



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional.

Sub-Eixo: Ênfase em Formação Profissional.

REFORMA SANITÁRIA E RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS: A QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES PARA O SUS

Marina Monteiro de Castro e Castro¹

Sabrina Pereira Paiva²

Carina Bárbara de Carvalho Dornelas³

Flávia Fernandez Zschaber⁴

Resumo: O presente artigo apresenta o debate em torno da qualificação dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde, tendo como enfoque os conteúdos teóricos e teórico-práticos ministrados nas residências multiprofissionais. Em tempos de contrarreforma do Estado na política de saúde e educação, a compreensão e defesa do projeto e da história da reforma sanitária se faz urgente e necessária.

Palavras-chave: Reforma Sanitária; Residências Multiprofissionais em saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract: This article presents the debate about the qualification of workers for the Unified Health System, focusing on the theoretical and practical-theoretical contents taught in multiprofessional residences. In times of counter-reform of the State in health and education policy, the understanding and defense of the project and the history of health reform becomes urgent and necessary.

Keywords: Health Reform; Multiprofessional residences in health; Health Unic System.

1 INTRODUÇÃO

As Residências Multiprofissionais em Saúde são elaboradas como estratégias para a qualificação dos trabalhadores da saúde, para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), ancorando-se no debate do movimento sanitário quanto à necessidade de transformação das práticas profissionais e pedagógicas na área da saúde e de (re) afirmação dos princípios e diretrizes do SUS.

Conforme destacam Silva e Brotto (2016, p.130), a formação dos profissionais de saúde não incluía a construção de uma atuação na “perspectiva da atenção integral

¹ Professor com formação em Serviço Social, Universidade Federal de Juiz De Fora, E-mail: marinamcastro@gmail.com.

² Professor com formação em Serviço Social, Universidade Federal de Juiz De Fora, E-mail: marinamcastro@gmail.com.

³ Estudante de Graduação, Universidade Federal de Juiz De Fora, E-mail: marinamcastro@gmail.com.

⁴ Estudante de Graduação, Universidade Federal de Juiz De Fora, E-mail: marinamcastro@gmail.com.

à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação”.

Desde a implantação do SUS na Constituição Federal de 1988 (CF88) ampliou-se o debate sobre a importância de se pensar a formação dos recursos humanos em saúde, tendo como desdobramentos a Conferência Nacional de Recursos Humanos (1993) e a definição da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (NOB/RH- SUS). Um dos principais fundamentos legais para esse debate é o artigo 200 da CF88, que aponta que compete ao Estado ordenar a formação de recursos humanos em saúde.

A partir de então, diversas propostas vêm sendo lançadas com o intuito de suprir as lacunas na formação e trabalho em saúde. Castro (2013) destaca que, efetivamente, é a partir de dos anos 2000 que o Ministério da Saúde dispara editais a partir de políticas indutoras como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde) e os Programas de Residência Multiprofissional.

Dentre essas políticas, destacamos as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) como propostas estratégicas essenciais para a qualificação especializada dos trabalhadores para a saúde, uma vez que têm o potencial de articular o conjunto de profissões da área no cotidiano dos serviços de saúde, sem perder de vista a educação permanente em saúde.

Nota-se, entretanto, que essas políticas indutoras se desenvolvem em um contexto de contrarreforma na política de saúde e educação, envolvendo disputas de projetos diferenciados e/ou antagônicos para a saúde e as Residências. Sendo claro que, conforme aponta Gallo e Nascimento (2006), no processo de discussão da reforma sanitária as atitudes dos profissionais de saúde têm relação direta com os projetos societários e profissionais que defendem.

Concordamos com Vasconcelos (2006) ao indicar que o Serviço Social, estando inserido nos processos formativos para a área da saúde, deve contribuir na defesa de quadros teóricos e técnicos qualificados para a formulação de modelos curriculares e práticas articuladas aos interesses e reais necessidades de saúde dos usuários; de uma prática interprofissional que supere o modelo centrado na medicina e na doença; e da produção de conhecimentos calcada na determinação social do processo saúde/doença.

Assim, neste artigo, apresentamos uma reflexão ancorada no projeto da Reforma Sanitária, sobre certos componentes teóricos que devem se fazer presentes nos espaços de formação dos trabalhadores para o SUS. Leva-se em consideração, nesse ínterim, a experiência adquirida como tutoras de Programas de Residências

Multiprofissionais em Saúde e coordenadoras de projeto de iniciação científica que tem como objeto as Residências.

2 DESENVOLVIMENTO

As Residências Multiprofissionais em saúde foram instituídas em 2005 a partir da Lei 11.129/2005, se constituindo uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*. O projeto pedagógico das Residências, em seu componente teórico e teórico-prático, deve contemplar um conjunto de temáticas pertinentes à saúde em disciplinas que contenham a discussão do SUS, como bioética, ética, segurança do paciente, epidemiologia, metodologia científica e estatística.

De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004), as instituições formadoras, mediadas pelo Estado, devem apresentar

A relevância pública de seu projeto político-pedagógico e os significados que emprestam à produção de conhecimento e prestação de serviços e, assim, permitir o julgamento, pela sociedade, do cumprimento de suas funções públicas, igualando-se ao SUS ao reconhecer o direito de controle da sociedade sobre a gestão pública do ensino (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p.45-46).

Certamente, o debate social instaurado no país, especialmente, a partir das últimas décadas do século XX sobre a necessidade de provocarmos mudanças na formação profissional em saúde está articulado a um movimento de crítica ao modelo biomédico, hospitalocêntrico, curativista, individualista e fragmentador do cuidado em saúde, que se tornou hegemônico no mundo ocidental, especialmente a partir do fim do século XIX (PAIVA, 2017, p.43). Assim, a qualidade e relevância do projeto pedagógico são demonstradas pela coerência com os valores expressos pela reforma sanitária brasileira dos anos 1980.

Porém, historicamente, as instituições formadoras se construíram com base em “modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos” (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p.42), subalternizando as necessidades de saúde da população.

Vasconcelos e Baltar (2014), em pesquisa realizada com profissionais da saúde em um Hospital Universitário (HU), observaram que:

Aspectos socializantes e emancipatórios da Reforma Sanitária e do SUS não estão sendo apropriados pelos profissionais de saúde nos Hospitais Universitários, os quais não se reconhecem como sujeitos do SUS, o que impacta diretamente o cotidiano da prática na saúde,

na formação, assistência e na pesquisa (VASCONCELOS e BALTAR, 2014, p. 250).

A pesquisa ainda revelou que 42% dos sujeitos entrevistados desconhecem a contribuição da reforma sanitária para a saúde pública e 24% abordam apenas o papel da legislação. Desta forma, Vasconcelos e Baltar (2014) afirmam que o projeto da Reforma Sanitária, que levou à construção do SUS não foi apropriado pelos profissionais de saúde dos HU's e não está sendo a base para prática na saúde e para a pesquisa da área. Ou seja, os princípios dispostos na legislação perderam seu caráter histórico, ético, político e ideológico, ficando mais presente a frieza do arcabouço legal e operacional.

Desta forma, entendemos que o modelo hegemônico, conservador e privatista, ao direcionar o trabalho e a formação em saúde de acordo com o modelo biomédico, com as tecnologias convencionais de equipamentos e máquinas, resultam em abordagens fragmentadas e mecanicistas do usuário (CASTRO, 2013), e descartam os pressupostos do projeto de reforma sanitária.

A disputa entre diferentes projetos formativos na área da saúde se acirrou com o processo de contrarreforma do Estado na política de saúde e educação. Dessa forma, há um tensionamento direto entre o padrão universalista e redistributivo de proteção social previstos na Constituição de 1988 e da perspectiva de educação democrática, e a perspectiva que concebe a saúde e a doença do ponto de vista biologicista, curativista e do lucro do mercado. Saúde e educação são enfatizadas como mercadorias e como centrais para o desenvolvimento capitalista dos países.

Nesse sentido, considera-se imperativa a construção de um projeto formativo consistente para as Residências, ancorado nos princípios e diretrizes do SUS estabelecido na CF88 e na lei orgânica da saúde (8080 e 8142/90) e, para, além disso, nos pressupostos do movimento de reforma sanitária dos anos 1980. Ou seja, se estamos nos referindo à formação de trabalhadores para o SUS, faz-se mister que os residentes tenham em sua formação componentes que os possibilite compreender os aspectos históricos, teórico-metodológicos e ético-políticos que permeiam diferentes projetos de saúde pública, o movimento de reforma sanitária e a construção do SUS, como desdobramentos de um projeto societário emancipatório.

É válido ressaltar que o movimento pela reforma sanitária enfatizou, em consonância com movimentos internacionais, a necessidade de se compreender a saúde como resultante das condições de vida. O que significa que quanto mais justa e igualitária uma sociedade, do ponto de vista econômico e social, maior a probabilidade de se obter níveis de saúde mais elevados (PAIVA, 2017).

A concepção de saúde defendida pelo movimento de reforma sanitária é da saúde enquanto valor universal, sendo elemento constitutivo da humanidade. Entendemos que esse conceito está impregnado do debate da justiça social, uma vez que nossa sociedade, sendo desigual, confronta inclusive “concepções de vida das classes sociais” (ESCOREL, 2006). Desta forma,

A saúde plena, que não envolve apenas a recuperação da doença, significa, como foi definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde”. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. Esse conceito de saúde como resultante e como condicionante de um conjunto de fatores, transforma a luta pela saúde numa luta global, por transformação social (ESCOREL, 2006, p.182).

Bravo (1996) salienta que o projeto de reforma sanitária tem como base e estratégia o SUS, e acredita no Estado democrático e de direito. As suas fundamentações perpassam pela democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações. A saúde, assim, é concebida como direito universal e de dever do Estado, devendo constar nas garantias constitucionais.

Nesse sentido, observa-se que a proposta de constituição de um sistema único de saúde partiu de uma concepção de Estado que é produto da luta de classes e da relação direta entre “a luta específica pelo direito à saúde, e a luta mais global, pelas transformações das relações sociais” (ESCOREL, 2006, p.181). Daí a necessidade de se discutir de forma ampla as relações estabelecidas entre Estado e sociedade, e o papel das políticas públicas, entre elas, a política social de saúde.

De acordo com Minayo (1998) quando abordamos a questão saúde/doença do ponto de vista marxista, tais fenômenos são postos em relação com a totalidade social concreta e com as instâncias existentes na especificidade histórica de sua manifestação, sendo assim, tratados como um processo fundamentado na base material de sua produção, relacionado com as características biológicas e culturais com que se manifestam.

A autora ressalta ainda que, considerando esse quadro de totalidade, os conceitos considerados chaves para o conhecimento da saúde perpassam pelo:

(a) Processo de trabalho como *locus* privilegiado das relações de produção e reprodução dessas relações, visto como matriz de formação sócio-

econômica, política e ideológica e, portanto de luta de classe, de dominação e de resistência, abrangendo a totalidade das relações antagônicas entre capital e trabalho no interior do processo produtivo.

(b) Condições gerais de produção na relação imediata entre o processo de produção e a estrutura social e política onde se dá a organização do espaço, a distribuição da riqueza, dos equipamentos de vida urbana e social, isto é, as condições de vida e a intervenção do Estado (MINAYO, 1998, p.82-83).

No entanto, identificamos que o processo formativo não tem colocado em pauta a relação entre a formação sócio-histórica brasileira, sua realidade sanitária e o processo de adoecimento. Vasconcelos e Baltar (2014) identificaram na pesquisa realizada com profissionais de saúde, um posicionamento indeciso e contraditório sobre a viabilidade do SUS. As autoras atribuem essa postura ao fato de muitos profissionais não terem uma atuação calcada na realidade social brasileira. O que significa que os sujeitos do cuidado são muitas vezes vistos da perspectiva do universalismo abstrato sobre os corpos biológicos abstratos, sem quaisquer elementos da concretude social.

Vivemos em um país marcado por profundas desigualdades, compostas por disparidades sociais, econômicas, políticas e culturais entre as classes sociais. Essa estrutura desigual promove também condições particulares para a produção de doenças entre os sujeitos com diferentes inserções de classe, raça/etnia, gênero e sexualidade.

A população brasileira convive diariamente com o desemprego ou empregos informais, precárias condições de moradia, falta de saneamento básico, quebra dos direitos historicamente conquistados, violências diversas, resultando na deterioração das condições de vida. Quando esse processo é somado ao adoecimento, tem-se uma agudização do processo saúde/doença e das possibilidades de recuperação.

Ao analisar a relação entre condições de vida e o adoecimento por câncer, por exemplo, Silva (2010) destaca que:

O adoecimento por câncer produz implicações em aspectos físicos/clínicos, emocionais/subjetivos e sociais. O diagnóstico e o tratamento de patologias oncológicas tendem a serem desgastantes por tratar-se de doença crônica e pelas propostas de tratamento ainda bastante invasivas. Tal cenário se agudiza à medida que se somam questões como a dificuldade de acesso ao diagnóstico precoce e ao próprio tratamento preconizado e, também, a limitada proteção social promovida pelo Estado. Entenda-se por limitada proteção social questões como: a situação posta ao sujeito adoecido por câncer sem vínculo previdenciário que depende da sua condição física para a venda de sua força de trabalho a fim de promover sua subsistência (e comumente também de sua família); a situação do usuário com vínculo que enfrenta inúmeras dificuldades e constrangimentos por parte do empregador para comparecer às consultas e exames no curso de um tratamento prolongado; dentre outras questões (SILVA, 2010, p.182).

Consideramos ainda que o agravamento das desigualdades sociais no contexto atual está relacionado a uma segregação espacial nos territórios da cidade,

que restringe o acesso da população aos serviços de saúde e às melhores condições de vida. Monken e Barcellos (2005) ressaltam que é necessário o reconhecimento do território como resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças, sendo esse reconhecimento um importante passo para a caracterização da população e seus problemas de saúde, e para a avaliação dos impactos dos serviços de saúde sobre os níveis de saúde da população.

Nesse sentido, é urgente retomar a incorporação do debate da determinação social do processo saúde/doença defendido pelo movimento sanitário que “permite superar os modelos multicausais, ao introduzir a noção de determinações contraditórias e simultâneas decorrentes de necessidades do capital e do trabalho” (TEIXEIRA, 2006, p.19). E junto com ele o debate sobre o território na perspectiva crítica, superando a visão gerencialista e instrumental que engessa as políticas públicas de saúde.

Defendemos assim, que o processo formativo no âmbito das Residências deve ser construído de modo a permitir a construção de uma consciência sanitária que capacite os profissionais de saúde, para que percebam de forma mais crítica, integral e reflexiva os processos envolvidos na saúde e na produção das doenças no contexto societário atual. Em outras palavras, trata-se da compreensão de que há uma concomitância, no mesmo cidadão, do corpo biológico e do corpo socialmente investido (TEIXEIRA, 2006, p.42).

3 CONCLUSÃO

As Residências multiprofissionais em saúde, enquanto estratégias de qualificação dos trabalhadores para atuação no Sistema Único de Saúde devem primar por uma educação permanente direcionada pelo campo teórico, ético-político e metodológico que constituiu o movimento de reforma sanitária brasileiro. Este direcionamento não ocorre sem tensões, uma vez que há diferentes projetos societários em disputa que incidem na disputa entre eles na área da saúde.

Entende-se que perante este contexto de ataque à política de saúde e educação, o diferencial na formação do profissional nas Residências encontra sustentação no estudo sistemático da relação Estado e sociedade, especificamente na realidade brasileira, ancorada em princípios como a democracia, participação social, defesa dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, entre outros,

indicando uma perspectiva de atuação comprometida com os usuários e suas necessidades.

Nesse sentido, é necessário compreender que a saúde é um campo que está conectado à realidade social, e sua especificidade é dada pelas inflexões socioeconômicas, políticas e ideológicas do saber teórico e prático que envolvem as considerações sobre saúde e doença, as instituições, a constituição dos serviços e seus usuários. Estando inserida em uma realidade complexa, a saúde requer uma abordagem dialética que compreenda para transformar, e que sua prática seja repensada permanentemente (MINAYO, 1998).

REFERÊNCIAS

SILVA, L. B. Condições de vida e adoecimento por câncer. **Revista Libertas**. v.10, n.2, p.172-187, Juiz de Fora, 2010.

CASTRO, M. M. C. *Formação em Saúde e Serviço Social: as residências em questão*. **Textos & Contextos**. v. 12, n. 2, p. 349 - 360, Porto Alegre, jul./dez. 2013.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. n.14, v.1, p.41-65, Rio de Janeiro, 2004.

SCOREL, S. Saúde: uma questão nacional. TEIXEIRA, S. F (org). **Reforma Sanitária – em busca de uma teoria**. 3ªed. São Paulo: Cortez Editora, ABRASCO, 2006, p.181-192.

GALLO, E; NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. TEIXEIRA, S. F (org). **Reforma Sanitária – em busca de uma teoria**. 3ªed. São Paulo: Cortez Editora, ABRASCO, 2006, p.91-118.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro, Editora Hucitec, 1998.

MONKEN, M; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: n 21, v 3, p.898-906, mai - jun, 2005.

PAIVA, S. P. A formação profissional em saúde no Brasil e o papel da Universidade: conquistas, desafios e dilemas. In: OLIVEIRA, L. M. L.

CASTRO, M. M. C.; STEPHAN-SOUZA, A. I. (orgs.). *Formação em saúde: contribuições do Serviço Social para a construção do SUS*. 1ª ed. Curitiba: Ed. Prismas, 2017, p. 19-49.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária.
TEIXEIRA, S. F (org). **Reforma Sanitária** – em busca de uma teoria. 3ed. São Paulo: Cortez Editora, ABRASCO, 2006, p.17-46.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e práticas democráticas na saúde.
MOTA, A. E et al (orgs). **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Editora Cortez, 2006, p. 242 – 272.

VASCONCELOS, A. M; BALTAR, J. F. Universidade e Saúde: formação profissional para o Sistema Único de Saúde? DUARTE, M.J.O. et. al. (org). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas:** reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas, SP: Papel Social, 2014, p.249-268.