



O SUS E AS PERSPECTIVAS PARA UMA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: REFLEXÕES ACERCA DAS INFLUÊNCIAS NO CENÁRIO BRASILEIRO

ADRIANI CRISTIANI STANGA, IVO DICKMANN

RESUMO

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) novas perspectivas de cuidado ampliaram as alternativas de acesso e na mudança de cenário para uma saúde mais qualificada. A este respeito, o SUS não só amplia a capacidade da assistência em saúde como articula a premissa de formação de recursos humanos para atuarem a partir da sua configuração. Assim o objetivo desse estudo é refletir sobre as circunstâncias decorridas no cenário de saúde brasileiro e suas influências para a formação profissional em saúde a partir do SUS. Para isso, para a edificação desse ensaio teórico, partimos da condição reflexiva oriunda de diálogos estabelecidos durante a efetivação discente em atividades e componentes curriculares no curso de doutorado, bem como, nos desdobramentos que a postura crítico-reflexiva foi sendo assumida nos processos de orientação a partir da construção de tese no PPGCS da Unochapecó. Em decorrência dessa configuração instaurada nas práticas em saúde através do modelo flexneriano, o destaque das ações passa a vigorar na centralidade de uma racionalidade científica, tendo em vista o caráter positivista que orientou, desde então, a sistematização do ensino em saúde nessa vertente. Há que se destacar, a necessidade e as conquistas galgadas da saúde pública ao adotar medidas, por meio de legislações e pela Constituição Federal de 1988, para uma nova abertura de horizontes, prevendo ações e estratégias capazes de provocar mudanças no processo saúde-doença-cuidado e na qualidade de vida da população. Contudo, as mudanças vêm ocorrendo no processo formativo em saúde, co-responsabiliza as instituições formadoras para o dever de prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS e a sua melhor consecução, para que expressem qualidade e relevância social coerentes com os valores de implementação iniciadas através da reforma sanitária brasileira.

Palavras-chave: cenário brasileiro; formação profissional em saúde; sistema único de saúde.

1. INTRODUÇÃO

Em meados das décadas de 1910-1920, a arte evidenciava um momento brasileiro que caracterizou a realidade nacional da época: a criação do personagem denominado Jeca Tatu, idealizado pelo escritor Monteiro Lobato (1882-1948), retratado na obra *Urupês*, que revelou um momento histórico referente ao contexto da saúde brasileira, em decorrência da realidade histórica da República Brasileira no início do século XX durante o período sanitário, representado pelo personagem que colocava em evidência os condicionantes históricos, sociais e as transformações narradas através de sua história pelas concepções manifestadas em torno das proposições de saúde-doença.

Nesse ensejo, ao resgatar essa figura em um contexto de reais necessidade em saúde ao qual fulgurou o personagem através da realidade brasileira, em contraponto consideramos

o atual cenário em saúde, que encontra no advento do Sistema Único de Saúde (SUS) novas perspectivas de cuidado ampliando alternativas de acesso e de mudança de cenário para uma saúde mais qualificada. A partir deste retrato das esferas que constituem o ordenamento social nos seus diferentes segmentos, os pressupostos de integralidade, universalidade e equidade adotados nas atuais conjunturas do contexto nacional de saúde não somente vigoram enquanto garantia de direitos, mas também lança nesse desafio, a complexidade de “fazer saúde” em condições tão díspares de nossas realidades brasileiras.

A este respeito, o SUS não só amplia a capacidade da assistência em saúde como articula a premissa de formação de recursos humanos para atuarem a partir da sua configuração, tornando-se um dos mais importantes empregadores de profissionais de saúde no país. Nessa seara, as mudanças alçadas através da criação do SUS também retrata uma (des)construção de conceitos e ideais que não acompanham a transformação requerida para as ações do SUS ocorrerem.

Sobre isso, o campo da saúde tradicionalmente, tem apresentado-se sob a égide de disputas entre “um modelo hegemônico, caracterizado como biomédico, e um modelo contra- hegemônico, representado pelos ideários da Saúde Coletiva, que defende novas formas de produção da saúde a partir da interlocução das Ciências da Saúde com as Ciências Humanas e Sociais.” (TEO e MATTIA, p. 44, 2021).

Teo e Mattia (p. 51, 2021) complementam que “evidencia-se o SUS como fio condutor da formação de profissionais da área da saúde, pois, na medida em que o Sistema vai sendo estruturado e se consolidando, emerge a necessidade de profissionais com perfil para atuar conforme seus princípios e diretrizes”.

Portanto, para a edificação desse ensaio teórico, partimos da condição reflexiva oriunda de diálogos estabelecidos durante a efetivação discente em atividades e componentes curriculares no curso de doutorado, bem como, nos desdobramentos que a postura crítico-reflexiva foi sendo assumida nos processos de orientação a partir da construção de tese no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde (PPGCS) da Unochapecó. Nessa conjuntura, o objetivo geral dessa composição teórico-reflexiva consiste em refletir sobre as circunstâncias decorridas no cenário de saúde brasileiro e suas influências para a formação profissional em saúde a partir do SUS.

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO HORIZONTE PARA A CONSOLIDAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA CONTEMPORANEIDADE

Inicialmente, confere destacar a identidade de um Brasil, entre os séculos XVI e XVII, que vivencia a partir da vinda dos imigrantes europeus, o surgimento de diversas doenças infectocontagiosas transportadas da Europa às terras brasileiras, o que gerou lastros de epidemias como o sarampo, varíola, gripes, doenças parasitárias e venéreas, a tuberculosa e a lepra, que acabaram por se tornar comum àquele cenário, como recorda Kleba (2005). A este respeito, além da chegada dos europeus, Kleba (2005, p. 146) explica que a partir da “migração de pessoas do continente africano através da escravidão, novas enfermidades foram importadas para o Brasil, entre elas a malária e a febre amarela.”

Nesse episódio, a precariedade e a insalubridade dos ambientes somados a falta de higienização e a falta de possibilidades para o controlar as doenças e afecções que acometiam a população, contribuiu para que a disseminação de enfermidades transcorresse de forma descontrolada nesse período histórico, instaurando desordens sanitárias.

Assim, a sociedade brasileira atravessou profundas mudanças em sua política e nos seus aspectos sociais em meados do século XIX, onde uma nova realidade raiava

estabelecendo um período da mudança na forma de governar, vivenciando a criação da Constituição de 1824, e acompanhando a substituição do trabalho escravo pelo trabalho assalariado onde iniciou a modernização chegando às fazendas de café e outras lavouras brasileiras, já que a agricultura era a principal economia do país (SCHMIDT, 2008).

Ao fim do século XIX, a população brasileira, em sua maioria de origem pobre, passou a ser representada como “classes perigosas”, assim diagnosticada pelos vulgos “intelectuais- médicos” que caracterizou este público como uma essa população desvalida e enquanto uma ameaça e condição de perigo na organização do trabalho, na manutenção da ordem pública e, principalmente no contágio das doenças, o que tornou esse contexto desafiador e exigiu que a higiene pública fosse a ser um caminho para a civilização, aponta Schmidt (2008).

Ao que se refere à preparação dos profissionais para atuar na saúde, em 1808 foram criadas as primeiras escolas de medicina no Brasil, com a chegada de João VI. Os profissionais da medicina brasileira desse período eram formados nas faculdades do Rio de Janeiro e da Bahia, instituições pioneiras na educação médica e tinham o modelo de ensino com bases na orientação francesa até a Segunda Guerra Mundial, e após passou a receber influência norte americana, por orientação federal, assumindo o modelo “flexneriano”. (HADDAD, 2006).

Sob essa perspectiva, não é possível negar os “respingos” que os modos pretéritos de atuação centrada nos moldes biomédicos ainda se fazem presentes e recorrentes nos exercícios profissionais na área da saúde atual, muito por conta da influência do modelo norte-americano flexneriano incorporado em nossas práticas, assim como menciona Fertoni et al. (2015, p. 1870) ao afirmar que “o designado “modelo biomédico” tem influenciado a formação profissional, a organização dos serviços e a produção de conhecimentos em saúde.”

Esse pano de fundo parte como condição para entender os rumos almejados para a melhoria do atendimento em saúde, partindo da proposta flexneriana orientada pela centralidade na doença, e organizado por serviços de saúde segmentados, priorizando ações curativas e medicalizadas, com ênfase na incorporação de super tecnologias, condicionando a fragmentação da atenção, fortalecendo a postura autoritária de uma estrutura médico assistencial privatista e que, conseqüentemente, contribuiu para uma baixa valorização da Atenção Primária à Saúde (APS).

Em que pese, a conotação do modelo biomédico obteve respaldo a partir da publicação do Relatório Flexner em 1910, quando intencionou orientar as práticas médicas dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá a partir de uma avaliação em face a uma análise crítica do funcionamento das escolas formativas em medicina desses países e que culminou na reformulação do ensino médico. Nesta ordem, “as diretrizes do relatório orientavam no sentido de ruptura com a ciência de base metafísica para a sustentação no paradigma cartesiano, o qual assume destaque e firma-se no campo da saúde.” (FERTONANI et al., 2015, p. 1870).

Em decorrência dessa configuração instaurada nas práticas em saúde através do modelo flexneriano, o destaque das ações passa a vigorar na centralidade de uma racionalidade científica, tendo em vista o caráter positivista da época e que orientou, desde então, a sistematização do ensino em saúde nessa vertente. Assim, Pagliosa e Da Ros (2008, p. 494) enfatizam que “as escolas (de Medicina) podiam ser abertas indiscriminadamente, sem nenhuma padronização, estando vinculadas ou não a instituições universitárias, com ou sem equipamentos, com critérios de admissão e tempo de duração diferenciados e independentemente de fundamentação teórico-científica.”

Nesse panorama, a figura do intelectual Oswaldo Cruz passa a representar, entre o século XIX e início do século XX, uma nova configuração na saúde brasileira, inclusive

adotando a vacina obrigatória contra as epidemias existentes no Brasil, instituindo a limpeza urbana e a operação mata-mosquito, a fim de eliminar os focos dos transmissores de doenças, sendo que essas medidas reduziram consideravelmente as taxas de febre amarela, varíola e peste que assolavam os brasileiros. Sobre o início do século XX, com vistas a transformar a imagem de um país atrasado, inculto e pestilento em períodos de epidemias de varíola, febre amarela e peste bubônica, emerge a necessidade de políticas de saúde pública no Brasil, pois essas frequentes ocorrências de enfermidades e epidemias dificultavam, inclusive, os investimentos nas relações internacionais e a demanda de profissionais para atuar na saúde.

É também o que ocorre nesse período a criação das instituições formativas das diversas profissões que passam a constituir a área da saúde no cenário brasileiro. Por sua vez, o processo formativo em saúde, nas décadas de 60 e 70 durante o regime militar, acontece uma reforma universitária, favorecendo sobremaneira a lógica do complexo-médico-industrial, e após o golpe militar de 64, são criadas inúmeras escolas de Medicina e Enfermagem no Brasil seguindo o modelo “flexneriano” hegemônico da época, transferindo ao molde formativo em saúde esta mesma vertente, agregando na centralidade da figura médica a pouca ênfase nos aspectos da prevenção e promoção da saúde, com atenção médica voltada a abordagem individual e ao estímulo à aprendizagem dentro do ambiente hospitalar que influenciou a criação de hospitais universitários e a especialização da assistência médica.

Carvalho e Ceccim (2009, p. 142) apontam que através do modelo “flexneriano” a formação em saúde “foi adquirindo caráter instrumental e de habilitação para fazeres profissionais recortados em ocupações, fragmentados em especialidades e centrados nas evidências de adoecimento diante do processo saúde-doença.” Foi por conta dessa centralidade nos processos de intervenção dos procedimentos adotados na saúde e no uso dos equipamentos que a saúde ficou compreendida como ausência de doença.

Assim, surge na década de 70, o Movimento da Reforma Sanitária que passa a ganhar forças, onde segundo Escorel (1988 apud KLEBA, 2005, p. 165), parte da criação de um grupo constituído por intelectuais, profissionais de saúde e políticos, “que organiza um departamento de medicina preventiva no interior de algumas universidades, a partir do qual se podia irradiar uma consciência crítica sobre saúde.”

É deste movimento que são introduzidas novas unidades de conteúdo e novas disciplinas no ensino em saúde, enfatizando-se a dimensão social do conhecimento, formulando-se adequações na formação profissional ajustadas à realidade da população e dos serviços.

Há que se destacar, nesse ínterim, a necessidade e as conquistas galgadas da saúde pública ao adotar medidas, por meio de legislações e pela Constituição Federal oriunda de 1988, para uma nova abertura de horizontes, prevendo ações e estratégias capazes de provocar mudanças no processo saúde-doença-cuidado e na qualidade de vida da população.

Esse cenário pautado em transformações intencionais mais próximas das reais demandas, tal qual se estabelece a partir da Lei 8.080/1990 ao estabelecer “condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, dentre outros” (BRASIL, 1990), ampliou o escopo do cuidado e propôs ramificações para além somente de ações curativas e de caráter hospitocêntrico que predominou no campo da saúde.

Logo, ao complexificar o entendimento de saúde, é assim, antes de tudo, a edificação do resultado das formas que ocorrem a organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, portanto, a saúde não é um conceito abstrato, pois “ela define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.” (BRASIL, 1986, p. 4).

Com o advento da proposta de saúde para todos, segundo o artigo 200, inciso III da Constituição Federal, compete ao SUS, além de outras atribuições nos termos da Lei, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Nesse ensejo, a Lei nº. 8.080 (BRASIL, 1990), dispõe sobre a organização e funcionamento do SUS e prevê para que os trabalhadores da saúde tenham formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas permanentes de aperfeiçoamento de pessoal.

É neste contexto que a formação dos profissionais em saúde passa a integrar uma formação que atenda as perspectivas do SUS. Assim, os princípios constitucionais e os novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde, exigem novos perfis profissionais e o comprometimento das instituições de ensino por meio do cumprimento de diretrizes curriculares que contemplem as prioridades expressas nos perfis epidemiológicos e demográficos de cada região do país (BRASIL, 2005).

No âmbito das Instituições de Educação Superior (IES), as DCN são direcionadas a orientar a proposição de currículos que contemplem um perfil de profissional preparado para a lógica do SUS incentivando o diálogo interministerial favorecendo a aproximação entre os Ministérios da Educação e Saúde, e na implementação das DCN como estratégia essencial para as mudanças na graduação no sentido de qualificar a formação acadêmica e a atenção à saúde da população (SCHMIDT, 2008).

É nessa instância que movimentos na qualidade de formação profissional passam a tensionar o campo do ensino em saúde, assim como Ceccim e Feuerwerker (2004) ao reforçar a necessidade da aproximação de atores e setores que contribuem para essa qualidade representados no quadrilátero da formação, ao qual abrange o ensino, a atenção, a gestão e o controle social definindo que:

A imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia *in acto*) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente). No quadrilátero estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p. 59).

Portanto, a saúde perspectivada por um viés pedagógico tem a finalidade de transformar os processos formativos, as práticas de saúde e as orientações teóricas para a consolidação da formação profissional em saúde. Estas intencionalidades são enaltecidas por evidenciar uma formação profissional em saúde como fator essencial na efetivação de mudanças nas dimensões que abrangem o cenário das diferentes realidades onde o SUS atua, afim de gerar transformações positivas em todos os campos da saúde.

3. CONCLUSÃO

Por fim, cabe evidenciar que as mudanças vêm ocorrendo no processo formativo em saúde, co-responsabiliza as instituições formadoras para o dever de prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS e a sua melhor consecução, permeáveis o suficiente ao controle da sociedade no setor, para que expressem qualidade e relevância social coerentes com os valores de implementação iniciadas através da reforma sanitária brasileira.

Nos processos de formação em saúde encontramos, nessa esteira, nas políticas públicas alternativas e inciativas para a manutenção da reorientação profissional, onde cabe junto às universidades, o desenvolvimento que permita aos graduandos a tornarem-se sujeitos comprometidos e amparados pela qualidade das suas aptidões profissionais com competência, habilidades e tornando-os capazes de atuar com excelência, eficiência e resolutividade no SUS, bem como, preparar profissionais criativos, inovadores, pró-ativos, com capacidade de liderança e autonomia necessária para assegurar a integralidade, a qualidade e a humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-Saúde**: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 77p.
- CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S et al. (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.137-170.
- CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14 (1): 41- 65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/> Acesso: 25/10/2021.
- FERTONANI, H. P; PIRES, D. E. P.; BIFF, D; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20 (6), p. 1869-1878, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/> Acesso: 16/05/2022.
- HADDAD, A. E. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1995-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.
- KLEBA, M. E. **Descentralização do sistema de saúde no Brasil**: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó: Argos, 2005. 475 p.
- PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2008, v. 32, n. 4 pp. 492-499. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012> Acesso: 19/11/2021.
- SCHIMIDT, S. **O processo de formação dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia nos serviços de atenção básica**. (Tese de Doutorado). 2008. Programa de Pós-Graduação em 261 Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, 2008,183 p.

TEO, C. R. P. A.; MATTIA, B. J. **Formação profissional em saúde: pelas tramas das Diretrizes Curriculares Nacionais.** In: Fernanda Monteiro Rigue; Ana Paula Parise Malavolta. (Org.). Costuras entre educação e saúde: possibilidades em movimento. 1ed. Veranópolis: Diálogo Freiriano, 2021, v. 1, p. 44-67.