

## **Introdução**

A definição de Res Pública põe em relevo a coisa pública, o interesse comum, o bem comum (Bobbio e col., 1986). Na prática cotidiana dos diferentes segmentos sociais inseridos na sociedade e nos serviços sociais, dentre eles, os de saúde, o termo adquire várias conotações: ação estatal, direito de cidadania, sistema público de saúde, SUS. O processo histórico de formação da sociedade brasileira, deixou marcas profundas na realidade: pobreza e exclusão social de segmentos da população, grande desigualdade social entre as classes sociais e estratos de classe, poder político autoritário e discricionário. Contribuiu para o desenvolvimento de um imaginário social complacente e justificador dessa situação, com reflexos no recorte das políticas públicas. Os direitos de cidadania, a serem garantidos pelo estado, e o acesso aos bens produzidos, encontram grandes dificuldades para sua efetivação. Autores apontam que é mais fácil desenvolver consensos para políticas de combate à pobreza do que para políticas de redução das desigualdades sociais (Abranches e col., 1987). O ideal de “ajuda aos necessitados”, tem maior aceitação, do que os princípios da justiça social, e esse ideal continua presente na fala de muitos profissionais e trabalhadores da saúde (Silva e col., 2011). Ao mesmo tempo, os ideais que embasam a defesa das profissões liberais, ainda são fortes em nossa sociedade. Agregue-se a isto, as características do processo de desenvolvimento dos direitos sociais e de proteção social, no Brasil, restritivo, tortuoso e descontínuo, até a definição do SUS (CF, 1988). A LDB dos anos 90, e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação da Área da Saúde-DNC (1996-2001), apontaram princípios do SUS, na formação dos profissionais, (Almeida, 2003), mas ainda encontram resistências na sua implantação. Os Ministérios da Saúde e da Educação tem desenvolvido propostas conjuntas para reorientar a formação dos profissionais da saúde, Pró e Pet- Saúde (2005-2008). É importante lembrar que quando autoridades e pessoas públicas, buscam atendimento na área de saúde em serviços privados, mesmo havendo bons serviços na área pública, elas reforçam a valoração negativa que os serviços públicos recebem no imaginário da população e dos profissionais, as desigualdades sociais e de acesso aos serviços de saúde no país.

## **Referências**

- ABRANCHES, S. H.; SANTOS, W. G.; COIMBRA, M. A. *Política Social e Combate à Pobreza*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.
- ALMEIDA, M. (Org.) *Diretrizes Curriculares nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde*. Londrina: Rede Unida, 2003.
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. 2. ed. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação profissional- Pró-Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- SIVA, J. A.; SEIXAS, P. H. D. A.; MARSIGLIA, R. M. G. (Org.) *Os Sujeitos do Programa de Saúde da Família na Cidade de São Paulo*. São Paulo: Cealag/Memnon, 2011.

## **Que profissionais estamos produzindo para o público?**

### **Marina Peduzzi**

Professora Associada do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo  
Email: marinape@usp.br

### **Valeria Leonello**

Professora Doutora do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo  
Email: valeria.leonello@gmail.com

### **Jaqueleine Alcântara Marcelino da Silva**

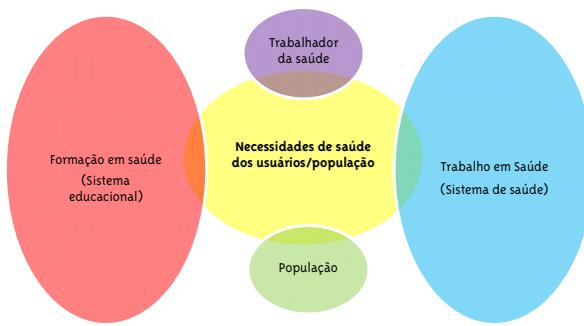
Enfermeira Especialista do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.  
Email: jaqueline.alc@gmail.com

A reflexão proposta será feita nos marcos do Sistema Único de Saúde (SUS), fundado em uma concepção ampla de saúde que remete às suas múltiplas dimensões e à sua constituição como direito, com acesso universal, orientado à integralidade da atenção, equidade do atendimento às necessidades de saúde e participação social. No contexto de construção do SUS, os debates e intervenções sobre a atenção à saúde, a educação e formação profissional ocorrem de forma articulada, permitindo reconhecer as relações recíprocas, de mútua influência, que há entre - Tra-

balho e Educação em Saúde, incluindo a Gestão do Trabalho (figura 1) (Pinto e col., 2013; Peduzzi, 2013).

Entende-se que o movimento de mudança do enfoque de Recursos Humanos para a abordagem do Trabalho e Educação em Saúde expressa a ampliação do olhar e o reconhecimento da complexidade das questões e objetos atinentes, tanto à inserção dos trabalhadores na rede de atenção à saúde, como à educação/formação profissional e educação permanente. Contempladas ambas de forma dialogada e compartilhada as necessidades de saúde dos usuários dos serviços e população dos territórios.

**Figura 1 - Interdependência/ co-produção na educação-trabalho em saúde**



Portanto, há muitos desafios na pergunta acerca de que profissionais estamos produzindo para o público? Que profissionais estamos produzindo para a atenção à saúde integral de toda população brasileira?

Nesta reflexão apresentaremos, inicialmente, um breve quadro da formação dos profissionais de saúde no contexto nacional, seguido de algumas considerações sobre o modelo de formação dos profissionais, no país, a reconhecida necessidade de mudança, as alternativas implementadas e os desafios presentes no cenário atual.

Referente à formação, a força de trabalho em saúde no país está organizada, basicamente em dois grandes grupos de profissionais: os de nível superior, cujo requisito mínimo para atuação profissional é o título de bacharel e os de nível técnico profissional, que estão divididos em profissionais de cursos de qualificação profissional (auxiliar) ou de habilitação profissional (técnico) (Fiocruz, 2008).

Os profissionais de nível superior estão organizados em 14 categorias profissionais. Já os de nível técnico estão organizados em um total de doze subáreas que compõe a educação técnica em saúde, embora estudo recente evidencie 20 subáreas, pois inclui outros grupos em ascensão, como os técnicos em agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF). (Brasil, 1998; Brasil, 2013; Fiocruz, 2008).

No ensino superior, as diretrizes curriculares (DCs) estabelecidas em 2003, representam um guia comum para as instituições de ensino superior (IES), mas como há diferentes formatos acadêmicos e administrativos, na prática as IES operam de forma distinta (Balbachevscky, 2007).

Entre as instituições públicas, há o consenso de que a formação esteja mais próxima às DCs, embora seja notória a presença de diferenças em vocações e práticas acadêmicas mais voltadas para a pesquisa ou então para o ensino, em especial o de graduação.

Já entre as instituições privadas há aquelas voltadas essencialmente para o ensino em massa, na qual a obtenção do lucro é o foco institucional. Entretanto, há também instituições privadas, consideradas de elite, com tradição na qualidade do ensino oferecido.

No que se refere à estrutura política desse cenário, observa-se a atuação do Ministério de Educação (ME), e o Ministério da Saúde (MS), como órgão ordenador e regulador da formação em saúde, conforme estabelecido pela lei 8080/90.

No ME, as principais políticas e ações voltadas ao ensino superior, focam o crescimento acelerado desta modalidade de ensino, em especial no âmbito privado.

O número de cursos em IES privadas na área de saúde saltou de 1800 em 2003, para 3579 em 2011, dobrando em aproximadamente uma década. A rede pública expandiu-se mais lentamente, passando 435 cursos em instituições públicas em 2003 para 774 em 2011. Além disso, dos 3579 cursos, apenas 774 (21,7%) estão em instituições públicas enquanto 2805 (78,3%) estão em instituições privadas (Brasil 2003; 2011).

Exemplos de programas que estimulam o ensino superior é o Programa Universidade para todos (PROUNI) no âmbito privado, que oferece bolsas de

estudos a alunos provenientes do ensino médio, e o Programa de Apoio ao Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) no âmbito das IES públicas, que tem como uma de suas metas elevar para 90% a taxa de conclusão média dos cursos de graduação presenciais.

Em síntese, a maior parte dos profissionais de saúde de nível superior está sendo formados em instituições privadas. Também vale ressaltar que o maior contingente de profissionais não são os de nível superior, e sim os de nível técnico profissional (auxiliar e técnico), modalidade de ensino que também vem se expandindo fortemente, com crescimento de 74,6% no período de 2007 a 2012<sup>6</sup> (Brasil, 2013).

Entretanto, as políticas de formação, destacam a formação de nível superior e secundarizam a educação profissional, mesmo com a entrada desse segundo tema na agenda das políticas públicas de saúde, a partir da experiência do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de enfermagem (PROFAE). Estudo recente corrobora essa afirmação ao mostrar que nas últimas duas décadas predominam publicações sobre a formação dos trabalhadores de saúde (71% do total de 532 resumos) (Pinto e col., 2013), em especial estudos relacionados ao ensino superior.

A atuação do MS ocorre por meio da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGETS), criada em 2003, com a responsabilidade de formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e, qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional (Brasil, 2012).

As ações da SEGETS são desenvolvidas por meio de dois eixos: formação e trabalho. Exemplos de ações desenvolvidas pelas SEGETS são a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o PROFAE e o Projeto de Profissionalização dos Profissionais de Saúde (PROFAPS).

Com relação ao modelo de formação dos profissionais observa-se o grande predomínio do ensino por disciplinas, centrado na racionalidade biomédi-

ca, com ênfase na dimensão biológica do processo saúde e doença (Almeida e Feuerwerker, 1999) e uniprofissional, no qual estudantes tem contato apenas com os colegas da mesma área.

Esse modelo corresponde, por um lado, a serviços de saúde organizados predominantemente em torno de intervenções médicas, com o reconhecimento da atuação dos demais profissionais como periférica, dificultando maximizar a colaboração presente em potência no trabalho em equipe e na rede de atenção à saúde. Por outro lado, as práticas assim orientadas, tanto no âmbito da atenção à saúde como da formação e educação profissional, acarretam intensa fragmentação do cuidado e corporativismo/tribalismo profissional, com destaque para defesa de interesses das respectivas corporações em detrimento dos interesses voltados às necessidades de saúde dos usuários e população.

Esses determinantes de ordem mais sistêmica também têm expressão no plano organizacional e interativo. No primeiro, observa-se o predomínio de um modelo tradicional de gestão em saúde nos padrões taylorista/fordista com centralização das tomadas de decisões e relações hierárquicas (Campos e Domitti, 2007). No plano das interações os estudos empíricos mostram o predomínio da prática profissional isolada, uniprofissional e como referido acima, expressivas dificuldades de integração e colaboração das equipes de trabalho (Ribeiro e col., 2004).

Nesse modelo educacional, os estudantes das diferentes profissões encontram espaço dominante de aprendizado teórico-prático no hospital e sem contato entre as diferentes áreas que aí atuam. Embora a tendência ao ensino hospitalar passe por mudanças desde os anos 80 quando se inicia uma reorientação para o cuidado extra-hospitalar, mantém-se intacta outra forte tendência da prática e formação em saúde com ênfase em conteúdos técnicos e no incremento da incorporação tecnológica.

Esse modelo de formação contrasta com as necessidades de saúde de usuários e população, dada transição demográfica, mudança do perfil epidemiológico e presença de tripla carga de doenças com importante aumento das condições crônicas (Mendes, 2012).

6 Dados relacionados ao número total de matrículas de todas as áreas de cursos técnicos.

Os desafios para a formação e atuação profissional nos marcos do SUS voltada às necessidades de saúde de usuários e população, passam por todos os cenários apresentados, o político relacionado à formação para e pelo trabalho, o institucional referente a rede de serviços e de escolas/IES e, o interativo relacionado aos profissionais.

No político, destacam-se a descontinuidade na gestão das propostas e ações e as tensões criadas pelo predomínio do ensino no setor privado para atuação nos marcos da política pública do SUS, em especial do ensino superior, secundarizando o ensino profissional.

Para as instituições de ensino, um dos desafios é formar profissionais que possam efetivamente exercer a integralidade do cuidado, trabalho interprofissional e prática colaborativa, em um cenário diversificado de formatos institucionais, que podem operar com baixa oferta de possibilidades de vivência e aprendizado discente.

O reconhecimento dessas tensões e contradições faz parte do processo de construção do SUS e dá origem a um conjunto de alternativas, algumas já referidas acima, que buscam articular ensino-serviço e integrar ações de saúde, serviços e setores: movimento da integração docente-assistencial, o Programa UNI (Programa - Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União a Comunidade), Pro-Saúde e Pet-Saúde, unificados no Programa Pro-Pet Saúde.

Mais recentemente outras iniciativas de mudança da formação de profissionais de saúde merecem destaque, tanto pela novidade como pela potência de reorientação nos marcos do SUS: a Educação Interprofissional em Saúde, presente no Campus Baixada Santista da Unifesp, o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, e os Cursos de Graduação em Saúde Coletiva.

Quanto aos conteúdos curriculares, propostas colocadas no debate recente por Frenk e colaboradores (2010) e WHO (2010) enfatizam a atenção à saúde centrada no usuário e população, educação interprofissional para o trabalho em equipe e prática colaborativa, educação mediada pelas tecnologias da informação online, e consolidação de currículos baseados em competências.

Para as instituições de saúde, dado o reconheci-

mento da complexidade do processo saúde-doença e da rede de atenção e da necessidade de educação/formação interprofissional e interdisciplinar, é necessário pensar na busca de maior efetividade do trabalho em equipe e prática colaborativa, como desafios para implementação da educação permanente, em contraposição à frequente precarização do trabalho e práticas formativas pontuais que reiteram a atenção fragmentada.

Para os profissionais de saúde, que operacionalizam o sistema de saúde com todas as suas contradições e tensões, faz-se necessário pensar na organização e mobilização coletiva a favor de um sistema de saúde que ofereça condições dignas de trabalho e educação que possam garantir a atenção à saúde com base nos princípios e diretrizes do SUS.

## Referências

- ALMEIDA, M. J.; FEUERWERKER, L.; LIANOS, M. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança: um olhar analítico*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- BALBACHEVSKY, E. Carreira e contexto institucional no sistema de ensino superior brasileiro. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 9, n. 17, p. 158-188, 2007.
- BRASIL. Conselho nacional de saúde. Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. Relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho. Brasília, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: políticas e ações / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira . Censo da educação básica: 2012 - resumo técnico. - Brasília, DF : Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: <[http://download.inep.gov.br/educacao\\_basica/censo\\_escolar/resumos\\_tecnicos/resumo\\_tecnico\\_censo\\_educacao\\_basica\\_2012.pdf](http://download.inep.gov.br/educacao_basica/censo_escolar/resumos_tecnicos/resumo_tecnico_censo_educacao_basica_2012.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2013.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems Iná na independent world. *The Lancet*, Filadélfia, v. 376, p. 1923-1957, dez. 2010.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde. Observatório dos Técnicos em Saúde. Banco de dados da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro, 2008.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da estratégia da saúde da família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

PEDUZZI, M. Trabalho e educação na saúde: ampliação da abordagem de recursos humanos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1539-1541, 2013.

PINTO, I. C. et al. Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1525-1534, 2013.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde instrumental para a análise do trabalho no programa saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva: 2010.

## O Públco na saúde pública e o bem comum: O que compreendem o público na saúde?

### Lenir Santos

Doutora em saúde pública pela UNICAMP, especialista em direito sanitário, coordenadora do curso de especialização em direito sanitário IDISA-SIRIO LIBANÉS, advogada.

O debate sobre o público e o privado na saúde remonta à Assembleia Nacional Constituinte quando se discutia a seguridade social no seu eixo *saúde*.

A discussão sobre a saúde ser considerada como direito de todos e dever do Estado acirrou os ânimos dos constituintes que se dividiam entre os que se denominavam de ‘centrão’ em contraponto àqueles que se intitulavam de ‘progressistas’. Os primeiros não defendiam o reconhecimento constitucional de a saúde ser dever do Estado. Inicialmente o texto que se pretendia (os progressistas) fosse encartado na Constituição era de que as ações e serviços de saúde deveriam ser considerados como de *natureza pública*.

Isso levou o ‘centrão’ a se insurgir contra essa qualificação por entender que, em sendo as ações e serviços de saúde de *natureza pública*, fatalmente a liberdade da iniciativa privada estaria prejudicada, uma vez que essa atividade (saúde) ficaria sob o controle do Poder Público no tocante à possibilidade de seu exercício pelo particular, podendo o exercício da saúde privada ficar sujeita à autorização pública.

Foi necessário encontrar uma saída para esse conflito instalado na Assembleia Nacional Constituinte; foi assim que se chegou a um consenso e se substituiu a palavra ‘natureza’ por ‘relevância’ fazendo com que o texto ficasse com a seguinte redação: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde...”.

A partir dessa definição constitucional, várias tentativas de se interpretar essa construção semântica têm sido feita, tendo levado Eros Roberto Grau<sup>7</sup> (1992) ao entendimento de que essa expressão confere à saúde maiores cuidados, como:

“Dessa essencialidade surge para o Estado, como decorrência do próprio interesse da sociedade na garantia do seu direito, um dever-poder de prestar

<sup>7</sup> Eros Roberto Grau. O conceito constitucional de relevância pública. Brasília: OPAS-1992.