

## 4

### **Movimento de mudança no sistema de saúde no Brasil e reorientação da formação**

#### **4.1.**

#### **Mudança no paradigma de atendimento em saúde**

A mudança do mundo implica a dialetização entre a denúncia da situação desumanizante e o anúncio de sua superação, no fundo, o nosso sonho. É a partir deste saber fundamental: mudar é difícil, mas é possível, que vamos programar nossa ação político-pedagógica (FREIRE, 1997, p. 88).<sup>11</sup>

A chamada de atenção de Freire a respeito da necessidade de mudança e das dificuldades de adotá-las me permite iniciar a discussão a respeito das mudanças que vêm ocorrendo tanto no atendimento em saúde quanto na formação do profissional responsável por este atendimento.

A assistência à saúde adotada no Brasil a partir da década de 90 incluiu um modelo universal, integral, com equidade, com participação social, descentralizado e hierarquizado. Este foi construído ao longo da história adotando modelos diferentes em cada período. No entanto, a formação do profissional de saúde sempre esteve baseada no paradigma do curativismo do início do século passado, não se ajustando a essas mudanças.

Segundo Freitas (2006) no Brasil colônia, os problemas de saúde e higiene ficavam sob responsabilidade das localidades, que tomavam medidas contra a imundice das ruas e quintais. A assistência a população pobre, indigente e escrava ficava a cargo de entidades filantrópicas e beneficentes ligadas à Igreja Católica, como as Santas Casas de Misericórdia.

---

<sup>11</sup> FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 2ed. São Paulo: Paz e Terra. 1997

Segundo Santos e Westphal (1999) no século XIX a situação de saúde em todo o mundo era caracterizada pela presença de doenças infecciosas devido à ausência de cuidados de higiene. O movimento sanitarista existente naquele momento na Europa e na América do Norte conseguiu interferir nesta situação em numerosas cidades do mundo, por meio de legislação e grandes obras de engenharia civil.

No Brasil, durante a Primeira República, a saúde se manifestou como uma questão social, destinada tanto ao combate às epidemias prevalentes – cólera, febre amarela, varíola, peste bubônica – quanto ao saneamento de portos e das cidades. Neste momento, segundo Freitas (2006), o então pesquisador Oswaldo Cruz adotou um modelo de assistência, baseado em campanhas sanitárias que tinham um caráter impositivo, puramente fiscal e policial.

O Departamento Nacional de Saúde (DNS), órgão do governo responsável pelas ações de saúde, era ligado ao Ministério da Justiça. Posteriormente, quando Carlos Chagas assumiu o DNS, introduziu a propaganda e a educação sanitária, porém mantendo a subordinação deste órgão ao Ministério da Justiça.

Em relação ao ensino médico, segundo Santos e Westphal (1999), vivia-se ainda uma prática de caráter empírico, não especializado. Ocorreu então um primeiro esforço acadêmico direcionado à mudança do ensino médico, que não estava preparado para responder às evidências e idéias da época. Entre os vários projetos de reformulação, o da Fundação Carnegie para o Progresso do Ensino foi triunfante, sobrepondo-se e obtendo repercussão internacional, dando origem ao *Relatório Flexner*, de 1910, que veio a instituir o ideário hegemônico no campo do ensino na saúde em diversos países até há alguns poucos anos.

Com os progressos médicos alcançados no ensino a partir das mudanças implementadas depois do Relatório Flexner, foi se consolidando o paradigma no qual o principal elemento desse referencial era a cura, característica do paradigma do curativismo (modelo no qual a saúde é vista como ausência de doença e, portanto, espera-se o indivíduo ficar doente para então curá-lo). Para Santos e Westphal (1999), podemos visualizar ainda neste paradigma:

O mecanicismo (uma causa atuando num corpo, sempre produz um efeito); o biologicismo (as doenças e suas curas sempre ocorrem no nível biológico); o individualismo (o objeto das ações em saúde é um indivíduo, tratado por outro indivíduo, excluindo-se portanto dessa ação o contexto ambiental, o social e o histórico) e a especialização (ações da saúde voltadas cada vez mais a parte do corpo) (SANTOS; WESTPHAL, 1999, p.73).

A instalação nos anos 10 e 20 do século XX da Faculdade de Medicina e Cirurgia e do Instituto de Higiene, hoje respectivamente Faculdade de Medicina e Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, foram influenciadas por este relatório.

No transcorrer do século XX, a situação de saúde observada no século anterior foi se alterando com a diminuição das doenças transmissíveis e o aumento das doenças degenerativas, devido essencialmente às melhorias nas condições gerais de vida (DARDET *apud* SANTOS; WESTPHAL, 1999, p.74).

Como consequência desse processo, houve o deslocamento da ênfase curativa para a prevenção, resultando no que se poderia reconhecer como uma crise no paradigma do curativismo e, conseqüentemente na graduação dos profissionais de saúde. Essa crise foi mais além, pois os fatores que condicionavam a saúde não se limitavam aos elementos tradicionais do processo de doença, conforme descrito pelos partidários de Flexner: um fator biológico conduz a uma doença que é diagnosticada por um médico que faz uma terapia com conseqüente recuperação da saúde, sem interferências de outros fatores.

O marco da mudança deste paradigma foi o informe *Lalonde*<sup>12</sup>, editado no Canadá, em 1974, em que foi questionado o papel exclusivo da medicina na resolução dos problemas de saúde, dando início a uma nova era de interesse social e político pela saúde pública. Segundo Becker (2001) este informe é considerado por diversos autores como marco inicial da Moderna Promoção da Saúde e, reconheceu que a saúde é determinada por um conjunto de fatores agrupáveis em quatro categorias: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde.

---

<sup>12</sup> Jean-Marc Lalonde foi Ministro de Saúde e Bem Estar do Canadá na década de 70 e, ao considerar os excessivos gastos com a organização dos cuidados médicos, produziu um relatório conhecido como Informe Lalonde.

Nesse sentido, segundo Santos e Westphal (1999), ser saudável não pode ser apenas não estar doente (visão tradicional do paradigma do curativismo). Deve significar também a possibilidade de atuar, de produzir a sua própria saúde, tanto através de cuidados tradicionalmente conhecidos, como por ações que influenciem o seu meio (ações políticas para a redução de desigualdades, educação e participação nas decisões que afetam sua existência). Esta visão veio a caracterizar o novo paradigma de saúde (paradigma da produção social da saúde), em que se reconhecem os condicionantes e determinantes da saúde.

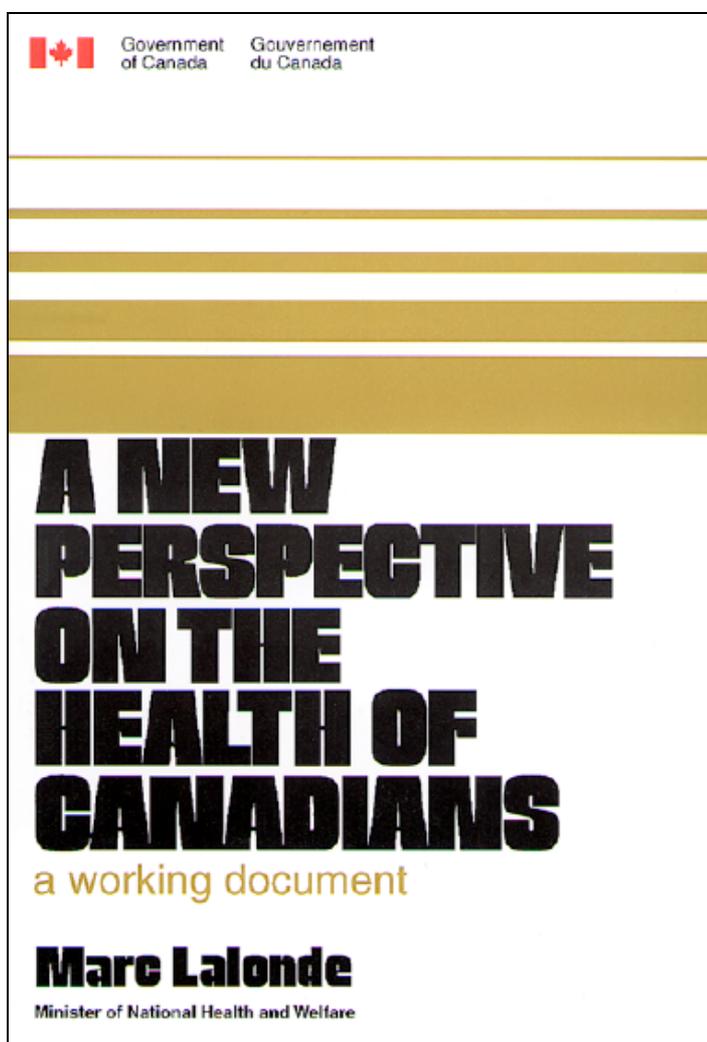


Figura 2: Cópia da Capa do Informe Lalonde produzido na década de 70

Em 1978 realiza-se em Alma-Ata a I Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primário, em que ao final os países participantes assinaram a Declaração de Alma-Ata assumindo a responsabilidade de combater a

desigualdade entre os povos e alcançar a meta de “Saúde para todos no ano de 2000”. Nesta Declaração assume-se que saúde é um direito humano fundamental que depende de um conjunto de interdependências e reciprocidades.

Em 1986, foi realizado em Ottawa, no Canadá, a I Conferência Internacional em Promoção de Saúde patrocinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Na Carta de Ottawa (declaração final da conferência) reconheceu-se como “*pré requisitos fundamentais para a saúde: a paz, a educação, a habitação, o poder aquisitivo, um ecossistema estável, e conservação dos recursos naturais e a equidade*” (BLECKER, 2001, p.1).

No Brasil, com a abertura política e a promulgação da nova constituição, foram estabelecidos os princípios de universalização do direito à saúde e ao atendimento médico como dever do Estado, que passou a efetuar ações no sentido de torná-la efetivamente universal, integral e com equidade através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90), no qual todos têm direito a assistência.

A nova Constituição Federal, em seu art. 200 alínea III, dispõe, como uma das competências do Sistema Único de Saúde, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. Fortalecendo esta idéia, a Lei 8080/90, que regulou as ações e serviços de saúde em todo território nacional, incluiu no campo de atuação do SUS esta ordenação, além de organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, considerando em seu art. 3º a respeito de saúde:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais;

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990, p.1).

## 4.2.

### Mudança na formação do profissional de saúde

As Conferências Nacionais de Saúde além da importância no plano do atendimento em saúde, também tiveram um papel primordial na formação dos novos profissionais de saúde. Realizadas inicialmente em caráter extraordinário<sup>13</sup>, discutiam temas de importância para a saúde no país. A primeira Conferência foi realizada durante o governo Getúlio Vargas, em 1941, tendo como tema central a situação sanitária e assistencial dos estados. A segunda realizada em 1950 teve como tema a legislação referente à higiene e segurança do trabalho.

A primeira conferência a discutir a formação dos profissionais de saúde foi a 4ª Conferência realizada em 1967 que teve como tema central os **Recursos Humanos para as atividades em saúde**. Nas conclusões do painel sobre “O profissional de saúde que o Brasil necessita”, conduzida por Achilles Scorzelli Junior (Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde), afirma-se:

[...] Na atual conjuntura, **a formação profissional não está orientada para a solução dos problemas de saúde do país** (grifo nosso), em virtude da estrutura curricular pouco flexível e ainda não ajustada à demanda quantitativa de recursos humanos (BRASIL, 1967, p.277).

Segundo Ceccin, Armani e Rocha (2002), o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, considerada pelos autores como um “marco para a introdução do SUS na Constituição Federal”, apontou que a formação dos profissionais de saúde deveria estar integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde<sup>14</sup>.

Em 1992, a 9ª Conferência Nacional de Saúde, primeira realizada após a aprovação da Lei Orgânica de Saúde, entendeu que, para a efetiva implementação do SUS, seria necessário: 1) assegurar uma **Política de Formação e Capacitação**

---

<sup>13</sup> Atualmente são realizadas ordinariamente a cada quatro anos.

<sup>14</sup> A esse respeito ver alínea “c” item 3 do Tema 2 (Reformulação do Sistema Nacional de Saúde) no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, disponível em [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf\\_nac\\_rel.pdf%20](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_rel.pdf%20).

**de Recursos Humanos** que se articulasse com os órgãos formadores; e 2) a promoção da imediata regulamentação do Art.200, Inciso III, da Constituição Nacional que atribui ao SUS à **tarefa de ordenar a formação de recursos humanos**.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1996, deliberou entre outras ações em relação à formação de recursos humanos em saúde, a **revisão dos currículos mínimos** dos cursos de nível superior, com a participação dos gestores do SUS e Conselhos de Saúde, adequando-os às realidades locais e regionais. Em 2000, durante a 11ª Conferência, houve novamente o debate sobre os currículos de formação na área da saúde, reafirmando-se a “necessidade de revisão dos currículos mínimos” (BRASIL, 2001c) com a participação dos gestores e dos Conselhos de Saúde (ANEXO A).

Em 2003, o Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, aprovou a Moção nº 37 recomendando que **todos os cursos de saúde tivessem uma carga horária mínima de 4000 horas e tempo de integralização mínima de quatro anos** e que, esses cursos devessem assegurar uma sólida formação acadêmico-científica das competências e habilidades gerais definidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais de todas as profissões da saúde.

O Relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde sugere o aumento do aporte de verbas para os sistemas de informação em saúde visando à **melhoria da formação dos recursos humanos**.

Segundo Maciel et al (2005, p. 12), para que estas mudanças que vieram ocorrendo ao longo dos anos no modelo de assistência à saúde sejam implementadas de forma efetiva, seria necessário um perfil diferenciado dos profissionais de saúde, uma vez que estes devem ser capazes de trabalhar em equipe, incorporarem uma visão epidemiológica e valorizarem a participação social da comunidade.

Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais das 14 profissões de saúde, seguiram um único padrão preconizado pelo Parecer CNE/CES nº 583/2001, adotando um perfil profissional do egresso generalista, humanista,

crítico e reflexivo, em oposição ao antigo paradigma do curativismo defendido por Flexner no início do século passado, centrado na especialização.

Para exercer o papel de aglutinador de incentivo às mudanças na graduação em saúde, em 2003 o Ministério da Saúde assumiu seu papel de Gestor Federal do SUS no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação dos trabalhadores de saúde no Brasil. Para atingir este objetivo, criou o Departamento de Gestão da Educação na Saúde<sup>15</sup> (DGES) da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

O DGES propôs alguns processos cooperativos entre as instituições formadoras e o sistema de saúde, entretanto, sua capacidade de provocar mudanças na formação foi muito limitada, pois, segundo o Seminário sobre incentivo às mudanças na formação das carreiras de saúde, conduzida pelo Ministério da Saúde, “por se apresentarem de forma múltipla e fragmentada e corresponderem a orientações conceituais heterogêneas” (MINISTERIO DA SAUDE, 2003, p.3).

Para o Ministério da Saúde o papel das Universidades e demais instituições formadoras, por oferecerem processos educativos centrados em conteúdos e baseados em uma abordagem de ensino tradicional, tem contribuído para:

O estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas. Formam-se profissionais que dominam diversos tipos de tecnologias, mas cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade e a diversidade moral, social e cultural das pessoas. Também são incapazes de lidar com questões complexas como a dificuldade de adesão ao tratamento, a autonomia no cuidado, a educação em saúde, o sofrimento da dor, o enfrentamento das perdas e da morte, o direito das pessoas à saúde e à informação ou a necessidade de ampliar a autonomia das pessoas (MINISTERIO DA SAUDE, 2003, p.4).

Em relação ao fisioterapeuta, sua atuação em saúde pública ainda é incipiente, estando suas ações centradas nas áreas curativas e reabilitativas (paradigma curativista), voltadas para práticas hospitalares e ambulatoriais. Para Menezes (*apud* MACIEL et al, 2005), isto ocorre principalmente pela formação

---

<sup>15</sup> O Departamento de Gestão da Educação na Saúde é o órgão do Ministério da Saúde responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde em todos os níveis de escolaridade.

acadêmica deste profissional, que não tem contemplado a visão epidemiológica dos problemas de saúde (paradigma da construção social da saúde).

Na busca da mudança nos modelos de formação em saúde, o governo através da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação lançou em 2002 o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED). Este tinha o objetivo de reorientar os “produtos” da escola médica – profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados – para o processo de mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica.

Em novembro de 2005, o Ministério de Saúde por meio da SGTES em parceria com a SESu e o INEP, e cooperação com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) lançou o Programa Nacional de Reorientação da Formação do Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), que tinha como objetivo incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde doença.

Este programa foi baseado em um levantamento feito por uma comissão especialmente composta para este fim da SGTES, que apontou alguns problemas relacionados à formação em saúde, que transcrevemos a seguir (BRASIL, 2005, p. 13-15):

1. Excessiva especialização observada em alguns cursos da área da Saúde, e uma correspondente elevação dos custos assistenciais;
2. Não atendimento aos preceitos constitucionais no que diz respeito às atribuições do SUS em ordenar a formação profissional na área da Saúde;
3. Insuficiente articulação entre as definições políticas dos Ministérios da Saúde e da Educação contribuindo para um distanciamento entre a formação dos profissionais das necessidades da população brasileira e da operacionalização do SUS.
4. Baixa sustentabilidade dos esforços de integração do processo de ensino com a rede de serviços, na medida em que dependem de uma adesão idealista de docentes e estudantes e da vulnerabilidade às conjunturas políticas locais;
5. Direção da pesquisa científica predominantemente a aspectos especializados, vinculados à alta tecnologia, em detrimento a estudos e pesquisas no campo da atenção básica;
6. Determinação da oferta de cursos de especialização em expressivo número de IES, segundo uma lógica interna – pressão de grupos de poder, influências das corporações – e não pelas necessidades epidemiológicas e sociais;
7. Baixa oferta de educação pós-graduada e de processos de educação permanente em áreas como a da atenção básica;

A primeira versão deste programa atingia apenas os cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia. Ao final de 2006 após os primeiros resultados positivos, foi lançada a segunda versão aberta a todos os cursos de saúde.

Para complementar, o Governo Federal em 2007 lançou o Programa para Educação e Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE) que teve como objetivo geral desenvolver ações de promoção social da saúde através de atividades interdisciplinares e intersetoriais visando à formação e capacitação de profissionais comprometidos com a realidade social, conforme perfil solicitado pelas diretrizes curriculares da área da saúde. Neste programa, docentes, discentes e técnicos das unidades onde se desenvolvem as ações do Pró-Saúde recebem uma bolsa a título de incentivo.

Segundo Almeida (*apud* BATISTA, 2004) a complexidade desses processos de mudança na graduação podem ser traduzidos em três níveis. No primeiro nível (INOVAÇÃO) as mudanças são pontuais, particulares, concentrando-se em algumas atividades. No segundo nível (REFORMA), têm lugar as mudanças que buscam substituir dimensões mais abrangentes do processo de formação por outras que envolvam elementos essenciais ao processo de aprendizagem de novas habilidades. No terceiro nível (TRANSFORMAÇÃO), têm lugar as mudanças que buscam introduzir uma nova ordem no processo de formação, envolvendo a essência do próprio processo de produção do conhecimento.

O nível INOVAÇÃO é desenvolvido por docentes ou instituições que adotam metodologias inovadoras em algumas disciplinas ou projetos institucionais, a despeito das normas prescritas. O nível REFORMA é desenvolvido por instituições visando à formação de um novo profissional atingindo várias disciplinas e atividades<sup>16</sup>. No nível TRANSFORMAÇÃO ocorre a verdadeira mudança, com a adoção de novas normas ou metodologias de ensino para a formação do profissional.

---

<sup>16</sup> Como é o caso de Projetos ligados ao Programa de Reorientação da Formação do Profissional de Saúde (PRÓ-SAÚDE) do Governo Federal, em que várias disciplinas são inseridas em um contexto diferenciado de formação voltada para a assistência primária.