento da formação

---

[1] Médico Veterinário. Epidemiologista. Doutorando em Epidemiologia em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

[2] Enfermeira. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde pela UFSM. Mestranda em Enfermagem pelo PPGENF/UFSM.

[3] Médica. Mestranda em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ).

inicial e continuada de professores para a educação básica nos formatos presencial e a distância.

Ambas, a fundação CAPES e a agência CNPq, em conjunto com as Fundações de Amparo à Pesquisa (FAPs) nos estados, cumprem papéis indispensáveis e que precisam ser continuamente (re)discutidos em conjunto com a comunidade acadêmica.

O Plano Nacional de Pós-Graduação – 2011-2020, elaborado pela CAPES, busca, dentre outros pontos, a consolidação dos programas de mestrado e doutorado; reconhecimento das demandas e atores extra-acadêmicos na formação de recursos humanos; adequação da metodologia de avaliação dos programas pela CAPES, agregando indicadores de produtividade tecnológica e social; admissão de novos formatos sociais e tecnológico-empresariais, além de incentivo ao pós-doutorado (Brasil, 2010). As políticas atuais de formação na modalidade *stricto sensu* em saúde apresentam-se orientadas em uma perspectiva onde a pesquisa científica se coloca como um dos aspectos prioritários no ambiente acadêmico. No PNPG temos que é "necessário ampliar os ainda incipientes mecanismos de suporte às atividades de P&D para as empresas, pelos governos federal e estaduais, construindo as pontes entre esses três mundos – empresas, instituições de pesquisa e sistema de saúde – mais sólidas e permanentes do que as existentes atualmente" (Brasil, 2010). Isso acaba por demandar pouca atenção em aspectos relacionados com a formação docente e com a conexão com as reais necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), a parte mais fraca dessa conexão, para que seus produtos, traduzidos em suas linhas e grupos de pesquisas, sejam incorporados nos diferentes cenários de saúde.

Nesse contexto, se destacam a importância da participação de gestores de saúde e a consequente frustração com as propostas de editais do CNPq que preveem a realização de pesquisas, na sua maioria, por pesquisadores doutores que delimitam pesquisas com especificidades que não dialogam diretamente com as demandas da sociedade, mas que recebem maior fomento e incentivo das agências/fundações comparadas às pesquisas que envolvem no projeto a proposta da intersetorialidade, interdisciplinaridade, e um campo maior da área de conhecimento, com igual importância e retorno imediato à sociedade.

A pós-graduação, por ser o espaço de formação de mestres e doutores para atuarem nas universidades/centros de pesquisa e nas diferentes esferas do SUS, deve ter seu comprometimento com as reais demandas da sociedade brasileira. Qual o papel da formação de mestres e doutores para consolidação do SUS? Não devemos perder o comprometimento com a conexão da formação em saúde com o desenvolvimento de iniciativas que favoreçam o fortalecimento do SUS.

A formação na pós-graduação em saúde é um fenômeno complexo e dialético. Os alunos constituem a razão de ser da profissão de docente, são sujeitos históricos e contextualizados, com identidades próprias a serem conhecidas no processo de efetivação do ensino e aprendizagem. Assim, tal processo deve estar relacionado às necessidades de formação dos alunos, além de incorporar o debate das demandas reais do sistema de saúde.

Entendendo a importância do desenvolvimento científico nos diferentes campos da pesquisa em saúde, podemos observar que pesquisa em saúde pública orientada nas demandas do SUS ainda é um desafio, sendo a pesquisa translacional para aplicação nos serviços de saúde pouco usual nas propostas acadêmicas. Nesse sentido, é central a valorização e estruturação da formação voltada para o

SUS, não apenas em sua perspectiva teórica, mas incluindo as dimensões social, afetiva, estética, ética, portanto, tendo os espaços públicos dos serviços de saúde como cenários de aprendizagem.

Além disso, estamos dando conta da formação na pós-graduação dialogada com a formação de graduação? Passados 25 anos da criação do SUS, nossas práticas ainda são voltadas para a formação segmentada, médico-centrada e hospitalocêntrica, uma vez que, ainda, 65% dos mestrados e 30% doutorados incluem em seus currículos disciplinas com enfoque tradicional. Ainda, se faz necessária a formação para além da técnica, mas, sim, uma formação capaz de trabalhar com os sentimentos e necessidades da sociedade.

Consideramos que a produtividade em pesquisa deve ser constantemente rediscutida, assim como a forma de avaliação dos programas de pós-graduação, entendendo que as diferentes formas de produção de conhecimento e seus produtos possuem caminhos diversos na maneira de contribuir para a construção do conhecimento. A pesquisa deve ser entendida como a capacidade de buscar soluções para os problemas reais e como um componente importante a ser trabalhado em conjunto com a docência, contudo, temos poucos mecanismos para retornar os resultados das nossas pesquisas à sociedade.

A burocratização progressiva da ciência, efeito colateral do processo denominado indutivo, vem se tornando uma cadeia de ferro para a produção verdadeiramente criativa e inovadora (LUZ, 2005). Devem ser evitados os efeitos desagregadores decorrentes de uma política que incentiva a competição produtivista entre seus pares, que pode prejudicar a produção criativa e/ou inovadora. Esse caminho desvaloriza a formação docente, a produção de conhecimento nos cenários de serviços de saúde. No mesmo sentido, o professor que não se adapta a esse modelo acaba sendo excluído e/ou desvalorizado pelos pares na produção do conhecimento.

Importante destacar os avanços no aumento da oferta de estágios pós-doutorais e do investimento na internacionalização como um importante componente na formação de pesquisadores em saúde no país, oferecidos por programas como o "*Ciência sem Fronteiras"* do CNPq e programas específicos da CAPES, que oportuniza bolsas de formação em doutorado pleno, sanduíche e pós-doutorado, com propósito de promover a consolidação, expansão e internacionalização da ciência e tecnologia, da inovação e da competitividade brasileira. Porém, precisamos discutir e repensar as condições que levam o pós-graduando a se interessar menos pela formação no exterior, pois, diferente da graduação, na pós-graduação a procura é menor. Assim como o incentivo é insuficiente e o apoio ao pós-graduando é menos valorizado na relação com a universidade e com sua própria fixação no local onde ocorrerá o processo formativo.

Os estágios pós-doutorais são um componente estratégico em diferentes setores para o avanço científico e iniciativas na sua aproximação com as necessidades do SUS devem ser incentivadas, podendo ainda diminuir o distanciamento da pesquisa tradicional com a pesquisa aplicada, para além das áreas já consolidadas.

A internacionalização se apresenta, nos últimos anos no país, como uma estratégia com grande possibilidade de impactar as redes de produção científicas nos próximos anos, expressa com a possibilidade de colaborações internacionais desde a graduação. Entendemos que esses esforços devem ser consolidados e que esse intercâmbio na pós-graduação tenha as mesmas facilidades e

incentivos pelas agências de fomento nas diferentes etapas da vida acadêmica.

Devemos compreender ainda as exigências atuais do mercado que têm impactado a demanda na formação de recursos humanos para a saúde, exigindo novas competências profissionais ligadas à inovação em saúde. Essas demandas devem ser consideradas, porém não devem estar à frente da pesquisa e formação voltadas para corresponder às necessidades e prioridades para o SUS.

Por fim, entendemos que a política de formação *stricto sensu* em saúde não deva perder de vista a qualidade da formação dos nossos formadores de recursos humanos para o SUS, não colocando a investigação científica como elemento concentrador e desagregador no ambiente acadêmico e não deixando de lado seu papel na integração/inserção social e econômica no país.

Referências

1. Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Plano Nacional de Pós-graduação - PNPG 2011-2020. Brasília-DF. CAPES, 2010.

2. Luz, Madel Terezinha. Prometeu Acorrentado: Análise Sociológica da Categoria Produtividade e as Condições Atuais da Vida Acadêmica. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. 2005;15:39- 57.

Educação Permanente em Saúde: compreensão e políticas

Educação Permanente em Saúde: compreensão e políticas

Lúcia Dias da Silva Guerra[1]
Rafael Cardoso Chagas[2]
Eduardo Ewerton Sousa Vianna[3]

A necessidade de mudança, transformação e crescimento tem sido apresentada no efervescente cenário brasileiro vivido nos últimos meses, como forma eloquente de a população manifestar-se a respeito dos mais diversos assuntos, dentre eles, a Saúde, a Educação e o Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, assumir o debate da formação em saúde nos remete à percepção de que a maneira vigente de fazer ou pensar a respeito desse assunto está insatisfatória ou insuficiente, se considerarmos os desafios vividos ou percebidos no serviço, na gestão e no ensino em saúde, nas diferentes esferas – individual, coletiva e institucional.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) foi assumida como uma prioridade junto à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) na década de 80 do século XX. E o Brasil assumiu um importante papel nesse cenário, ao estruturar distintas ações sobre o tema nos últimos 30 anos.

A EPS tem em vista o trabalho e pode ser entendida ao mesmo como prática de ensino-aprendizagem e política de educação na saúde. No primeiro caso, a EPS traz o significado da produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir das realidades vividas pelos atores envolvidos, e as interrogações e mudanças são as bases para o enfrentamento dos problemas experienciados no dia a dia desses atores que geram novas perguntas sobre o ser e atuar no mundo. No segundo, a EPS envolve a contribuição do ensino à construção do SUS, buscando inovar na relação e articulação entre o ensino, o trabalho e a cidadania.

Distante do que possa parecer uma justificativa apressada de formação e desenvolvimento continuado dos trabalhadores, a EPS é um conceito forte, desafiante e necessário para pensar as ligações entre a educação e o trabalho em saúde, que coloca em questão a relevância social do ensino e as articulações da formação com a mudança no conhecimento e no exercício profissional, trazendo, junto dos saberes técnicos e científicos, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações.

A Educação Permanente em Saúde foi amplamente debatida pela sociedade brasileira organizada e obtivemos como resultado a importante conquista de aprovação na XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde (CNS) como política específica no interesse do sistema de saúde nacional. O que pode ser constatado por meio da Resolução CNS nº 353/2003, que afirma essa política e a

---

[1] Nutricionista. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda em Nutrição em Saúde Pública – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

[2] Bacharel em História. Mestrando em Saúde Coletiva na Universidade Federal Fluminense (UFF).

[3] Terapêuta Ocupacional. Mestre em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR).

estratégia de Polos ou Rodas de EPS como instâncias locorregionais e interinstitucionais de gestão; e da Portaria MS/GM nº 198/2004, que institui a Política Nacional de EPS como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente (2007), além de um projeto de consolidação e desenvolvimento do SUS, objetiva transformações das práticas técnicas e sociais. Assim, destina-se à EPS de públicos multiprofissionais, traz-se a preocupação com os problemas cotidianos das práticas das equipes em saúde. A EPS insere-se de forma institucionalizada no processo de trabalho, gerando compromissos entre os trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários para o desenvolvimento institucional e individual, fortalecendo as práticas pedagógicas centradas na resolução de problemas, com supervisão dialogada e oficinas de trabalho.

A EPS pode ser um processo cada vez mais coletivo e desafiador de realidades, como o desenvolvimento de recursos humanos em bases geopolíticas territorializadas, a articulação entre Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social, a conjunção entre educação e trabalho, bem como mudanças nas práticas de formação e de saúde.

Diante disso, entende-se que a EPS pode ser pensada como produção social do conhecimento de tal forma, que gere mudanças na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação, visando o desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores, o envolvimento com o movimento estudantil da saúde, a produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação para a consolidação do SUS, sem esquecer a imprescindível relevância da educação popular para a gestão social das políticas de saúde.

Para que isso aconteça é preciso insistir na importância de uma formação em saúde cujo foco seja uma educação para o SUS, há a necessidade de se criar espaços de interação e debate entre o serviço, a universidade, os estudantes e usuários, é preciso começar a diagnosticar parceiros e formar coletivos que debatam a EPS, pois se observa que estes não se reconhecem como atores sociais nesse processo. E, diversas vezes, porque são marcados pelo corporativismo dos profissionais, pelo distanciamento marcante entre a universidade e o serviço devido à falta de diálogo e criação de espaços.

Por outro lado, há também a necessidade de capacitar os usuários para entrarem nesse debate e insistir na compreensão da EPS por esses protagonistas. Assim, a falta de empoderamento, o reflexo massificador diante desse cenário cômodo que nos torna cada vez mais pessoas desmotivadas a ocupar, promover e participar de espaços onde acontecem esses diálogos imobilizam a realização de reflexões no território e de maneira multiprofissional que seja condizente com as demandas da sociedade e vise a atualização do trabalho.

O que nos distancia cada vez mais daquilo que acreditamos ser a EPS – uma aprendizagem com o cotidiano e com as relações, a construção de espaços de reconhecimento comum, uma produção viva, construída com a mobilização de pessoas. Sendo necessárias políticas pactuadas entre os atores sociais envolvidos na construção da EPS, na direção do que o SUS precisa.

É preciso fazer apostas, fortalecer os atores do território: movimentos sociais, municípios, estudantes, universidades; e, pensando na EPS na pós-graduação, é preciso debater a visão de mundo existente entre os muros das universidades, é necessário produzir para a relevância social e criar mais

espaços compartilhados de pesquisa, pois os usuários, por exemplo, nem usufruem do nosso saber técnico porque não construímos isso. Assim, contribuímos para o empobrecimento da participação e controle social, deixando de lado formuladores importantes desse processo (trabalhadores e usuários).

O SUS precisa ser ordenador da formação e ele requer refazer relações, encontros, aprender junto, mudar a lógica do caos de que "não precisa", "não funciona", "não dá certo". Nessa direção, as relações trabalhadores-usuários e trabalhadores-gestão precisam acontecer a partir do reconhecimento do outro, do espaço que interfere de maneira violenta no cotidiano quando consideradas a disputa e a produção viva.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Política Nacional de Educação Permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

2. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. 2004;14:41- 65.

3. Ferraz F, Backes VMS, Mercado-Martinez FJ, Feuerwerker LCM, Lino MM. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. Ciência & Saúde Coletiva. 2013;18:1683-1693.

Formação Docente em Saúde: perspectivas atuais

Formação Docente em Saúde: perspectivas atuais

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha[1]
Bruna Canever[2]

As preocupações com a formação de recursos humanos em saúde encontram-se presentes no cenário político de concepção do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 197, dispõe que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. Uma otimização nas ações e serviços de saúde relaciona-se diretamente com a formação docente na área da saúde.

O silêncio das políticas públicas relacionadas à formação docente na área da saúde tornou-se presente ao longo de quase todo o percurso histórico brasileiro. Inúmeras iniciativas foram vistas apenas no que se refere à reestruturação da formação do profissional em saúde.

Nesse contexto, destaca-se a criação de programas e projetos focados na formação profissional, com o intuito de alcançar melhorias na qualidade da assistência, os quais podem ser citados: Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para Saúde, Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Projeto Larga Escala, Programa Saúde da Família (PSF), Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS), Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS), Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED), dentre outros. Essas ações assumiram, muitas vezes, um caráter isolado, deixando à parte componentes principais para essa mudança: o docente e a sua formação.

Sendo assim, a formação em saúde assume o grande desafio de preparar profissionais com competência técnica e política, dotados de conhecimento, raciocínio, percepção e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, devendo estar capacitados para intervir em contextos de incertezas e complexidade. Os novos profissionais de saúde requeridos são aqueles comprometidos com a democracia e a emancipação humana, crítico-reflexivos, capazes de inovar e, sobretudo, de humanizar as relações, atuando com autonomia e na defesa da atenção à saúde integral, eficiente e resolutiva.

O reconhecimento da importância estratégica da reestruturação da formação profissional para a consolidação do SUS no Brasil vem, portanto, gerando movimentos importantes para repensar os modelos e modos da educação em saúde e a consequente reestruturação do processo de trabalho em saúde. Tal fato decorre do reconhecimento da importância da educação na constituição de sujeitos trabalhadores capazes de atuarem em contextos flexíveis e variados, advindos da globalização, dos

---

[1] Enfermeiro. Doutorando em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC/ UFRJ). Pesquisador do Laboratório de Economia e Política de Saúde (LEPS) – UFRJ.

[2] Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Bolsista Pró-Ensino na Saúde CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN).

avanços tecnológicos, das mudanças nas formas de produção e organização do trabalho e da consequente complexificação do conhecimento técnico-científico.

Estudos recentes enfatizam que as políticas de gestão e educação em saúde se tornaram um novo foco, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde em 2003, com a indução de mudanças nas graduações, através da integração ensino-serviço com ênfase na atenção básica; a integralidade em saúde como eixo reorientador das práticas no processo de formação e qualificação dos profissionais para o SUS; e a reformulação do projeto político-pedagógico dos cursos de graduação baseada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DIAS; LIMA; TEXEIRA, 2013).

No período de 2003 e 2004, foi lançado o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – o VER-SUS/ Brasil, reconhecendo o sistema de saúde como espaço de ensino e aprendizagem (FERLA et al., 2013). Posteriormente[,] em 2004, foi implementado o Aprender SUS, tendo um papel relevante no debate em torno da integralidade da atenção à saúde como eixo de mudança na formação profissional (BRASIL, 2004).

Em 2005, é instituída a Portaria conjunta nº 2.118, estruturando a parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação, com fito na cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área de saúde. No mesmo ano, é implantado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), contemplando inicialmente os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia (Pró- Saúde I), sendo ampliado em 2007 para os demais cursos da área da saúde (Pró-Saúde II). Este programa tem como foco a aproximação da academia como os serviços públicos de saúde, sustentada na reorientação da formação profissional e na abordagem integral do processo saúde/doença a partir da atenção básica (DIAS; LIMA; TEXEIRA, 2013).

No bojo dos avanços e sucessos estruturais obtidos com o Pró-Saúde, surge o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), tendo como proposta o favorecimento da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, a constituição de grupos de aprendizagens tutoriais, a interdisciplinaridade e a integração ensino-serviço (BRASIL, 2008).

Apesar do fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade, centrada na atenção básica, em meio a uma arena de implantação e permutação de projetos, observa-se um cenário de ausência de compreensão por parte de uma parcela de professores e instituições em relação à necessidade de formação específica para a docência, diante de um modelo focado na produtividade acadêmica (CORRÊA; RIBEIRO, 2013).

A supremacia das atividades de pesquisa, em detrimento das atividades de ensino, é um fator que tem levado os professores a se afastarem das atividades docentes. Pesquisar e ensinar não são atividades incompatíveis, mas competem no tempo disponível do docente/pesquisador. Pensar sobre o contexto histórico que envolve a formação docente em saúde pressupõe rever as raízes conceituais e epistemológicas que fundamentam o processo da busca pelo conhecimento. Nessa perspectiva, rever a trajetória dessa formação implica considerar um processo complexo, em que se destaca a carência de uma formação pedagógica específica voltada a esses profissionais ao longo dos anos, representando um dos entraves no que se refere à transformação dos futuros profissionais em saúde.

Destaca-se que inúmeros são os desafios para uma formação específica voltada para os profissionais de saúde, e uma das que podemos ressaltar é a dificuldade em transpor o modelo de ensino tradicional, conformando-se um espaço educativo em que não há um ambiente de discussão e reflexão, constituindo-se em um processo individual, em que a memorização e a reprodução de conteúdos se sobressaem no ambiente educacional.

Diante desse cenário, urge uma mudança pedagógica, aliada a uma política de cunho institucional, tendo como base a formação e o desenvolvimento profissional docente, aprimorando o pensamento universalista com contribuição para uma educação transformadora, que se embasa na ética e justiça, e fortalece o importante papel do docente no processo educacional e nas ações e serviços de saúde, com relevância pública.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Aprender SUS: O SUS e os cursos de graduação da área de saúde. Brasília: MS. 2004.

2. _____. Portaria interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET. Diário Oficial da União 2008; 27 ago.

3. Corrêa GT, Ribeiro VMB. Formação Pedagógica na pós-graduação stricto sensu em saúde coletiva. Rev. Ciências e Saúde Coletiva. 2013;6:1647-1656.

4. Dias HS, Lima LD, Texeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. Rev. Ciências e Saúde Coletiva. 2013;6:1613-1624.

5. Ferla AA, Ramos AS, Leal MB, Carvalho MS. Caderno de Textos do VER-SUS/ Brasil. Porto Alegre: Rede Unida, 2013.

Financiamento Brasileiro para Educação, Ciência e Tecnologia em Saúde

Financiamento Brasileiro para Educação, Ciência e Tecnologia em Saúde

Marcos Pedrosa [1]

Dalmare Anderson [2]

Como parte de suas atividades, a Associação Nacional de Pós Graduandos (ANPG) tem acompanhado a agenda do financiamento das políticas públicas em vários âmbitos. O acompanhamento e a luta por ampliação das políticas de juventude, das políticas de fomento à ciência e a pesquisa, das políticas de saúde e da educação são algumas das principais bandeiras do movimento de pós graduandos organizado pela ANPG. Além do interesse pela pauta comum a todos os pós graduandos, a militância dos pós graduandos do campo da saúde tem tido crescente interesse pelas políticas de saúde, bem como suas interfaces com o campo da educação, da pesquisa, da ética em pesquisa e da inovação.

É de suma importância que possamos acompanhar o desenvolvimento das políticas de formação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente no que se refere à pós-graduação. Isso significa aproximar o debate da ANPG no campo da educação, ciência, tecnologia e inovação e as discussões sobre a formação de profissionais para o SUS numa perspectiva intersetorial. O adequado financiamento das políticas públicas no Brasil tem sido objeto de reivindicação de vários movimentos sociais ao longo das últimas décadas. No campo das políticas públicas de saúde, é no Conselho Nacional de Saúde (CNS) onde ocorre os principais debates da socidade civil e onde a ANPG tem destacada atuação.

O CNS é a instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui caráter permanente, e tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. Trata-se de um órgão vinculado ao Ministério da Saúde (MS), composto por representantes de entidades e movimentos representativos de usuários do SUS, entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, representantes dos três níveis de governo (municipal, estadual e federal) e prestadores de serviços de saúde.

Desde 2006 as entidades estudantis gerais nacionais fazem parte do conjunto de entidades que compõem o CNS: a Associação Nacional de Pós Graduandos (ANPG) tem ocupado a 1ª suplência da vaga de conselheiro do CNS, cuja titularidade tem sido ocupada pela União Nacional dos Estudantes (UNE). Nesse período, a ANPG pôde acompanhar, propor, opinar e fiscalizar as políticas de saúde do país, trazendo a perspectiva dos estudantes de pós-graduação para a agenda do SUS. Uma das comissões do CNS de que a ANPG participa é a Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (Cofin), que acompanha e subsidia o CNS nos temas relativos ao monitoramento do processo de execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, dentro do contexto da Seguridade Social e

---

[1] Marcos Pedrosa - Médico, Especialista Residente em Medicina da Família e Comunidade e Diretor de Saúde da ANPG da Gestão 2012-2014.

[2] Dalmare Sá - Farmacêutico, Especialista Residente em Saúde Mental, Mestrando em Ciências Farmacêuticas e Diretor de Saúde da ANPG da gestão 2014-2016

no âmbito do Orçamento Geral da União (OGU). Em novembro de 2012 ocorreram as eleições para o próximo triênio (2012-2015) do CNS, e a ANPG seguirá participando do conselho no segmento dos usuários do SUS.

Dentre os temas debatidos no CNS, um de importância central para a consolidação do SUS e que contou com o protagonismo da atuação da ANPG foi o financiamento das ações e serviços de saúde no país. Neste debate sobre financiamento, destaca-se a efetiva regulamentação da Emenda Constitucional 29,[1] de 13 de setembro de 2000 (EC 29), que altera vários artigos da Constituição Federal sobre o financiamento das ações e serviços de saúde e se constituiu em campo de batalha na disputa pela ampliação do financiamento público para a saúde. No ano de 2011, o movimento de pós-graduandos, por meio da ANPG, teve papel protagonista na volta da EC 29 ao debate público e na sua definitiva regulamentação, ocorrida por meio da Lei Complementar 141 de 16 de janeiro de 2012 (LC 141/12).[2]

Este processo ficou conhecido como "Primavera da Saúde",[3] um movimento que articulou centenas de entidades e de conselhos de saúde do Brasil inteiro e levou milhares de pessoas para Brasília.

---

[1] A Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, altera os artigo 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao ato das disposições constitucionais transitórias para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Porém só foi regulamentada doze anos depois, com a Lei Complementar nº 141 de 16 de janeiro de 2012. Tal atraso na regulamentação fez com que nesse período União, estados e municípios não tivessem um parâmetro claro do que deveria ser considerado gasto em saúde para efeito dos gastos mínimos previstos pela EC 29. A íntegra da EC 29 está disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm Acessado em 04/07/2014.

[2] A Lei Complementar nº 141, de 16 de janeiro de 2012, regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. A íntegra da LC 141/2012 está disponível em: hpohttp://www.planalto.gov.br /ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htme/1 Acessado em 04/07/2014.

[3] Para ler mais sobre a Primavera da Saúde e os impasses na luta pela ampliação do financiamento da saúde no país, vale a pena conferir o texto "A Primavera da Saúde e as lutas que ainda precisamos vencer para garantirmos o direito à saúde", de Paulo Navarro de Moraes e Pedro Tourinho de Siqueira, disponível em: http://www.cebes.org.br?verBlog.asp?idConteudo =2616&idSubCategoria=56 Acessado em 04/07/2014. Paulo Navarro é médico sanitarista, professor da faculdade de medicina da PUC Campinas e diretor ad-hoc do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); Pedro Tourinho é médico sanitarista e foi Conselheiro Nacional de Saúde representando a ANPG no triênio 2009-2012. Pedro atualmente é vereador em Campinas/SP pelo Partido dos Trabalhadores (PT).

Fomos ao Palácio do Planalto, tivemos uma participação no Congresso e fizemos um amplo debate, que chegou a muita gente, sobre o sentido de um sistema público de saúde e o sentido do direito

à saúde e dos instrumentos para sua viabilização/conquista, culminando no debate sobre financiamento do SUS. Foi um debate com a população brasileira, que alcançou uma capilaridade muito mais ampla do que esperávamos.

Apesar de toda essa mobilização, a regulamentação da EC 29 foi uma vitória apenas parcial para os que lutam pela efetivação plena do direito à saúde no país, dada a tímida expansão do orçamento federal para a saúde. De avanços, a LC 141/12 trouxe a definição legal do que vem a ser "gasto em saúde" – excluindo dessa definição gastos com serviços que não são de acesso universal e gratuito. Foi uma vitória, pois a lei dá muito mais subsídios para conselhos de saúde, tribunais de contas e movimentos sociais no monitoramento do gasto em saúde dos governos. Isso nos ajuda a proteger a saúde dos "desvios de finalidade", ou seja, de que seja computado como gasto em saúde gastos com serviços públicos que não são universais (podem ser utilizados por todos) e gratuitos. Alguns exemplos para ajudar a entender o que são esses "desvios de finalidade": gastos com planos de saúde de servidores públicos; manutenção de hospitais militares e de bombeiros e policiais militares – que não tem acesso universal, atendem apenas as corporações; seguridade de servidores públicos da saúde (aposentadorias, pensões, creches de órgãos públicos, vale alimentação/refeição de servidores etc.); gastos do governo federal com o "Programa Farmácia Popular" no componente em que a compra se realiza mediante subsídios parciais (em que o cidadão paga uma parte do medicamento e o governo federal outra parte, ou seja, sem gratuidade); merenda escolar; e limpeza urbana. Tudo isso chegava a ser computado como "gasto em saúde" nas prestações de contas de governos municipais, estaduais e do governo federal antes da LC 141/12, o que a partir de agora é proibido. Na prática, isso representa mais de 1 bilhão de reais a mais só no orçamento da saúde do governo federal para 2013[4], se considerarmos o que o governo federal terá de investir a mais para se adequar à nova regra. Isso sem falar no impacto ainda a ser calculado nos orçamentos municipais e estaduais.

Outra vitória trazida pela LC 141/2012 foi a obrigatoriedade da compensação nos orçamentos dos anos seguintes dos "restos a pagar" cancelados pelo governo federal. Antes, quando um recurso inscrito como "resto a pagar" era cancelado (um pagamento cancelado a uma empresa que não entregou o produto, por ex.), o recurso era perdido, pois "voltava" para o caixa da União. Com a nova lei, isso não pode mais ocorrer: é obrigatória a previsão de compensação. Para se ter uma ideia da importância disso para o financiamento do SUS, o valor total de recursos destinados para "restos a pagar" de anos

[4] Nos últimos anos, a maioria dos desvios de finalidade no orçamento da União para a saúde havia sido retirada da conta, inclusive pelo trabalho realizado pelos tribunais de contas, que avançaram no entendimento da maior parte das questões. O montante a ser acrescido em 2013 se refere ao "Programa Farmácia Popular" subsidiado (R$448,7 milhões), fontes de operação de crédito (R$ 293 milhões) e assistência médica dos servidores (R$ 339,9 milhões). Fonte: Estimativa apresentada à COFIN/CNS pela *Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde* (SPO/SE/MS), parte integrante do documento "Análise do parecer da Cofin/CNS sobre a Nota Técnica nº 05/2012/SPO/SE/MS".

anteriores no orçamento de 2012 do MS (segundo último levantamento do SIOPS[5] com dados até o dia 12/12/12) era de mais de 6,5 bilhões de reais.[6]

Porém, nessa primavera nem tudo foram flores. Houve várias derrotas pelo caminho: a primeira aconteceu durante a tramitação do projeto de lei, quando o texto de autoria do senador Tião Viana (PT/AC), que definia em 10% da Receita Corrente Bruta (RCB)[7] da União o valor mínimo para os gastos em saúde, saiu de cena para dar lugar ao seu substitutivo, que mantinha a fórmula atual – em que a contribuição do governo federal para a saúde seria igual ao orçamento do ano anterior, acrescido da variação nominal do PIB do ano anterior, e acrescentava a esse montante a totalidade da arrecadação de um novo tributo, a "Contribuição Social da Saúde" (CSS). A CSS incidiria sobre movimentações financeiras, semelhante à CPMF,[8] mas de menor alíquota, e contava inclusive com o apoio do CNS[9] e de setores do governo. Apesar disso, a proposta da contribuição foi rejeitada na plenária final da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Tal fato inclusive merece ampla análise, pois juntamente com o texto aprovado da LC 141/2012, consolidou uma posição contrária à criação de novos tributos no país, independentemente da relevância de uma destinação específica. É importante lembrar que a CSS incidiria sobre empresas e os 5% mais ricos do país.

---

[5] Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, que sistematiza dados da União, estados e municípios. Mais informações em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/6996/905/O-que-e-SIOPS.html Acessado em 04/07/2014.

[6] Nesse montante estão incluídos restos a pagar de 2003 à 2011. Fonte: Tabela disponilizada ao CNS, intitulada "CONSOLIDADO - Ministério Da Saúde - Execução De Restos A Pagar - Exercício 2012 Posição: Saldo Atual - Dezembro / 2012 (Atualizada até 12/12/2012)".

[7] RCB da União em 2011: R$ 990,4 bilhões.

[8] A "Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira" (CPMF) vigorou até 2007, quando em importante derrota legislativa do governo Lula teve sua prorrogação rejeitada pelo Senado Federal, mesmo diante de propostas que a modificariam, reduzindo sua alíquota, e a destinariam exclusivamente à saúde pública como recurso adicional, não substitutivo, recuperando o sentido inicial do imposto pensado em 1997 e nunca cumprido. No vídeo disponível no link a seguir, o ex-ministro da Saúde Adib Jatene dá interessante depoimento (por volta do 8º minuto) sobre a criação da CPMF, o que ajuda a entender o "baque" que sua extinção produziu nas fontes de recursos para a saúde: http://www.youtube.com/watch?v=zSdjoaC21gc Acessado em 04/07/2014.

[9] O posicionamento do CNS em defesa da criação da CSS está disponível aqui: http://conselho.saude.gov.br/webec29/css.html Acessado em 04/07/2014.

Perdemos a oportunidade de instituir no país um tributo inteligente e progressivo, em que quem ganha mais, paga mais e quem ganha menos, paga menos. Faltou capacidade de perceber a importância de um investimento forte na saúde pública. Faltou a ousadia de garantir fonte direta de financiamento público para o SUS, que é um potente instrumento da plena efetivação dos direitos sociais no Brasil. Como disseram Paulo Navarro e Pedro Tourinho no texto "A Primavera da Saúde e as lutas que ainda precisamos vencer para garantirmos o direito à saúde" :

> A ameaça da (re) criação de uma modalidade de tributação direta e progressiva como a CSS, com

forte potencial fiscalizatório e destinação exclusiva a uma política pública universal, que teria incidência apenas sobre a movimentação financeira dos cerca de 5% da população brasileira que movimentam mais recursos, mobilizou setores poderosos da sociedade brasileira, que se chocaram diretamente com os militantes que defendiam a ampliação do financiamento do SUS. Tirar bilhões de reais do setor financeiro e investir estes recursos em uma política pública como o SUS não estava e nem estará tão cedo na agenda destes setores.

Porém, é preciso reconhecer que, para além da incapacidade de Congresso Nacional e Governo negociarem uma ampliação mais robusta para o financiamento público da saúde, a presidenta Dilma Rousseff promulgou uma LC 141/12 que ampliou o orçamento mínimo da União para a área – ainda que timidamente – e criou regras que protegem os recursos da saúde dos "desvios de finalidade".[10]

Vale salientar que a saúde pública no país vive uma imensa contradição do ponto de vista do seu financiamento: apesar de ser um sistema de saúde de acesso universal, o SUS convive com uma realidade atual em que o percentual do PIB representado pelo financiamento público para a saúde, de cerca de 3,6%, é inferior ao gasto privado com saúde no país, de cerca de 3,8%. Ressaltando que o financiamento privado da saúde não se refere somente aos gastos dos planos e seguros privados de saúde, mas também inclui os gastos diretos das empresas e das famílias brasileiras, como gastos com honorários médicos e medicamentos pagos pelas pessoas, sem cobertura de planos ou seguros saúde.

Nosso gasto público é bem menor do que o de outros países que também possuem sistemas de saúde universais. Observe o percentual do PIB correspondente em alguns desses a título de comparação: Espanha (6,1%), Reino Unido (6,7%), Canadá (7%), França (8,9%) e Cuba (9%). Importante compreender que em países onde o setor privado dirige o sistema de saúde, como os EUA, os gastos astronômicos em saúde (15,7% do PIB)[11], tem indicadores de saúde mais fracos que o de países que contam com um sistema nacional, mesmo esses gastando proporcionalmente bem menos.[12]

No caso do Brasil, para compreender mais claramente o quanto o nosso "ambiente tributário" é favorável ao gasto privado em saúde, é preciso levar em conta toda a renúncia fiscal referente aos gastos em saúde no Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF) e no imposto de renda pago pelas empresas, incluindo aí as empresas estatais, além dos vultuosos contratos de prefeituras, governos estaduais

---

[10] No link a seguir há vários números e informações sobre o financiamento da saúde no Brasil: http://www.saudemaisdez.org.br/index.php/component/content/article/10-noticias/30-numeros_Acessado em 04/07/2014.

[11] Dado acessado em: http://www.hbrbr.com.br/materia/quatro-dimensoes-competitivas-da-saude Acessado em 04/07/2014.

[12] Interessante entrevista concedida ao jornal *O Estado de São Paulo* em 19/12/2012 pela Dra. Marcia Angell, ex-editora-chefe da *New England Journal of Medicine*, uma das revistas científicas mais respeitadas do mundo. Atualmente, a Dra. Angell é professora do Departamento de Medicina Social da Harvard Medical School. Disponível em:http://blogs.estadao.com.br/ricardo-guerra/qual-pais-tem-o-sistema-de-saude-ideal/ Acessado em 04/07/2014.

e federal que subsidiam e incentivam seus servidores a adquirirem planos de saúde privados, quando não possuem planos de saúde específicos para os servidores.[13]

Não é a toa que defendemos um forte sistema nacional de saúde de acesso universal como melhor opção para melhorias nos nossos indicadores de saúde e o desenvolvimento em bases solidárias que desejamos para o Brasil, com a presença marcante dos direitos sociais, aí incluído o direito à saúde.

Para tal, nasceu em 2012 o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, com caráter suprapartidários e que objetivava a coleta de assinaturas para um Projeto de Lei de Iniciativa Popular que assegure o repasse efetivo de 10% da Receitas da Corrente Bruta da União (RCB) para o financiamento da saúde pública. O movimento foca esforços nesta agenda nacional e consegue capilarizar o debate do subfinanciamento da saúde para os mais diversos setores da sociedade, tendo ao apoio de dezenas de entidades nacionais.

Em 2013, como resultado deste esforço de diversas entidades, movimentos sociais e conselhos de saúde foram entregues a Câmera de Deputados mais de 2,2 milhões de assinaturas criando o Projeto de Lei de Iniciativa Popular 321/13, contudo, apesar de toda pressão pela aprovação do projeto, os interesses do Congresso Nacional e a Agenda do Governo não convergem para rápida e aprovação desta proposta.

Na contramão do movimento e do financiamento adequado da saúde o projeto vem sofrendo diversos ataques, tais como: alterações, algumas chegando até a diminuição do valor proposto como financiamento adequado do SUS, através de fixação de percentuais na receita corrente líquida; apensamento a diversos outros projetos e uma tramitação muito áquem de toda importância dado ao projeto pelos cidadões e cidadãs brasileiros.

Ainda nessa maré de retrocessos, o Senado Federal aprovou outra proposta, notadamente prejudicial, ao examinar um projeto de emenda constitucional (PEC 358/13, do Senado) para tornar impositivo o orçamento aprovado pelo Congresso. Foi incluída na PEC um dispositivo tratando da ampliação de recursos para a saúde, porém com valores inferiores aos 10% da RCB reivindicados pelo Saúde+10 e abrindo a possibilidade até para a redução do financiamento da saúde. Atualmente a PEC 358/13 encontra-se tramitando na Câmara Federal e será posto novamente em votação. É importante ressaltar que a proposta aprovada no Senado amplia o orçamento mínimo da saúde, porém atendendo apenas 24% da ampliação do financiamento público da saúde pleiteada pelo Movimento Saúde+10. Para ilustrar a perda em relação ao justo pleito da sociedade brasileira materializado no projeto de lei de iniciativa popular, a proposta aprovada pelo Senado, se adotada, dispõe que o governo deve aplicar na saúde 13,2% da Receita Corrente Líquida em 2014, aumentando progressivamente até 15% em 2018. Isso resulta num aumento de recursos de apenas R$64 bilhões até 2018, enquanto que pela proposta de iniciativa popular do Movimento Saúde+10 o valor da ampliação de recursos públicos para a saúde seria de R$ 257,1 bilhões.

---

[13] Detalhes sobre a renúncia fiscal para planos de saúde podem ser encontrados no seguinte estudo do IPEA: "Mensuração dos Gastos Tributários: O Caso dos Planos de Saúde – 2003-2011", de Carlos Octávio Ocké-Reis, disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/doc/NT_gastosaude_ok.pdf Acessado em 04/07/2014.

O interesse do capital financeiro, que já abocanha grande parte do orçamento da União como parte das amortizações e custos de rolagens da dívida pública, não pode prevalecer sobre o clamor popular. A ANPG entende que construir um forte sistema nacional de saúde é uma forma eficiente e sustentável de garantir a nação cidadã, de tal forma, a entidade reitera a proposição[14] de 2,2 milhões de brasileiros e brasileiras, apoiado pelas mais variadas entidades e pelo CNS, a favor de 10% da Receita Corrente Bruta da União para o financiamento adequado do SUS.

[14] Para mais informações sobre financiamento da saúde, o projeto de lei de iniciativa popular, inclusive textos para debates, lista de entidades participantes e o formulário de coleta de assinaturas (padrão de impressão, com todos os campos a ser preenchidos), acesse: http://www.saudemaisdez.org.br/ Acessado em 04/07/2014.

Uma reflexão sobre o financiamento para pesquisa em saúde no Brasil

Uma reflexão sobre o financiamento para pesquisa em saúde no Brasil

Gabriel Adelman Cipolla[1]

Dentre as várias bandeiras erguidas durante os protestos que tomaram conta do país em junho deste ano, as reivindicações por melhores serviços públicos de saúde certamente trouxeram desconforto aos nossos políticos. O tão polêmico "Mais Médicos", programa do Governo Federal, foi oportunamente lançado e outros tantos devem ainda surgir. Seria devaneio negar a importância de tais programas, mas seria delírio maior acreditar que o problema pudesse ser resolvido por meio de políticas imediatistas e paliativas. Há exemplo mais didático do que a saúde para entender como é mais eficaz ir à raiz dos problemas do que à forma de manifestação dos mesmos?

Em outras palavras, podemos considerar mais cosméticas do que verdadeira política pública de saúde as nossas várias e antigas reivindicações, que, de forma muito conveniente, são sempre incorporadas às campanhas eleitorais. Não digo que melhores equipamentos, mais hospitais, mais unidades de pronto atendimento, mais leitos e, parafraseando o governo, mais profissionais de saúde não são necessários. Ninguém é capaz de dizer isso. Mas será que esse discurso é lógico? Será que mais dinheiro para pesquisa, educação e formação profissional em saúde não seria mais eficaz? Não seria essa uma forma de acessar o problema pela raiz, muitas vezes prevenindo sua manifestação? Em uma simples analogia, não seria, a longo prazo, menos caro e melhor para todos nós, principalmente para as gerações futuras, que houvesse maiores investimentos em prevenção de doenças do que em mais e mais estrutura e pessoal para tratamento dos enfermos, cujos números aumentam com o crescimento da população e com nossos hábitos cada vez mais sedentários?

Foi o *I Seminário de Formação de Pós-Graduandos em Saúde*, ocorrido no Recife nos dias 23 e 24 de julho, e o qual tive a honra de ajudar a organizar, que me fez refletir sobre tais questões. Em especial, a mesa de discussão sobre o financiamento brasileiro para educação, ciência e tecnologia em saúde, da qual participou o diretor do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), do Ministério da Saúde (MS), Antonio Carlos Campos de Carvalho, que apresentou, dentre outros, o panorama de investimentos da pasta em pesquisa e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

No triênio 2009-2011, o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS e o Programa de Pesquisa para o SUS, com apoio do CNPq e de fundações de apoio à pesquisa, receberam, respectivamente, cerca de R$ 891 e R$ 155 milhões do Orçamento Geral da União (OGU) para o período, sendo que, para o mesmo triênio, o OGU foi de mais de R$ 4,5 trilhões, o que resulta numa pífia fatia de 0,02% do OGU para tais programas. É claro que o cenário geral conta com recursos para outros programas e redes nacionais de pesquisa, dentre as quais foram destacadas aquelas em câncer, terapia celular, malária e doenças negligenciadas. Mas é igualmente óbvio que estas recebem recursos ainda menores do que o SUS, um sistema politicamente estratégico para qualquer governo.

---

[1]Mestre e Doutorando em Genética, UFPR

Alguém, movido pela curiosidade para compreender o processo de determinação e destinação desses recursos, pode se deparar com mais um exemplo didático, desta vez, da ululante contradição do processo. Trata-se do caso da rede de pesquisa em doenças negligenciadas financiada pelo MS-SCTIE-Decit, que contempla projetos de pesquisa sobre dengue, doença de Chagas, hanseníase, helmintíase, leishmanioses, malária, tracoma e tuberculose, e que recebeu, em 2012, microscópicos R$ 18 milhões. É público que o objetivo da distribuição de recursos nessa rede de pesquisa é contribuir "de modo efetivo para o avanço do conhecimento, a geração de produtos, a formulação, implementação e avaliação de ações públicas voltadas para a melhoria das condições de saúde da população brasileira" (Chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit nº 40/2012 – Pesquisa em Doenças Negligenciadas). Sendo este o objetivo, espera-se que todas as enfermidades com impacto diferenciado sobre a saúde da população brasileira e não prioritárias globalmente fossem consideradas doenças negligenciadas. Mas, infelizmente, trata-se de uma rede nada democrática. Segundo o diretor do Decit, é puramente estatístico o motivo de muitas doenças não figurarem na lista das mazelas negligenciadas. Não estão na lista as chamadas doenças raras, isto é, as que afetam até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos, definição esta trazida pelas diretrizes para atenção integral às pessoas com doenças raras no SUS (Portal Saúde). E assim chegamos à contradição... Há uma rede de pesquisa em doenças negligenciadas que negligencia doenças raras!

O critério acima mencionado é arbitrário, simplista e ambíguo. O pênfigo foliáceo, uma doença autoimune da pele popularmente conhecida no Brasil como fogo selvagem, tem seus maiores níveis de incidência – 25 a 35 novos casos por milhão de habitantes por ano (Bastuji-Garin e colaboradores, 1995) – em uma região do território nacional, sendo então considerado endêmico no nosso país. Um foco muito bem documentado dessa doença situa-se na reserva indígena Terena, em Limão Verde, no estado do Mato Grosso do Sul, onde a prevalência do fogo selvagem é de cerca de 3,4% (Hans-Filho e colaboradores, 1996). Isso significa dizer que existem, em média, 3,4 pessoas acometidas pela doença a cada 100 indivíduos da reserva. Uma regra de três simples nos permite concluir que isso equivale a aproximadamente 340 pacientes a cada 100.000 indivíduos, resultando numa proporção 4,5 vezes superior àquela estabelecida pelas diretrizes para doenças raras.

Enfim, esperamos que o exemplo das doenças verdadeiramente negligenciadas seja tratado com seriedade, que não simplesmente mudem o nome do programa para escapar da polêmica, que não simplesmente recaiam, para não ser repetitivo, no descuido, no desleixo. Esperamos que o Ministério da Saúde, por meio de seus responsáveis, busque rever o seu critério de definição de doenças raras, sensibilizando-se com a situação de muitas pessoas à margem das principais políticas públicas em saúde e que dificilmente poderiam vir a se beneficiar dos grandes investimentos do governo para pesquisa na área.

Referências

1. Chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit Nº 40/2012 – Pesquisa em Doenças Negligenciadas (disponível emhttp://www.cnpq.br/web/guest/chamadaspublicas?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INSTANCE_0ZaM&filtro=abertas&detalha=chamadaDivulgada&idDivulgacao=2141).

2. Diretrizes para atenção integral às pessoas com doenças raras no SUS (disponível em http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/Diretrizes_Atencao_Integral_Pessoas_Doencas_Raras_Ambito_SUS.pdf).
3. Bastuji-Garin e cols. Comparative epidemiology of pemphigus in France and Tunisia : unusual incidence of pemphigus foliaceus in young tunisian women. J Invest Dermatol, v. 104, p. 302, 1995.
4. Hans-Filho e cols. An active focus of high prevalence of fogo selvagem on an Amerindian reservation in Brazil. J Invest Dermatol, v. 107, p. 68, 1996.

ENCAMINHAMENTOS DO I SEMINÁRIO DE FORMAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE

A plenário final do I Seminário de Pós-Graduação em Saúde, que aconteceu no dia 24 de julho de 2013, deliberou os seguintes encaminhamentos:

I. Defender a reorientação da formação em saúde;

II. Defesa da multiprofissionalidade do trabalho em saúde;

III. Fortalecer a integração entre residências em saúde;

IV. Buscar aproximação com a SESU/MEC e CAPES no debate da pós- graduação em saúde;

V. Fortalecer perspectivas de agendas em comum com a SGTES/MS;

VI. Pautar as residências em saúde no CNS;

VII. Fortalecer a agenda da ANPG com a SPBC, ABRASCO e Rede Unida;

VIII. Aproximar diálogo com o fórum de residentes em saúde;

IX. Afirmar a identidade do fórum de pós-graduandos com a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS);

X. Debater a regulação das graduações em saúde;

XI. Realizar agenda sobre a pós-graduação em saúde com a SGTES e CAPES;

XII. Reafirmar a importância de publicização das atividades e espaços de representação da ANPG;

XIII. Articulação junto às entidades de ensino na saúde, a exemplo do Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área de Saúde (FNEPAS);

XIV. Debater marco regulatório das especializações e o mercado de cursos pagos;

XV. Definir o indicativo de próxima reunião do Fórum Nacional de Pós- Graduandos em Saúde (FNPGS) durante o CONAP em novembro/2013.

XVI. Definir um próximo Seminário de Pós-Graduação em Saúde em 2014.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-61839-19-2
9 788561 839192

Realização:

ANPG
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUANDOS

Fórum Nacional de Pós-Graduandos em Saúde

Apoio:

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA