



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Monteiro de Almeida Filho, Naomar

Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, núm. 6, junio, 2013, pp. 1677-1682

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63027450016>

- [Como citar este artigo](#)
- [Número completo](#)
- [Mais artigos](#)
- [Home da revista no Redalyc](#)

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil

Contexts, impasses and challenges for training Public Health workers in Brazil

Naomar Monteiro de Almeida Filho ¹

Abstract *An introductory comment is made on the historical background, institutional impasses and curriculum challenges for training Public Health workers in Brazil. Initially, a thesis is proposed, namely that the Brazilian state has not fulfilled its responsibility to ensure quality public services for the population, with access and equity, shaping “the four perversions of Brazilian education.” Secondly, it analyzes the public health system, which is theoretically universal, but being underfunded and with acknowledged shortcomings, contributes to the increase in social exclusion. Lastly, it highlights the need for new models for training people who are technologically competent, suitable for teamwork, creative, autonomous, problem-solving, engaged in health promotion, open to social participation and committed to the humanization of health.*

Key words Higher education, Public Health, Social exclusion, Equity

Resumo *Comentário introdutório sobre conjunturas históricas, impasses institucionais e desafios curriculares na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. Em primeiro lugar, propõe-se a tese de que o estado brasileiro não tem cumprido sua responsabilidade de garantir à população serviços públicos de qualidade, com acesso pleno e equidade, conformando “as quatro perversões da educação brasileira”. Em segundo lugar, analisa-se o sistema público de saúde, em tese universalista, mas que, subfinanciado e com carências reconhecidas, contribui para aumentar a exclusão social. Finalmente, destaca-se a necessidade de novos modelos de formação de pessoas tecnologicamente competentes, capazes de trabalhar em equipe, criativas, autônomas, resolutivas, engajadas na promoção da saúde, abertas à participação social, comprometidas com a humanização da saúde.*

Palavras-chave Educação superior, Saúde Coletiva, Exclusão social, Equidade

¹Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. R. Padre Feijó 29/4º, Canela. 40210-070 Salvador BA. naomaralmeida@gmail.com

Conversei com um colega, experiente professor universitário da geração que nos antecedeu. Queixava-se que cada vez mais se cansa de pedir aos alunos para prestar atenção na aula. Dizia estranhar que os estudantes agora entram e saem o tempo todo, muitos nem ficam na sala de aula. Também reclamava que o mestre ensina uma coisa e todo mundo vai na internet para ver se é verdade. Essa tal de Wikipedia é um horror e não tem nenhuma credibilidade, lamentou quase triste.

Fiquei meio tímido em contestá-lo, dizer-lhe que estou cada vez mais convencido de que as pedagogias de transmissão com submissão escolar, baseadas em conteúdo e autoridade intelectual, são coisa do passado e que a Wikipedia seria a mais fascinante encyclopédia já feita, justamente pelo fato de ser insegura. Outras encyclopédias cristalizam o conhecimento, pois estabelecidas e impressas, impõem e definem as verdades que todos já duvidam. A Wikipédia é uma fonte aberta, em constante atualização e permanente validação, onde qualquer um contrapõe informações e conhecimento, além dos usuários poderem apresentar conteúdos novos e ainda avaliar a credibilidade da informação. Além disso, buscadores (Google etc.), redes sociais (Twitter, Facebook etc.), repositórios de textos (Scribd, Slideshare etc.) e disseminadores de imagens e vídeos (Youtube, Tumblr etc.) fomentam produção e compartilhamento de informação e conhecimento em escala massiva. Recentemente, emergem dispositivos digitais de aprendizagem em ambientes virtuais e realidade aumentada, além de programas curriculares abertos, genericamente denominados MOOC (massive online open courses), como EdX e Coursera. Acho tudo isso fantástico.

Pensando sobre essa conversa, vejo que o domínio de uma sala de aula ainda pertence a uma geração que não experimentou a plena transição intelectual para o pensamento contemporâneo. Muitos de nós não percebemos a nova conjuntura, poderosa e prevalente por sua conectividade universal ou quase total, com um recorte social muito intenso, definido por presença e laços virtuais, totalmente distinto das formas clássicas de pensar as relações sociais, antes baseadas na presença física e nos vínculos interpessoais. Quer dizer, esse é um mundo novo, mas que ainda não se dá para todos, cujo acesso precisa ser ampliado para incluir cada vez mais sujeitos nas novas matrizes de pensamento que regem a conjuntura intelectual, tecnológica, científica e cultural do mundo contemporâneo.

A conjuntura intelectual do mundo de fato mudou radicalmente nas últimas décadas. Cada

vez mais verifica-se uma compressão do espaço-tempo, rupturas de limites-barreiras, maior centralidade da tecnologia, hiperconectividade, predominio do pensamento complexo, novas formas de organizar saberes e conhecimentos, indicadas por termos da moda como multi/meta/inter/trans-disciplinaridade. Essa conjuntura contemporânea, mutante e massiva, tem afetado profundamente os cenários da formação profissional e acadêmica, particularmente em campos tão dinâmicos como a Saúde Coletiva.

Em particular, o Brasil passa por uma conjuntura social rica e complexa, com elementos de avanço no sentido de construção de uma sociedade democrática e socialmente desenvolvida. No entanto, desafios e problemas têm sido gerados pelas escolhas e contextos. Inegavelmente, temos experimentado nas últimas décadas uma política externa soberana, sem alinhamentos políticos nem atrelamentos do ponto de vista de blocos econômicos. O crescimento econômico tem sido sustentado, com manutenção dos níveis de emprego e controle inflacionário, mesmo num contexto de crise mundial. Nessa conjuntura, entretanto, ressalta a extrema dependência tecnológica do parque industrial nacional, dependente de conhecimento produzido externamente e pagador de royalties aos centros internacionais de desenvolvimento tecnocientífico. A expansão industrial e agrícola, baseada na formação de um mercado consumidor voraz e incentivado, produz enormes desafios ambientais e sociais.

Dessa conjuntura resulta uma contradição: por um lado, redução de desigualdades econômicas e ampliação da participação de segmentos populacionais antes fora do alcance de políticas públicas; por outro lado, aumento discreto e camuflado de iniquidades sociais promovidas pelo Estado. A contradição encontra-se na constatação de cada vez mais equidade, no sentido econômico, com inegável melhoria nos padrões de distribuição de renda e consequentemente capacidade de consumo, porém paradoxalmente acompanhada de mais inequidade social, com ampliação das brechas ou gaps na educação e na saúde.

Nesse processo dialético, podemos identificar uma complexa articulação de efeitos perversos, no sentido proposto por Raymond Boudon¹. Trata-se de desfechos indesejáveis e muitas vezes contrários à intenção dos sujeitos sociais que alimentam mecanismos criadores de desequilíbrios, ou processos de reprodução da dinâmica social. Segundo Boudon¹, “os mecanismos perversos socialmente mais importantes são os que levam à produção de efeitos indesejáveis, [...] criando de-

sequilíbrios sociais não desejados e muitas vezes não previstos". No Brasil contemporâneo, tais efeitos paradoxais resultam de ciclos que se interalimentam através de um modelo político reprodutor de dominação com base em três fatores: sistema tributário regressivo, desigualdades na educação, iniquidades na saúde.

No campo da educação, dois ciclos perversos se entrelaçam. Primeiro, uma minoria social e politicamente dominante, economicamente privilegiada, recebe benefícios fiscais de um Estado financiado pela maioria pobre. Essa minoria dominante tem recursos para pagar um ensino básico privado, em geral de melhor qualidade, subsidiado por forte renúncia tributária do imposto de renda à pessoa física. Em compensação, a maioria pobre que financia o Estado vai para escolas públicas de qualidade reduzida, incapaz de garantir seu acesso ao ensino superior público. Submetidos à educação superior privada de pior qualidade, os jovens pobres graduados têm menos empregabilidade, menor renda, mais desemprego, exclusão social, o que fecha esse primeiro ciclo de perversão social.

Segundo, esse ciclo é dominado pelo ciclo maior de reprodução de desigualdades sociais por meio da educação, porque a educação pública superior de melhor qualidade é gratuita para os ricos, pois o Estado nada lhes cobra. Pelo contrário, dá incentivos fiscais para que jovens não pobres tenham sua formação profissional custeada pelo Estado, e com isso acumulem mais capital político. E o ciclo se fecha, porque a reprodução da desigualdade social se completa quan-

do esses jovens vão compor a nova geração da minoria dominante que, ao controlar empresas e governos, realimenta o processo. Isso ocorre porque historicamente sociedade e Estado no Brasil se acoplaram para tornar a educação não um elemento de inclusão social – o que seria um dever do Estado democrático, pois se trata de um direito de todos –, mas de reprodução das desigualdades sociais (Figura 1).

Saúde é citada na Constituição brasileira como um direito do cidadão e um dever do Estado. Porém há enorme distância entre o direito enunciado e sua realização concreta. Em princípio universalista, o sistema público de saúde – no Brasil, o SUS – padece de subfinanciamento histórico, tem carências reconhecidas e encontra-se numa encruzilhada em relação ao seu futuro e à sua natureza e missão. Como vimos, a minoria social e politicamente dominante, economicamente privilegiada, recebe benefícios fiscais de um Estado financiado pela maioria pobre. Essa minoria dominante tem renda suficiente para adquirir planos tipo seguro saúde, tendo acesso a serviços de saúde no setor privado lucrativo, em geral de melhor qualidade, subsidiado por quase total renúncia tributária do imposto de renda à pessoa física. Isso quer dizer que há um retorno de taxas ou resarcimento relativo às despesas de saúde realizadas pelos contribuintes. Além disso, os planos privados de saúde são subsidiados pelo sistema único de saúde em procedimentos de alta complexidade de maior custo. Quer dizer, para tudo que tem lucratividade questionada, retorna-se a responsabilidade ao Estado porque to-

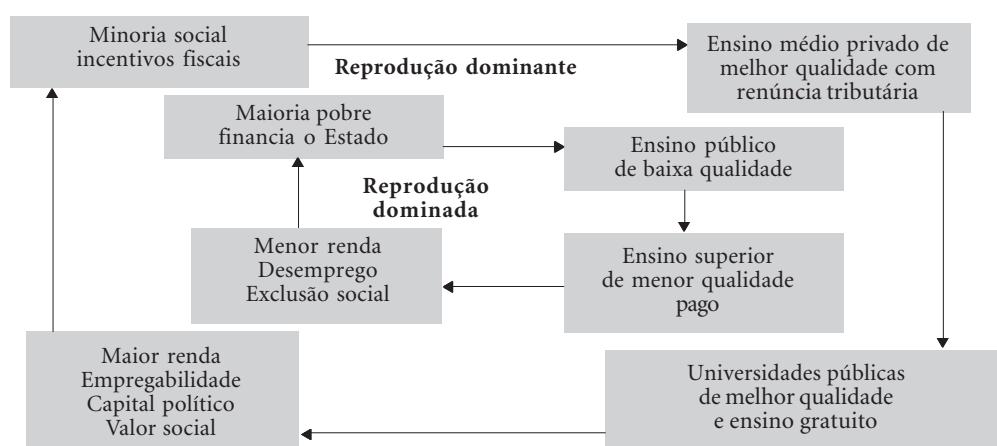


Figura 1. Efeitos perversos da Educação.

dos os cidadãos brasileiros são iguais perante os benefícios do sistema de saúde.

Quem é mais pobre paga mais impostos para financiar um Estado que deveria ser benficiente, democrático, gerador de equidade. Os mais pobres recebem do Estado serviços públicos de saúde de pior qualidade, com problemas de acesso, menor resolubilidade, mais exclusão social, piores níveis de saúde, o que fecha esse ciclo de perversão social pela saúde.

Políticas sociais amplas, como redistribuição condicional de renda e programas similares, que visam superar a desigualdade socioeconômica ingeravelmente têm repercussões positivas sobre a situação de saúde. Neste caso, para compreender a dinâmica que de algum modo organiza o processo de determinação social da saúde, podemos considerar “as três perversões da saúde brasileira”:

1. Novamente, quem é mais pobre financia em maior medida o Estado brasileiro, por meio de uma estrutura tributária distorcida e regressiva.

2. Quem é mais pobre pouco se beneficia do dever constitucional do Estado na Saúde. O Estado brasileiro, ao contrário, subsidia por renúncia fiscal os mais ricos e potencialmente capazes de mobilizar recursos para dar conta desses custos.

3. A terceira perversão é a mais grave, do ponto de vista da justiça social: os ricos são os que mais se beneficiam, direta e indiretamente, do Sistema Único de Saúde. Políticas de saúde universalistas, incluindo investimentos para que a rede pública de atenção melhore, tenha mais qualidade e cobertura, têm sido secundarizadas por

políticas focais, específicas e reforçadoras de modelos assistenciais baseado em alta e média complexidade, níveis de atenção que beneficiam direta e indiretamente justamente a minoria politicamente dominante da sociedade brasileira (Figura 2).

A crise do sistema de saúde brasileiro é multifacetada: de subfinanciamento, de gestão burocratizada, de incapacidade de assumir a integralidade, de valorização social, de equidade. Em suma, o sistema de saúde brasileiro padece de iniquidades no financiamento, exibe desigualdades na qualidade e sofre com as distorções nos modelos de formação em saúde.

Alguns desses elementos são considerados de modo articulado na Figura 3, com destaque para o papel do sistema de educação superior como (de)formador da força de trabalho para o SUS.

Num certo sentido, a iniquidade em saúde que praticamente define a conjuntura atual é de natureza muito mais qualitativa que quantitativa. Em tese, todos os cidadãos brasileiros têm acesso ao SUS. A questão é acesso a qual SUS. Ou melhor, a um mesmo SUS que discrimina os sujeitos por vários signos de poder social. O diferencial de qualidade se revela subjetivamente ou insidiosamente, no acolhimento, na relação, no atendimento, no seguimento. Muitos desses fatores de iniquidade em saúde são ligados à educação por intermédio da qualidade diferencial do cuidado: o “information gap” que exclui muitos sujeitos de acesso aos meios de cuidado por desconhecimento ou ignorância; o filtro social dos que têm acesso aos anéis burocráticos por suas conexões políticas.

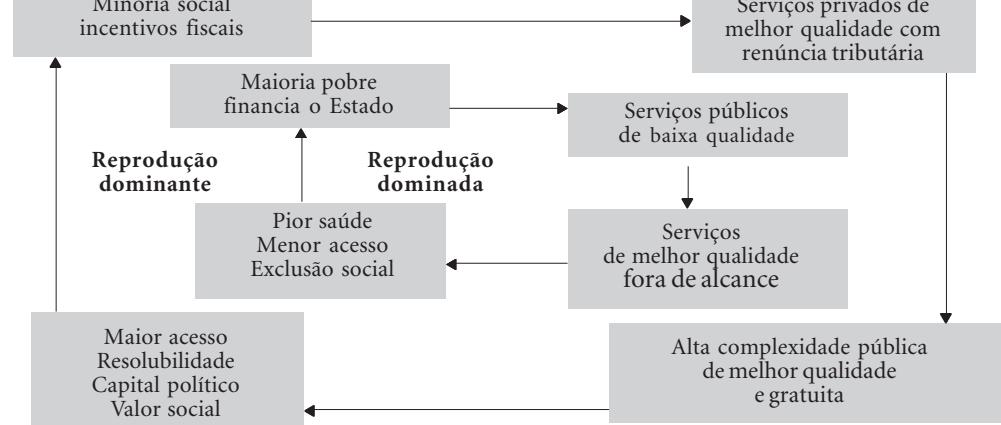


Figura 2. Efeitos perversos da Saúde.

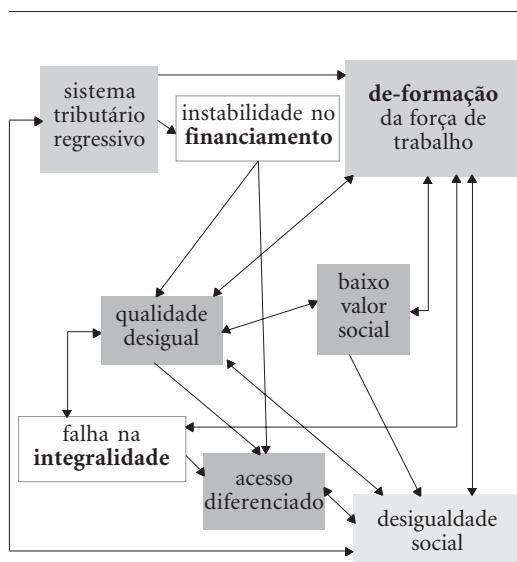


Figura 3. Dinâmica das iniquidades sociais em saúde.

cas ou laços de parentesco, a ideologia de classe-média que sobrevaloriza o cuidado individualizado, o baixo valor social que a população em geral atribui ao sistema público de saúde.

A correlação de forças políticas e institucionais progressistas que redemocratizou o Brasil ampliou indiscutivelmente a transparência e a participação social na gestão pública do setor saúde. Nesse processo, a sociedade brasileira, principalmente através de seus intelectuais orgânicos, foi capaz de conceber, estabelecer e consolidar talvez o maior patrimônio de política pública: o Sistema Único de Saúde. Entretanto, os avanços políticos no setor saúde não foram suficientes para garantir a transformação dos modelos de formação profissional vigentes na realidade brasileira atual.

No Brasil, a força de trabalho engajada no setor saúde compreende 1,5 milhão de profissionais registrados em conselhos profissionais. Para a formação dessa força de trabalho, são oferecidos quase 3.500 cursos de nível universitário para as profissões da saúde, com 185 faculdades de medicina abrigando quase 100.000 alunos. A força de trabalho ideal para atendimento no SUS – ou seja, profissionais qualificados, orientados para boas práticas baseadas em evidência científica, bem treinados e comprometidos com a igualdade na saúde – não corresponde ao perfil dos profissionais que de fato operam o sistema. Essa dissonância entre a missão política do SUS e os processos e objetivos concretos do sistema de ensino

superior tem sido tomada como indicativa de uma crise na reprodução do campo da saúde. Assim, como analisei em outra oportunidade², a questão-chave para a crise da saúde no Brasil parece ser a deformação do ensino – humanístico, profissional e acadêmico – do pessoal da saúde.

No regime ainda hegemônico na universidade brasileira, ao ingressarem diretamente nos cursos profissionais, estudantes são precocemente forçados a tomar decisões cruciais de escolha da carreira em suas vidas. Vários corolários caracterizam tal sistema. Primeiramente, a dura competição para o ingresso nos cursos de elevado prestígio social (por exemplo, medicina), geralmente após cursos preparatórios caros, transforma aquelas carreiras em verdadeiros monopólios das elites, cujos membros tendem a reproduzir como modelo de atuação abordagens individualistas e privadas relativamente aos cuidados de saúde. Em segundo lugar, currículos fechados, projetados para a exclusividade na formação, tendem a ser menos interdisciplinares e mais especializados, alienando assim segmentos profissionais entre si e dificultando um eficiente trabalho em equipe. Em terceiro lugar, quase não há lugar para estudos mais gerais, necessários para promover uma ampla visão humanista das doenças e dos cuidados de saúde pelos profissionais de saúde, no referencial crítico da Determinação Social da Saúde.

Os conceitos de Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde, correlatos práticos desse marco teórico, demandam modelos de formação profissional com densidade científica, objetividade prática, respeito à subjetividade e responsabilidade social. Tais modelos recuperam o humanismo e reforçam a capacidade crítica dos formandos, definem saúde como mais do que mera ausência de doença e tratam o ser humano que sofre como mais do que um biomecanismo a ser reparado em seus desvios e defeitos. Infelizmente, os modelos de educação superior em saúde realizados no Brasil mantêm-se ainda presos a um modelo de prática hospitalocêntrica e especializada, de viés privatizante, e mostram-se incapazes de atender às necessidades sociais por saúde. O perfil predominante do egresso desses cursos atuais de graduação em saúde revela seu pouco comprometimento com o SUS e com os aspectos da gestão da saúde, parca compreensão da necessidade do trabalho em equipe multiprofissional (com integração de conhecimentos interdisciplinares), fraca formação humanística (psicológica, sociológica e filosófica), resultando muitas vezes em profissionais despreparados e

imáturos para cuidar das patologias mais prevalentes no país.

Em particular, o modelo de educação em saúde ainda predominante entre nós, na melhor das hipóteses, treina técnicos competentes, porém pouco comprometidos com as políticas públicas de saúde. Por exemplo, os egressos das escolas médicas brasileiras, em maioria, mostram-se carentes de uma visão crítica da sociedade e da saúde, com atitude pouco humanística e distanciada dos valores de promoção da saúde das pessoas. Profissionais com tal formação, em geral, mostram-se resistentes às mudanças e tendem a defender o status quo vigente, distanciados do conhecimento crítico em relação a aspectos políticos, sociais e culturais estruturantes do marco teórico da Determinação Social da Saúde. Na prática, os sujeitos formados nesse modelo revelam-se desconhecedores (quando não antagonistas) do SUS, principal política estratégica de Estado para a superação da imensa dívida social da saúde para com a população brasileira carente.

Por conseguinte, a questão crucial é a seguinte: Está a Universidade brasileira preparada para a conjuntura contemporânea, para os desafios da revolução tecnológica e para as demandas sociais da saúde no Brasil? E a resposta dura e incomoda é um sonoro não, porque no Brasil a universidade vocacional sobrevive, ao cultivar e nela fazer prevalecer uma anacrônica variante do modelo bonapartista de educação superior. Financiamento insuficiente, gestão ineficiente, integralidade apenas retórica e valorização social negativa têm sido referidos como problemas sérios enfrentados pelo SUS; entretanto, como vimos acima, os desafios da equidade diferencial por qualidade da atenção parecem ainda ser mais graves, pois implicam questões de reprodução do marco ideológico que sustenta o modelo assistencial vigente.

Dentre as demandas-desafios do SUS à Universidade, no tocante ao tema formação de trabalhadores para o campo da Saúde no Brasil, ressaltam novos modelos que sejam tecnologicamente competentes, capazes de trabalhar em equipe, criativas, autônomas, resolutivas, engajadas na promoção da saúde, abertas à participação social e, enfim, comprometidas com a humanização da atenção à saúde. E não é por falta de marco normativo, pois as Diretrizes Curriculares Gerais da formação em Saúde, aprovadas pelo CNE entre 2001 e 2002, incluem todo um ideário avançado de formatação de currículo: articulação educação superior/sistema de saúde, formação geral e específica, com competências comuns às formações

profissionais, ênfase nos conceitos de saúde, promoção da saúde, princípios e diretrizes do SUS, ensino-aprendizagem com ampla liberdade de integralização curricular, aprender a aprender: aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos, aprender a conhecer, perfil acadêmico e profissional, competências, habilidades e conteúdos contemporâneos, capacidade de atuar com qualidade e resolutividade no SUS. Não obstante, o perfil predominante do egresso do ensino superior em Saúde no Brasil revela os seguintes aspectos: Pouco conhecimento e nenhum compromisso com o SUS; Pouco envolvido com aspectos da gestão da saúde; Pouca compreensão do trabalho em equipe multiprofissional, com integração de conhecimentos interdisciplinares; Fraca formação humanística: psicológica, sociológica, filosófica; Despreparado para cuidar das patologias prevalentes no país; Pouca maturidade para exercício da profissão; Não comprometimento com aspectos políticos e sociais da saúde; Fraco conhecimento da realidade situacional, ambiental e das condições de vida das comunidades; Resistente a mudanças, defensor do status quo vigente na saúde³.

Para superar tais impasses e enfrentar esses desafios, precisamos gerar e promover uma cultura político-pedagógica orientada ao SUS. Aí então encontramos as questões cruciais que precisam ser urgentemente pautadas: Nesse sentido, que epistemologia? Uma epistemologia da disciplinaridade ou da epistemodiversidade? Que teoria social? aquela baseada numa tradição conservadora ou teorias sociais com base no multiculturalismo e na etnodiversidade? E finalmente, que pedagogia? Modelos pedagógicos fomentadores da passividade ou o recurso às várias pedagogias da Autonomia?

Referências

1. Boudon R. *Efeitos Perversos e Ordem Social*. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.
2. Almeida-Filho N. Higher Education and Health Care in Brazil. *Lancet* 2011; 377(9781):1898-1900.
3. Amoretti R. A Educação Médica diante das Necesidades Sociais em Saúde. *Rev. Bras. Educ. Med* 2005; 29(2):136-146.