

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS - PUC GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

TANIMAR PEREIRA COELHO MARINHO

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE A
INTEGRALIDADE E A INTERDISCIPLINARIDADE EM UM HOSPITAL DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

GOIÂNIA

2017

TANIMAR PEREIRA COELHO MARINHO

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE A
INTEGRALIDADE E A INTERDISCIPLINARIDADE EM UM HOSPITAL DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Dissertação de Mestrado defendida no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado em Serviço Social – da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Carmen de Andrade Neves

GOIÂNIA

2017

M338

Marinho, Tanimar Pereira Coelho

Residência multiprofissional em saúde[manuscrito]:
um estudo sobre a integralidade e a interdisciplinaridade
em um hospital de urgência e emergência/ Tanimar Pereira
Coelho Marinho.-- 2017.
260 f.; il. 30 cm

Texto em português com resumo em inglês
Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade
Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto
Sensu em Serviço Social, Goiânia, 2017
Inclui referências f. 232-251

1. Saúde - Formação. 2. Abordagem interdisciplinar
do conhecimento. 3. Equipe multiprofissional. 4. Saúde pública
- Internato e residência. I. Neves, Denise Carmen de Andrade.
II. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. III. Título.

C.D.U. 36-051:614(043)

TANIMAR PEREIRA COELHO MARINHO

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE A INTEGRALIDADE E A INTERDISCIPLINARIDADE EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

FOLHA DE AVALIAÇÃO

DISSERTAÇÃO defendida no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Serviço Social, em 12 de Abril de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Denise Carmen de Andrade Neves
Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás)
Orientadora – Presidente da Banca

Profa. Dra. Maísa Miralva da Silva
Membro Titular Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás)

Profa. Dra. Carla Agda Gonçalves
Membro Titular Universidade Federal de Goiás (UFG)

Profa. Dra. Maria Conceição Sarmiento Padial Machado
Membro Suplente Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás)

Ao meu Deus, que me acompanha e ilumina nesta caminhada. Obrigada pela minha vida e oportunidades!

Aos meus queridos pais, Jorcelino e Paulina, que construíram os alicerces para os meus sonhos, porque sem eles nada disso teria sentido. Fonte de amor incondicional! Obrigada por tudo nesta vida!

Ao meu cônjuge, João Lopes Marinho Filho, companheiro de todos os momentos, pela compreensão, amor, carinho e apoio incondicional ao longo do período de elaboração deste trabalho. A ele, que me ajuda a me tornar um ser humano melhor, muito obrigada!

Aos meus filhos Marina e Rafael, seres especiais, que enternecem meu coração de esperança e alegria.

Aos meus irmãos amados: Wesley e Wanderley.

À minha família, consanguínea e estendida com amor e gratidão pelo carinho e dedicação!

AGRADECIMENTOS

Em especial à minha orientadora, Profa. Dra. Denise Carmen de Andrade Neves, exemplo de ser humano! Fonte de luz, conhecimento, sensibilidade, valores e admiração! Não há palavras que possam descrever o quão grata eu me sinto pela confiança depositada, por me acolher como sua orientanda, durante os "altos e baixos" de minha trajetória.

À Coordenação do Mestrado, na pessoa da Profa. Dra. Maísa Miralva da Silva, fonte de admiração, carinho e aprendizado! Agradeço pela paciência, compreensão e colaboração imprescindível ao desenvolvimento deste estudo.

Aos membros da minha banca: Profa. Dra. Carla Agda Gonçalves, Profa. Dra. Maísa Miralva da Silva e Profa. Dra. Maria Conceição Sarmento Padial Machado, fontes de aprendizado, conhecimento e contribuição ao desenvolvimento deste estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) pelo amadurecimento proporcionado, e a todos docentes que tanto me inspiraram com seu brilhantismo, sabedoria e amor pela pesquisa acadêmica: Profa. Dra. Denise Carmen de Andrade Neves, Profa. Dra. Constantina Ana Guerreiro Lacerda, Prof. Dr. Germano Campos, Profa. Dra. Lúcia Maria Moraes, Dra. Maísa Miralva da Silva, Profa. Dra. Maria Conceição Sarmento Padial Machado, Profa. Dra. Maria José Pereira Rocha, Profa. Dra. Sandra de Faria, Profa. Dra. Walderez Loureiro Miguel, e a Secretária - Amanda Peres Castro.

À Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), fonte de ensino na graduação e pós-graduação.

À Diretoria de Ensino e Pesquisa do HUGO, pela oportunidade que me foi concedida de realizar este estudo.

Ao CAPS Beija-flor, por oportunizar a minha formação, bem como pela torcida no decurso de meu trabalho.

À minha amiga Cynthia de Oliveira, sinônimo de alegria, de carinho e respeito, com quem pretendo partilhar muitas vivências.

Aos colegas que conheci durante o Mestrado, em especial Mírian e Sônia, pela troca de conhecimentos, pela força e amizade.

Aos profissionais integrantes desta residência, que participaram da pesquisa, pois sem vocês nada seria concretizado.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram para materialização deste estudo.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ADIn	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ANDES	Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior
APS	Atenção Primária à Saúde
ASFOC	Associação dos Servidores da Fundação Oswaldo Cruz
BACEN	Banco Central do Brasil
BCE	Banco Central Europeu
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
BNDE	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais S. A.
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Conselho Estadual de Saúde
CESTEH /ENSP/ FIOCRUZ	Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CN	Congresso Nacional
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde

COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde
COREMU/GO	Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde de Goiás
CREAI	Carteira de Crédito Agrícola e Industrial do Banco do Brasil
CRER	Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo
CRVD	Companhia Vale do Rio Doce
CSN	Companhia Siderúrgica Nacional
CTB	Central de Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DOU	Diário Oficial da União
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
EMAD	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multidisciplinar de Apoio
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPS	Educação Permanente em Saúde
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF	Estratégia Saúde da Família
FASUBRA	Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras
FENASPS	Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social
FENTAS	Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
FIESP	Federação das Indústrias do Estado São Paulo
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNCPS	Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

FUNABEM	Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GERIR	Instituto de Gestão em Saúde
HC–FMUSP	Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo
HCP	Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados
HDT	Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad
HEG	Hospital Erasto Gaertner
HGG	Hospital Geral de Goiânia Alberto Rassi
HMI	Hospital Materno Infantil
HUGO	Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
IEP/HSL	Instituto de Ensino e Pesquisa / Hospital Sírio-Libanês
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LPCC	Liga Paranaense de Combate ao Câncer
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MD	Materialismo Dialético
ME	Ministério da Educação
Mercosul	Mercado Comum do Sul
MESP	Ministério da Educação e Saúde
MP	Medida Provisória
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais Básicas
NOB/RH–SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
NUPESC	Núcleo de Estudo e Pesquisa em Estado, Sociedade e Cidadania
OCDE	Organização Europeia para o Comércio e Desenvolvimento
OIT	Organização Internacional do Trabalho

OMS	Organização Mundial de Saúde
OMSH	Observatório de Mobilidade e Saúde Humanas
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PAN	Partido dos Animais e da Natureza
PC do B	Partido Comunista do Brasil
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PHS	Partido Humanista da Solidariedade
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Partido Liberal
PMBD	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMN	Partido da Mobilização Nacional
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PP	Projeto Pedagógico
PP	Partido Progressista
PPA	Plano de Pronta Ação
PPP	Parcerias Público Privado
PPSS	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
PR	Partido da República
PRB	Partido Republicano Brasileiro
Prev-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRIMUT	Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma
Pronatec	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego

ProUni	Programa Universidade para Todos
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSC	Partido Social Cristão
PSDB	Partido da Social Democracia do Brasil
PSI	Partido Socialista Italiano
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
PSTU	Partido Socialista dos Trabalhadores Unificado
PT	Partido dos Trabalhadores
PT do B	Partido Trabalhista do Brasil
PTB	Partido Socialista Brasileiro
PUC Goiás	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
PV	Partido Verde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
Reforsus	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
RH	Recursos Humanos
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
Selic	Sistema Especial de Liquidação e Custódia
SES/GO	Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
SEST/SUS	Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Sinpas	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
STF	Supremo Tribunal Federal
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
TELEBRÁS	Telecomunicações Brasileiras S. A.

TELESP	Telecomunicações de São Paulo
UCP	Unidade de Cuidados Prolongados
UEG	Universidade Estadual de Goiás
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFMT	Universidade Federal do Mato Grosso
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UniEVANGÉLICA	Centro Universitário de Anápolis
URV	Unidade Real de Valores
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

"O senhor... Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo,
é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não
foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando.
Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida
me ensinou. Isso que me alegra, montão".

(Riobaldo Tatarana em Grande Sertão Veredas, de João Guimarães Rosa)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Distribuição do número de vagas para residentes, no Projeto de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma do Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), em 2012	171
Tabela 2:	Distribuição da população pesquisada (residentes, preceptores, tutores do Projeto de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma do Hospital de Urgências de Goiânia, SES/GO, segundo os grupos de idade	173

RESUMO

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), como proposta de formação, constitui-se em um espaço significativo nas áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), estimulando o trabalho em equipe multiprofissional, o que contribui para a qualificação dos recursos humanos especializados, com vistas a garantir a assistência integral à saúde. No entanto, é primordial problematizar o contexto de ataque às políticas de saúde e educação, o que influencia diretamente no direcionamento da formação em saúde. Este estudo tem como objeto a efetivação do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma (PRIMUT) no Hospital de Urgências de Goiânia – Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), na perspectiva da integralidade e da interdisciplinaridade na formação em saúde. Dessa forma, esta pesquisa tem como objetivo identificar e analisar se a formação em saúde do Programa propicia a integração ensino em serviço entre os profissionais da saúde residentes (Assistentes Sociais, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Nutricionistas e Psicólogos), na perspectiva da integralidade e interdisciplinaridade. Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva e exploratória, desenvolvida a partir da abordagem qualitativa, a qual foi realizada em um hospital de urgência e emergência, com dezessete integrantes do PRIMUT que preencheram os critérios de inclusão, entre os meses de Junho e Agosto de 2016. Na abordagem técnica do trabalho de campo, destacou-se a entrevista semiestruturada. O estudo contemplou as temáticas integralidade e interdisciplinaridade na formação em saúde no âmbito do PRIMUT/HUGO. A amostra foi composta por tutores, preceptores e profissionais da saúde residentes do segundo ano. Foram respeitados todos os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos, pautados na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Considera-se que a formação na RMS, caracterizada por ensino-serviço, ocorre dentro de um contexto complexo de interações e relações entre preceptores, residentes, tutores e demais profissionais de diferentes áreas do conhecimento. As características da RMS são: formação em serviço; supervisão direta por profissionais capacitados (preceptoria); supervisão acadêmica (tutoria); regime de dedicação exclusiva; e cenários de formação e prática em serviços da rede de atenção à saúde no SUS. Em um contexto avesso ao SUS universal, considera-se de suma importância que se formem profissionais críticos e consonantes com os princípios e diretrizes do SUS. Destaca-se a necessidade de debater a carga horária semanal de 60 horas, bem como as dificuldades no estabelecimento da relação multiprofissional e interdisciplinar de diversas ordens: diferenças na compreensão acerca do papel dos residentes nos serviços e dos pressupostos da formação em saúde; a resistência dos defensores do modelo biomédico em realizar atividades multiprofissionais; e os impasses em articular o campo específico com o comum, sem a supremacia de uma profissão sobre a outra. A efetivação das práticas integrais e interdisciplinares constitui um desafio a ser alcançado em sua plenitude na formação em saúde no contexto da residência.

Palavras-chave: Saúde - Formação. Abordagem interdisciplinar do conhecimento. Equipe Multiprofissional. Saúde pública - Internato e Residência.

ABSTRACT

The Multiprofessional Residency in Health, as a training proposal, is a significant field in the strategic for the Health Unic System (SUS), stimulating multiprofessional teamwork, which contributes to the qualification of specialized human resources, with a view to guarantee integral health care. However, it is essential to problematize the context of attack on health and education policies that directly influence the direction of health education. The object of this study is the implementation of the Multiprofessional Integrated Residency Program in Urgency and Trauma Health (PRIMUT) at the Emergency Hospital of Goiânia (HUGO), in the perspective of integrality and interdisciplinarity of health training. The research aims to identify and analyze whether the health training of the program facilitates the integration of in-service teaching among resident health professionals (Social Workers, Nurses, Physiotherapists, Speech Therapists, Nutritionists and Psychologists) in the perspective of integrality and interdisciplinarity. This is a descriptive and exploratory research, developed from the qualitative approach, which was carried out in an urgency and emergency hospital, with seventeen members of the PRIMUT who met the inclusion criteria, from June to August 2016. In the technical approach of the fieldwork, the semi-structured interview was highlighted. The study contemplated the integrality and interdisciplinarity themes in health training within the scope of the PRIMUT. The sample consisted of tutors, preceptors and health professionals residents in the second year. All the ethical aspects of the researches with human beings ruled in Resolution nº 466/12 of the National Council of Health were respected. We consider that the training in the Multiprofessional Residency in Health (MRH), characterized by in-service teaching, takes place within a complicated context of interactions and relations between preceptors, residents, tutors and other professionals from different knowledge fields. The characteristics of the MRH are: in-service teaching; direct supervision of trained professionals (preceptory); academic supervision (tutoring); exclusive dedication system; fields for training and practice in services of the health care network of the SUS. In a context that is contrary to the universal Health System, we consider absolutely important to train critical professionals who are in accordance with the principles and guidelines of the SUS. We highlight the need to discuss the 60-hour weekly workload, as well as the many difficulties of establishing a multiprofessional and interdisciplinary relationship, like: differences of understanding the role of residents in the service and the guidelines of the health training; the resistance of the defenders of the biomedical model in carrying out multiprofessionals activities; and the impasses in articulating the specific field with the common, without the supremacy of one profession over the other. The effectiveness of integral and interdisciplinary practices is still a challenge to be fully achieved in the health education in the context of the residency.

Keywords: Health - Training. Interdisciplinary approach to knowledge. Multiprofessional Team. Public health - Internship and Residency.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	18
CAPÍTULO I. ESTADO MODERNO: IMPLICAÇÕES DO NEOLIBERALISMO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	28
1.1 A gênese do Estado Moderno	28
1.2 O projeto neoliberal e os impactos nas políticas públicas no Brasil	56
CAPÍTULO II. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE COMO DESAFIO DIANTE DO PROCESSO DE PRIVATIZAÇÃO	86
2.1. Breves aspectos históricos da Política de Saúde no Brasil	86
2.2. A Constituição de 1988 e a emergência do SUS.....	114
2.3. O desafio da integralidade e da interdisciplinaridade no contexto da formação e do trabalho em saúde	136
CAPÍTULO III. A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: UMA PROPOSTA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE PARA O SUS	152
3. 1. HUGO: um espaço público de criação e experimentação coletiva em ensino- serviço	159
3. 2. Mapeamento do universo de profissionais da saúde residentes, preceptores e tutores da Residência Multiprofissional em Saúde do HUGO	170
3.3. Vozes e percepções dos atores sociais da pesquisa	177
CONSIDERAÇÕES FINAIS	227
REFERÊNCIAS	232
APÊNDICES	252
ANEXOS	260

INTRODUÇÃO

Esta dissertação apresenta um estudo desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás). A pesquisa tem como temática a integralidade e a interdisciplinaridade na Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), com ênfase em urgência e trauma.

Esta proposta está diretamente ligada à minha trajetória como servidora pública do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), sobretudo pela minha inserção no Projeto de Residência Multiprofissional em Saúde – Área de concentração Urgência e Trauma da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO). Destaca-se que esse projeto é resultado de uma construção coletiva, iniciada em 2010 junto à equipe multiprofissional, a partir de uma análise da realidade local. O interesse pelo tema consolidou-se ao realizar o curso de especialização "Educação em Saúde para Preceptores do SUS", por meio de parceria entre o Ministério da Saúde (MS), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP/HSL), o que me motivou a aprofundar o conhecimento crítico-reflexivo no assunto.

Justifica-se a realização deste estudo diante da relevância da temática, amplamente discutida, porém ainda pouco investigada na realidade brasileira, especialmente em cursos de pós-graduação. A outra razão que aponta a relevância e a pertinência desta dissertação é sua inediticidade, pois estudos do gênero, com temática que envolva tais participantes de pesquisa são limitados no país.

Acredita-se que esta dissertação é revestida de relevância acadêmica e científica, na medida em que poderá servir de subsídio para pesquisadores em geral e do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) em particular, que queiram aprimorar e ampliar seus conhecimentos em relação à temática, tendo como alvo a Residência Multiprofissional em Saúde, em sua particularidade na Urgência e Trauma, correspondendo à linha de pesquisa "Política Social, Movimentos Sociais e Cidadania".

Os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde, iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação, foram instituídos a partir da promulgação da Lei nº 11.129, de 30 de Junho de 2005, como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço e destinado às profissões da saúde, excetuada a médica, sob supervisão docente-assistencial. Esses programas têm a duração mínima de dois anos, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, o que equivale a uma carga horária mínima total de 5.760 horas, em que são desenvolvidas atividades práticas em 80% do tempo, e em 20%, atividades teóricas e teórico-práticas, em regime de dedicação exclusiva (BRASIL, 2005).

Destaca-se que as residências são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais identificadas, de forma a contemplar os eixos norteadores mencionados na Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de Novembro de 2009. Visam a favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, de preferência recém-formados, particularmente em áreas prioritárias para o SUS, de forma a contemplar os seguintes eixos norteadores: a) cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, representativos da realidade sócio-epidemiológica; b) integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde; c) metodologias ativas e dispositivos da gestão da clínica ampliada; e d) sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos na educação permanente, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2012).

Esses programas abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 1998).

As despesas com a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho ficam sob a responsabilidade do MS, guardada a isonomia com as modalidades congêneres dos programas de residência médica, sendo concedidas

mediante seleção pública promovida pelas instituições responsáveis dos processos formativos, com ampla divulgação (BRASIL, 2005).

As instituições de saúde que oferecem programas de residência são responsáveis pela organização do Projeto Pedagógico (PP), que deve orientar-se pelo desenvolvimento de uma prática multiprofissional e interdisciplinar em um determinado campo do conhecimento, integrando núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões, em consonância com as resoluções da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

O PP do programa deve conter: objetivos; inserção e articulação com o SUS; parcerias estabelecidas para garantir os cenários de prática; diretrizes pedagógicas, incluindo a metodologia de avaliação utilizada; infraestrutura disponível; matriz curricular; desenho da semana-padrão; e perfil esperado dos egressos (BRASIL, 2012). Segundo a regulamentação nacional, a residência é dividida em atividades teóricas, teórico-práticas e práticas, organizadas em três eixos, quais sejam: a) eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar; b) eixo integrador para a área de concentração constituinte do programa; e c) eixo específico do núcleo de saber de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional dos residentes (BRASIL, 2012).

Diante do exposto, emergiu a seguinte indagação, que contribuiu para o entendimento do objeto e para a análise do trabalho, a saber: como se efetiva o PRIMUT a partir da integralidade e interdisciplinaridade na perspectiva da formação em saúde?

O percurso metodológico desta dissertação tem como objeto de estudo a efetivação do PRIMUT no HUGO a partir da integralidade e interdisciplinaridade, na perspectiva da formação em saúde, e fundamentou-se nestes conceitos, buscando correlacioná-los à formação em saúde na modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, caracterizada por ensino em serviço e destinada às profissões de saúde, à exceção da medicina.

Para nortear a pesquisa, propôs-se como objetivo geral identificar e analisar se a formação em saúde do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma no HUGO propicia a integração ensino em serviço entre os profissionais da saúde residentes¹ (Assistentes Sociais, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Nutricionistas e Psicólogos), na perspectiva da integralidade e interdisciplinaridade.

Para o alcance desse objetivo geral, elegeram-se os seguintes objetivos específicos: analisar se a formação em saúde promovida pelo PRIMUT está condizente com seu projeto pedagógico; identificar os obstáculos enfrentados pelo Programa para a efetivação de seu projeto pedagógico, sobretudo no que concerne à integralidade e à interdisciplinaridade das ações; evidenciar os elementos facilitadores do PRIMUT que possibilitam a efetivação da integralidade e da interdisciplinaridade na formação dos residentes; conhecer o perfil sociodemográfico e profissional dos atores estratégicos (profissionais da saúde residentes, preceptores e tutores²) do Programa no HUGO; analisar os benefícios das práticas interdisciplinares no processo ensino-aprendizagem dos profissionais residentes em saúde; e fornecer elementos que contribuam para a formação profissional em saúde, em consonância com o PRIMUT no HUGO.

Considera-se hipótese diretriz deste trabalho: no contexto do Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma como modalidade de ensino em serviço constitui espaço de formação em saúde, na perspectiva da integralidade e da interdisciplinaridade.

¹ Doravante, será utilizado o vocábulo residente(s) para designar profissionais de saúde residente(s), conforme MS.

² A Lei nº 18.464, de 13 de Maio de 2014, referente ao Plano de Cargos e Remuneração (PCR) dos servidores efetivos da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), no CAPÍTULO I, DISPOSIÇÕES GERAIS, Art. 3º, determina que: "Para os efeitos desta Lei, considera-se: X - preceptor/supervisor/tutor, o profissional de nível superior, titular de cargo efetivo da SES, lotado em unidade de saúde, que desenvolve atividades de ensino-aprendizagem, promovendo a inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho e conduzindo o aluno na prática da futura profissão; CAPÍTULO 8ª, DA GRATIFICAÇÃO DE PRECEPTOR, SUPERVISOR E TUTOR DE RESIDÊNCIAS, Art. 22. Será atribuída ao servidor gratificação de preceptoria, supervisão e tutoria de 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado, quando em efetivo exercício em uma destas funções, em jornada mínima de 20 (vinte) horas semanais em unidades de saúde que possuem Programas de Residência reconhecidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação, devidamente comprovada pela Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago ou Instituição ou setor responsável pelo Ensino da SES.

O referencial teórico que permeou as fases do estudo aponta a abordagem da realidade como processo histórico peculiar ao seu dinamismo, provisoriedade e transformação. Considera-se o objeto e o sujeito partes da mesma totalidade (MINAYO, 2014). Nessa perspectiva, a compreensão da totalidade constitui o princípio para o conhecimento da realidade social e uma necessidade metodológica para sua análise. Nessa ótica, "o papel do sujeito é essencialmente ativo, pois cabe a ele apreender não só a aparência ou a forma dada ao objeto, mas a sua essência, que corresponde à sua estrutura e à sua dinâmica, como um processo" (NETTO, 2011, p. 25).

Com relação à metodologia, a pesquisa é de natureza qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. A abordagem qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (MINAYO, 2014).

Para essa mesma autora, a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Importa assinalar que os instrumentos de trabalho de campo na pesquisa qualitativa visam fazer a mediação entre os marcos teórico-metodológicos e a realidade empírica. É uma forma histórica de busca teórica e prática no campo das investigações sociais em que se pretende compreender o contexto da realidade, na qual o pesquisador está inserido.

Quanto a isso, ressalta-se o pensamento de Minayo:

O que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2014, p. 57).

Corroborar-se o pensamento de Martinelli (1999), ao afirmar que "não desconectamos esse sujeito de sua estrutura, buscamos entender os fatos, a partir da interpretação que faz dos mesmos em sua vivência cotidiana" (MARTINELLI, 1999, p. 24).

Martinelli (1999) enfatiza ainda alguns pressupostos que fundamentam o uso de metodologias qualitativas de pesquisa:

Um primeiro pressuposto é o do reconhecimento da singularidade do sujeito. Como decorrência disso, o segundo pressuposto é que essas pesquisas partem do reconhecimento da importância de se conhecer a experiência social do sujeito e não apenas as suas circunstâncias de vida. Isso nos remete ao terceiro pressuposto, que se expressa no reconhecimento de que conhecer o modo de vida do sujeito pressupõe o saber como elaborar sua experiência social cotidiana (MARTINELLI, 1999, p. 24-25).

O *locus* empírico da pesquisa compreende o Hospital de Urgências de Goiânia - Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO). Trata-se de um hospital público, especializado tipo II, referência no Planalto Central, na área de urgências e emergências de alta complexidade, e atende a todo o Centro-Oeste brasileiro e a outros Estados da federação. O hospital conta com 407 leitos de internação, 58 destes de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com 100% do atendimento aos pacientes do SUS. Esta é uma das onze unidades hospitalares do país que recebeu apoio do SOS Emergências, ação estratégica prioritária do Ministério da Saúde para a qualificação da gestão e do atendimento. Esse apoio contempla as maiores e mais complexas portas de entrada hospitalares de urgência do SUS, do Componente de Atenção Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). O quadro de pessoal do hospital é composto por 1.675 trabalhadores, sendo 756 servidores efetivos (estatutários) e 919 contratados por regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (Gerir/HUGO³, 05/01/2017).

Esta pesquisa foi norteadada pelos princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466 de 12 de Dezembro de 2012, do

³ Em Maio de 2012, por meio de um contrato de gestão entre o governo do Estado de Goiás e o Instituto de Gestão em Saúde – Gerir, o hospital passa a ser administrado por uma Organização Social (OS) sem fins lucrativos, fundada sob a forma de associação civil, com sede em Goiânia (GO). Em Novembro de 2016, recebeu a homologação de acreditação hospitalar nível 1 da Organização Nacional de Acreditação (ONA). O certificado de qualidade dos serviços de saúde foi concedido a apenas 4,61% dos 6.140 hospitais de todo o Brasil. No que diz respeito ao atendimento de traumas, apenas três unidades públicas do país contam com a acreditação da ONA: o Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), o Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) e o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, em João Pessoa (PB).

Ministério da Saúde, a qual incorpora, sob a ótica do indivíduo e da coletividade, os quatro referenciais básicos da bioética: Autonomia; Não Maleficência; Beneficência e Justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica e aos participantes da pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) – Parecer Consubstanciado nº 1.573.951/2016, em 03 de Junho de 2016 – e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição coparticipante (HUGO) – Parecer Consubstanciado nº 1.580.117/2016, de 08 de Junho de 2016. Aos participantes da pesquisa foi solicitada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1), a fim de esclarecer todos os procedimentos realizados e as consequências dos mesmos, conforme Resolução CNS nº 466/12, que trata das recomendações éticas quando da realização de pesquisa que envolva seres humanos.

O universo de investigação deste estudo foi composto por 50 profissionais de saúde do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma do HUGO, em 2016. A Residência Multiprofissional em Saúde possui 22 profissionais residentes, 22 preceptores e seis tutores, sendo um para cada núcleo (enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e serviço social). Destes, 17 profissionais (seis residentes (R2), seis preceptores e cinco tutores) responderam à entrevista, caracterizando-se como participantes do estudo. Devido ao fato de o núcleo de saber contar com mais de um participante da mesma especialidade profissional, utilizou-se o critério de sorteio. Foram entrevistados seis residentes, seis preceptores e cinco tutores dos núcleos profissionais. Fizeram parte da amostra profissionais de saúde com vínculo empregatício com a SES/GO e com o Gerir.

Para a coleta de dados foi adotada a entrevista semiestruturada, tendo como base um roteiro de entrevista com questões pré-elaboradas (Apêndices 2, 3 e 4). As perguntas das entrevistas foram construídas de acordo com o referencial teórico visitado durante o processo de elaboração da pesquisa e, também, a partir da experiência profissional da pesquisadora, levando em consideração o objeto, a hipótese orientadora e os objetivos a serem alcançados com o estudo.

Na abordagem técnica do trabalho de campo, destacou-se a entrevista semiestruturada com questões norteadoras, escolhida em consonância com a linha argumentativa de Minayo (2001), o que permitiu à pesquisadora explorar amplamente os quesitos desejados. As entrevistas foram realizadas individualmente, com agendamento prévio, conforme disponibilidade do participante da pesquisa. As entrevistas foram gravadas na íntegra em áudio, para posterior transcrição, com anuência dos participantes, com a finalidade de garantir a fidedignidade no registro das informações obtidas durante as falas. A identificação dos participantes foi mantida em sigilo e seus nomes substituídos por códigos, para preservar o anonimato.

No tocante à pesquisa empírica, os dados foram coletados entre os meses de Junho e Agosto de 2016, com os profissionais da saúde residentes do segundo ano (R2), preceptores e tutores do PRIMUT do HUGO, que preencheram os critérios de inclusão no estudo.

Anteriormente ao trabalho de campo, o roteiro de entrevista foi aplicado a três participantes da pesquisa, sendo um residente, um preceptor e um tutor, como constructo. Essas entrevistas foram incluídas no estudo, pois possibilitaram avaliar a especificidade do instrumento de pesquisa, a clareza e sensibilidade das questões, e a familiarização com a técnica a ser utilizada (MINAYO, 2015).

Segundo Triviños (2001), a entrevista semiestruturada constitui uma das ferramentas mais utilizadas pela pesquisa qualitativa para atingir os seus objetivos. É uma técnica de obtenção de informação que se caracteriza pelo estabelecimento de uma interação social entre o entrevistador e o entrevistado. Triviños (2001) esclarece que:

(...) a entrevista semiestruturada se transforma num diálogo vivo do qual participam duas pessoas com objetivos diferentes, mas que podem se tornar convergentes. Ambos, entrevistado e pesquisador, procuram construir um conhecimento relativamente comum para determinada realidade pessoal e coletiva (TRIVIÑOS, 2001, p. 86).

O critério de escolha para inclusão na pesquisa foi: a) ser profissional de saúde residente do segundo ano (R2), em 2016, do PRIMUT do HUGO, preceptor e

tutor; b) estar em pleno exercício de suas atividades profissionais no momento da coleta de dados; c) possuir vínculo com a instituição formadora ou executora do PRIMUT do HUGO; e d) dispor-se livre e esclarecidamente a participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução CNS nº 466/12.

Após a árdua leitura do material, foram identificados e agrupados os dados que se repetiam ou possuíam semelhança na resposta, nos diferentes segmentos pesquisados. Foi elaborado um quadro sinóptico das entrevistas, contendo as questões do roteiro e as respostas dos pesquisados, por segmento. Em seguida, foi realizada a categorização dos elementos constitutivos em eixos temáticos, destacando-se que, no transcorrer da análise, foi constatada a repetição e homogeneidade dos dados.

Os dados do estudo foram classificados em categorias. Segundo Minayo (2014), as "categorias analíticas são aquelas que podem ser consideradas como guias teóricos e balizas para o conhecimento de um objeto nos seus aspectos gerais" (MINAYO, 2014, p. 178). São explicativas da realidade/fenômeno a ser investigado. As categorias centrais que nortearam a abordagem do objeto da pesquisa encontram-se sintetizadas a seguir: Integralidade, Interdisciplinaridade e Formação em Saúde.

A dissertação foi estruturada em três capítulos. No primeiro capítulo, foi construído um suporte teórico para qualificar a figura do Estado e o movimento histórico-político que estrutura a sociedade moderna, ambos, produtos da transformação das bases da estrutura econômica, social e política no período da gênese e consolidação do capitalismo, final do século XVII e início do século XVIII. Discorreu-se, também, sobre as novas configurações da crise do capital estrutural, o regime de acumulação fordista-keynesiano e a sua substituição por uma nova estratégia hegemônica, em resposta à crise do capital: o projeto neoliberal, e suas implicações para o Estado e a sociedade civil.

No segundo capítulo, discutiu-se a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade, procurando situá-las frente ao desafio da materialização da formação em saúde no SUS. Dessa forma, foram abordadas as particularidades e

aspectos da configuração atual desse nível de atenção do SUS, e os aspectos balizadores para o trabalho e a formação em ensino-serviço na saúde, em particular na urgência e emergência.

O terceiro capítulo apresenta a implantação desse novo modelo de ensino-aprendizagem e as residências multiprofissionais em saúde, tendo a educação permanente como eixo integrador central de análise e intervenção no processo ensino em serviço, orientado por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem. Este modelo adota metodologias ativas e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão da saúde.

A experiência em desenvolvimento no PRIMUT/HUGO tem produzido impacto significativo sobre a situação de saúde, como uma modalidade de formação em serviço apoiada pelos Ministérios da Saúde e da Educação, com vistas ao desenvolvimento de competências profissionais necessárias para a atuação e consolidação do SUS. Por outro lado, o desafio a ser superado está relacionado à efetivação das práticas integrais e interdisciplinares em sua plenitude. Sabe-se que a transformação da formação e das práticas é um desafio a ser superado em várias instâncias, no entanto, os atores sociais estratégicos da RMS apontam momentos de diálogos coletivos que revelam o amadurecimento profissional da equipe, na perspectiva da construção de ações compartilhadas que visam à integralidade e à interdisciplinaridade do cuidado.

No último capítulo, são apresentadas as considerações finais com base nos objetivos da pesquisa e nos resultados obtidos no processo de investigação. Assinala-se que nenhum conhecimento está acabado e que cada conclusão contém a capacidade de gerar outros olhares e novas possibilidades de estudos.

CAPÍTULO I

ESTADO MODERNO: IMPLICAÇÕES DO NEOLIBERALISMO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O surgimento do Estado Moderno criou as bases conceituais, sócio-históricas, econômicas, políticas e culturais para transformações relacionais. Este trabalho propõe abordá-lo a partir da conformação ideológica do projeto neoliberal e suas implicações para o espaço das políticas públicas - buscando salientar a reorientação do aparelho estatal - ocorridas em âmbito internacional, caracterizadas pelas crises econômicas que atingiram os países periféricos e o próprio processo de mundialização do capital, bem como as determinações impostas pelos governantes no contexto mundial, latino-americano e no Brasil, no marco do neoliberalismo.

1.1. A gênese do Estado Moderno

O Estado Absolutista do Ocidente, nos dizeres de Anderson (1998), foi um mecanismo criado pela aristocracia feudal para consolidar seus domínios; não foi um árbitro perante um conflito de classes, nem bem fruto do capital burguês, foi:

(...) um aparelho de dominação feudal recolocado e reforçado, destinado a sujeitar as massas camponesas à sua posição social tradicional – não obstante e contra os benefícios que elas tinham conquistado com a comutação generalizada de suas obrigações, ele era a nova carapaça política de uma aristocracia atemorizada (ANDERSON, 1998, p. 18).

No que concerne ao centro de atenções, Anderson (1998), traz uma concepção marxista do Absolutismo, dando ênfase à luta entre as classes pelo poder. Lembrando um dos pilares marxistas:

(...) a luta secular entre as classes resolve-se em última instância no nível político da sociedade – e não no nível econômico ou cultural. Em outras palavras, é a construção e a destruição dos estados que sela as modificações básicas nas relações de produção, enquanto subsistirem as classes (ANDERSON, 1998, p. 11).

Dessa forma, uma modificação no seio da sociedade só seria possível através da luta de classes. Em se tratando de Estados Absolutistas, a mudança seria fruto da luta das classes pelo poder, lembrando que nesse momento a nobreza encontrava-se fraca economicamente e temerosa de perder a vez para os servos.

A gênese do Estado Moderno está relacionada ao desenvolvimento do modo de produção capitalista, com o declínio da servidão feudal e a ascensão da burguesia, no cenário social e político europeu. Em linhas gerais, a ameaça da inquietação camponesa e a pressão da nascente burguesia levaram à centralização do poder nas mãos do reis, ao surgimento de um aparato de governo profissionalizado e, como consequência desses fatores, ao aparecimento dos Estados Modernos.

Várias teorias tentam explicar e justificar a origem do Estado. É evidente que a definição de Estado nunca será algo signatário da verdade, tanto que Pereira (2008, p. 70) declara que o Estado "além de ser um conceito complexo, é um fenômeno histórico e relacional".

Além da teoria contratualista, poderiam ser mencionadas outras correntes de explicação da origem do Estado e do poder político, tais como a teoria de Augusto Comte - a origem estaria na força do número ou riqueza; algumas teorias psicanalíticas - a origem do Estado estaria na morte, por homicídio, do irmão ou no complexo de Édipo; ou a de Gumplowicz - o Estado teria surgido do domínio de hordas nômades violentas sobre populações agrícolas (STRECK, 2014).

Para o objetivo das reflexões deste estudo, a análise ficará restrita à teoria contratualista *lato sensu*, compreendida como teoria positiva do Estado, e à teoria marxista, entendida como a teoria negativa do Estado. De qualquer forma, é possível reconhecer que o "Estado é um fenômeno original e histórico de dominação" (STRECK, 2014, p. 28). O Estado é muito mais que uma construção histórica para sustentar (e manter) as bases da dominação política. É, em si, o próprio espaço de disputa (MÉSZÁROS, 2011).

Para a compreensão da origem de nossas obrigações morais e políticas, a teoria contratual do Estado ganha relevo a partir do século XVII, com a valorização do homem em razão do advento dos ideais humanistas. Segundo Bobbio (2004):

Em sentido muito amplo, o Contratualismo compreende todas aquelas teorias políticas que veem a origem da sociedade e o fundamento do poder político (...) num contrato, isto é, num acordo tácito ou expresso entre a maioria dos indivíduos, acordo que assinalaria o fim do estado natural e o início do estado social e político (BOBBIO, 2004, p. 272).

A Era Moderna, período compreendido entre os séculos XV e XVIII, é comumente representada como um período efervescente e de rupturas radicais na política, economia e cultura. O movimento moderno que marcou essas transformações da mentalidade europeia foi chamado de Renascimento (séculos XV a XVII). Esse movimento criou a base conceitual e de valores que permitiu a arrancada da razão e da ciência no século XVII. De acordo com Maluf (2013):

O absolutismo monárquico que compõe o período de transição para os tempos modernos teve as suas fulgurações produzidas pelo verniz teórico dos humanistas da Renascença, os quais, afastando os fundamentos teológicos do Estado, passaram a encarar a ciência política por um novo prisma, exageradamente realista (MALUF, 2013, p. 145).

Foi no Renascimento, com o desenvolvimento do comércio e dos núcleos urbanos, que o pensamento científico se impôs como forma hegemônica de pensar o mundo, abrindo-se uma era do apogeu do cientificismo e da racionalidade. Os elementos mais importantes do Renascimento foram: a valorização da cultura greco-romana, como paradigma no plano intelectual e artístico; a glorificação do homem, o qual foi colocado no centro de tudo (antropocentrismo); a busca de um padrão intelectual que transcendesse as fronteiras nacionais (universalismo); a importância da natureza e de seus fenômenos; o racionalismo e o espírito crítico, que se traduziram na adoção da observação e de métodos experimentais. O racionalismo é um marco histórico característico do Renascimento.

O Estado Moderno nasceu com a monarquia nacional, e com características absolutistas, sendo uma forma de organização política que marcou o início da modernidade e o final da era feudal.

O Estado Moderno e o capitalismo surgiram juntos, no fim da Idade Média, na Europa Ocidental. Do ponto de vista etimológico, a palavra Estado tem origem no termo latim *status*, cujo significado é estar firme. Nicolau Maquiavel⁴ (1469-1527) foi o primeiro a considerar a política de maneira científica, crítica e experimental (GRUPPI, 1986). A palavra Estado entra para o léxico político na história pela primeira vez, na obra *O Príncipe*, publicada em 1513, pelo filósofo e político italiano, no bojo da formação dos Estados Nacionais, com a afirmação: "Todos os Estados, todos os governos que tiveram ou tem domínio sobre os homens, foram e são repúblicas ou principados" (MAQUIAVEL, 2007, p. 25).

Segundo Vianna (2008):

O gênio de Maquiavel se deve à precisão com que formula, entre outras, uma premissa básica do mundo moderno: a de que ao Estado – que na parábola de Maquiavel é *O Príncipe* - cabe a função de assegurar a convivência entre os indivíduos. Pois que desiguais e auto-referidos, os indivíduos, por si, não engendram a ordem necessária à própria vida social (VIANNA, 2008, p.13).

O fundador da ciência política, em seu livro mais célebre, *O Príncipe*, tinha como perspectiva identificar as causas do sucesso na manutenção do poder ou do fracasso do governante e desvincular completamente as razões políticas das razões morais "em que consiste a propriedade específica da atividade política e como distingue ela enquanto tal da moral" (BOBBIO, 1987, p. 55). Para o filósofo, o

⁴ Segundo Barracho (2010), Maquiavel, o primeiro analista moderno do poder e símbolo do renascimento político, dedicou sua obra *O Príncipe* a Lourenço de Médici, governador de Florença, importante personagem, protetor das artes e das letras dessa época. O Florentino viveu e produziu entre os séculos XV e XVI, na região de Florença, sendo o mais avançado e influente entre os escritores da Renascença. Em sua obra, o filósofo italiano se propôs a analisar o poder e as condições pelas quais um monarca absoluto é capaz de conquistar, reinar e manter seu poder. O filósofo, em seu livro, abandonou o enfoque ético e religioso e procurou uma abordagem mais realista da política. Maquiavel, autor consagrado como clássico pela ciência política, escreveu sobre o poder dos príncipes e as condições para um exercício político que permitam a conquista e, o que é mais difícil, a preservação dos Estados. O centro de suas reflexões é o exercício do poder político pelo Estado.

recurso à força, a fim de conter a maldade humana, faz parte da lógica do poder político. Para isso, segundo Montañó (2011) visou desvendar:

(...) uma "ética política" (não moral), *independentemente da vida privada e da religião*, em que a ação política e ator político fossem julgados pelos resultados, e não pelos meios empregados. Desse modo, o autor muda os rumos das análises políticas anteriores. Enquanto os gregos estudavam "o político" (no campo institucional), Maquiavel se dedica à análise de "a política" (referente ao espaço de ação), outorgando *certa historicidade à ação política* (MONTAÑO, 2011, p. 21) **(Grifos do autor)**.

Neste sentido, Maquiavel incorpora ao debate político uma distinção entre *Estado e Sociedade*, até então não considerada na época. O *Estado*, anteriormente chamado de *pólis* pelos gregos e de "*res pública*" pelos romanos, é o local onde o ator político (príncipe) atua. Nesse espaço, o político por excelência exerce sua coerção, procura consenso, gera e desenvolve o poder político e cria as leis, regula a ordem "*social*". A *sociedade* é o que o florentino compreende por "*privado*", é o lugar onde o povo gera as atividades econômicas, desenvolve a propriedade privada, estrutura a família. Portanto, o príncipe (o Estado) não deve interferir (MONTAÑO, 2011).

O Estado Moderno não é só uma superestrutura política representativa do capital. O Estado Moderno é o eixo, o suporte funcional (político-administrativo), a força agregadora, a força motriz do capitalismo nascente. Nas palavras de Mészáros (2011):

Sem a emergência do Estado Moderno, o modo espontâneo de controle metabólico do capital não pode se transformar num sistema dotado de microcosmos socioeconômicos claramente identificáveis – produtores e extratores dinâmicos do trabalho excedente, devidamente integrados e sustentáveis. Tomadas em separado, as unidades reprodutivas socioeconômicas particulares do capital são não apenas *incapazes* de coordenação e totalização espontâneas, mas também *diametralmente opostas* a elas, se lhes for permitido continuar seu rumo disruptivo, conforme a determinação estrutural centrífuga de sua natureza. Paradoxalmente, é esta completa "ausência" ou "falta" de coesão básica dos microcosmos socioeconômicos constitutivos do capital – devida, acima de tudo, à superação entre o valor de uso e a necessidade humana espontaneamente manifesta – que faz existir a dimensão política do controle sociometabólico do capital na forma do Estado moderno (MÉSZÁROS, 2011, p. 123).

O Estado Moderno é a raiz histórica em que repousa o nosso atual Estado Capitalista. Neste sentido, o Estado Moderno guarda a chave para definirmos o próprio metabolismo do capital e da estrutura política, funcional e administrativa que o acompanha. Por isso, o Estado não é aqui tratado como organismo, de acordo com as concepções organicistas da política ou do funcionalismo, mas como fluxo vital de um amplo sistema que articula Estado/Sociedade/Capital e suas variáveis intercambiáveis (MÉSZÁROS, 2011).

O Estado Moderno inicia a separação entre as esferas pública e privada. Se no medievo, o senhor feudal concentrava os poderes militar, político, econômico e ideológico; no Estado Moderno há um dualismo inevitável: sociedade civil/sociedade política.

O poder passa a ser despersonalizado. Precisa de um titular, que é o Estado. Há a institucionalização deste domínio e o Estado deixa de ser patrimonial, tal como os feudos. O poder político se separa da economia. A sociedade civil se afasta do centro das tomadas de decisão e das funções administrativo-políticas do Estado. A ruptura com o feudalismo é absoluta. Para os senhores feudais (entes privados) havia a possibilidade de concentração de tais poderes em uma unificada pessoa. Agora isto já não é mais possível.

O modelo absolutista é, então, o primeiro ensaio do surgimento deste Estado Moderno. Aparece, definitivamente, no século XIII, tornando-se efetivamente difundido no século XIX (BOBBIO, 2004). Tem o seu declínio por ocasião da Revolução Francesa, embora evidentemente guarde alguns resquícios de sua existência após este momento histórico (BOBBIO, 1987).

Certo é que o Estado Moderno trouxe características inovadoras, que se tornaram elementos diferenciadores das antigas formas estatais: território, povo, governo, poder, autoridade/soberano e, para alguns, finalidade (STECK, 2014).

Os pensadores considerados contratualistas, de modo geral, desenvolveram teorias que tentavam explicar os caminhos que levaram as pessoas a formar Estados e/ou manter a ordem social. As teorias contratualistas surgiram entre os séculos XVI e XVIII com o objetivo de explicar a origem da sociedade, do

Estado, da soberania de tornar legítimos os governos, e também as obrigações dos súditos. Thomas Hobbes (1651), John Locke (1689) e Jean Jacques Rousseau (1762) são os mais famosos filósofos do contratualismo.

A partir do século XVII passou-se a ter uma concepção inovadora de direito natural, que ficou conhecida como Doutrina do Direito Natural Racionalista ou do Direito Natural Abstrato, que afastou o vínculo teológico e procurou o fundamento de validade do direito natural na própria razão humana.

O contratualismo moderno foi uma escola que se desenvolveu no intercuro dos séculos XVI e XVIII. Sua estrutura vital se deu pela contraposição entre Estado de Natureza e o Estado Civil, mediado pelo Contrato Social. O pensamento contratualista pretende determinar a origem do Estado e o fundamento do poder político a partir de um acordo de vontades, tácito que coloque fim ao estágio pré-político (estado de natureza) e dê início à sociedade política (estado civil).

Tal doutrina apresenta os seguintes elementos: a natureza como fundamento do direito; o estado da natureza como suposto racionalmente e que explica a sociedade; o contrato social e os direitos naturais inatos. É, pois, racionalista no método, subjetivista no critério, anti-histórica nas exigências e humanitária no conteúdo. Não é demais afirmar que é fundamental a importância deste jusnaturalismo antropológico/racional para o surgimento do Estado Moderno. Tal argumento torna-se a base do contratualismo, que dará sustentação teórica para este modelo de poder soberano. Bobbio (1997) afirma, inclusive que

(...) a história da formação do Estado Moderno é, em grande parte, a história das tentativas de tornar efetiva, por meio de vários dispositivos constitucionais, a exigência das teorias jusnaturalistas, manifestada durante alguns séculos, em favor de uma limitação do poder soberano (BOBBIO, 1997, p. 70).

O enfoque instrumental do Estado na ótica contratualista assinala a instituição estatal como uma invenção artificial dos homens, apontando-o como um dispositivo, da vontade racional dos indivíduos que buscam atingir determinados fins, que assinalam ou identificam as condicionantes de sua criação.

Nessa acepção, a perspectiva aberta pela escola do jusnaturalismo contratualista é primordial para a compreensão do itinerário adotado pelo Estado Moderno e seu arcabouço institucional como Estado Constitucional, em seus múltiplos aspectos ostentados ao longo dos últimos cinco séculos (STRECK, 2014).

Para os contratualistas, o estado de natureza reflete o homem e seu convívio fora do contexto social; o contrato representa o instrumento de emancipação do estado de natureza e a legitimação do poder político; e o estado civil nasce como um artifício da razão humana, sustentado no consenso dos indivíduos. Ressalta-se que os moldes desta transposição são tão diversos quanto são os pensadores contratualistas. Quanto ao conteúdo do contrato social, não há consensos. Para Souza (2010):

Os contratualistas estavam comprometidos com o estabelecimento de um ordenamento social que garantisse direitos à burguesia, direitos esses cerceados pelo absolutismo feudal: de vida em Hobbes, de propriedade privada em Locke, e de liberdade em Rousseau. Assim sendo, é legítimo afirmar que os contratualistas reclamavam o que posteriormente fora denominado de Estado de Direito, isto é, uma forma determinada de relação entre Estado e sociedade civil que garantisse a todos os homens direitos naturais fundamentais inalienáveis (SOUZA, 2010, p. 27-28).

A passagem do estado de natureza para o Estado Civil constituiu uma das grandes preocupações dos estudos de Thomas Hobbes, John Locke e Jean-Jacques Rousseau. O ponto de convergência no pensamento desses três clássicos da política está no entendimento de que o Estado (baseado no contrato) é oposto ao estado de natureza, constituído por indivíduos livres. A forma como se dá tal passagem, no entanto, difere no pensamento de cada autor.

Segundo Maluf (2013), Thomas Hobbes, "filósofo inglês (1588-1679), o mais reputado dentre os escritores do século XVII, foi o primeiro sistematizador do contratualismo como teoria justificativa do Estado" (MALUF, 2013, p. 96-97).

Conforme Hobbes, o estado natural é a condição na qual todos os homens se encontram. Nesse estágio todos são iguais, todos têm o mesmo direito, pois o homem, em tal estado, está sob a égide das paixões, guiado pelos instintos,

isto é, esforço natural de permanecer na existência, de sobrevivência. Nessa perspectiva, o homem está imerso na ausência de um poder estatal soberano.

A condição do homem nesse estágio, consequência natural das paixões, é de guerra, pois não há um poder visível que seja capaz de mantê-los em respeito, haja vista que, naturalmente, os homens não são justos, piedosos, bondosos, mas ao contrário, são tendentes à parcialidade, orgulho e vingança. Na realidade, nessa condição, o homem está em situação incontrolável de estado de guerra de "todos contra todos", "o homem é lobo do homem" (HOBBS, 2006, p. 56). Assim, seguindo Hobbes, pode-se dizer que no estado de natureza a utilidade é a medida do direito. Nessa perspectiva, a inclinação geral do ser humano é constituída por um ininterrupto desejo de poder e de mais poder que só tem cabo com a morte.

Hobbes é considerado teórico do Absolutismo, sem fundamento no direito divino. Seu Absolutismo é racional e sua concepção de Estado coaduna-se com a natureza humana. Segundo Maluf (2013), embora:

(...) teórico do absolutismo e partidário do regime monárquico, Hobbes, admitindo a alienação dos direitos individuais em favor de uma assembleia de homens, não afastou das suas cogitações a forma republicana. Hobbes admitia a existência de Deus, mas atribuía ao Estado a regulamentação dos cultos (...) *Cada Estado é um imediato de Deus, sendo que Deus fala aos homens pela boca do Estado* (MALUF, 2013, p. 97) (Grifos do autor).

Hobbes acreditava ser possível historicamente terem existido (e existirem) estados de natureza parciais. Encontramos tal definição nas situações de guerra civil, nas relações entre grupos sociais independentes, nas sociedades primitivas (BOBBIO & BOVERO, 2000).

No estado de natureza hobbesiano, o homem vive em conflito permanente, onde a violência e a insegurança predominam. O risco de se aniquilarem fazia os homens optarem, racionalmente, por um contrato no qual estabeleceriam um vínculo social estável que garantiria a conservação da vida de cada pessoa. Para que esse estado existisse, os homens abririam mão de sua liberdade natural em favor do soberano, senhor absoluto, que seria responsável pela preservação da ordem e garantia de sobrevivência. Fazia-se necessário alguém que

regulasse as relações, a fim de evitar que os indivíduos se autodestruíssem. Por esse contrato, os homens renunciavam às suas vontades, para atender às vontades de um só: o soberano. Para fazer valer o pacto, o soberano deveria ter a força, pois, para Hobbes, os pactos sem espada não são mais do que palavras.

Thomas Hobbes escreveu o *Leviatã*⁵ há exatos 366 anos. Obra que traduziu emblematicamente, por intermédio de uma figura metafórica mítica, o Estado, esse meio civil, esse palco aberto em que interagem os homens. Para Hobbes, o contrato social surgiu da necessidade de assegurar, por meio de leis, a propriedade privada. O homem trocou sua liberdade voluntariamente em busca da segurança garantida pelo Estado (*Leviatã*).

Para Bobbio (1997), O *Leviatã* de Hobbes (1651) "pretende dar uma justificação racional e, portanto, universal da existência do Estado e indicar as razões pelas quais os seus comandos devem ser obedecidos" (BOBBIO, 1997, p. 55).

Nesse sentido, a emergência do Estado dá-se através da outorga e do contrato. Para Paula (2016), "as características do processo de mercantilização da vida levaram Hobbes a formular a tese do Estado absoluto, o ente em questão" (PAULA, 2016, p. 78).

Constatando-se que o estado natural é selvagem, algumas perspectivas de transposição foram pensadas. Hobbes, por exemplo, analisa que a passagem para o estado civil acarreta ao indivíduo a renúncia de alguns direitos, não sendo necessário abdicar de todos. Tal abdicção garante a preservação do direito à vida. A conclusão é a de que o Estado surge para preservar pacificamente a vida das pessoas, posto que fora da sua racionalidade a segurança não existe. O homem vem para o Estado Civil em busca de segurança e paz (BILLIER, 2005).

⁵ O *Leviatã* é um monstro marinho citado na Bíblia, nos "últimos versículos do capítulo 41 do Livro de Jó, nos quais Deus, após ter estabelecido o grande poder do *Leviatã*, chamou-o "Rei dos Soberbos" (HOBBS, 2014, p. 251). Na obra de Hobbes é representado como um gigante coroado, cujo corpo é composto de pequenos indivíduos aglomerados. Em suas mãos uma espada e um báculo, símbolo dos poderes militar e religioso. Conscientemente, ele confere ao soberano o poder pleno de legislar em seu nome, firma um contrato de submissão.

O contrato social de Hobbes, portanto, é um pacto em favor de um terceiro. Nesse sentido, "é firmado entre indivíduos que, com o objetivo de preservarem suas vidas, transferem a outrem não-partícipe (homem ou assembleia) todos os seus poderes – não há, ainda, que se falar em direitos, pois estes só aparecem com o Estado" (STRECK, 2014, p. 35-36).

O Estado hobbesiano, criado pelo contrato, recebe todos os poderes para defender a vida daqueles que pactuaram (os integrantes da sociedade). O Estado não tem que pactuar nada com a sociedade. Esta o cria, através de um contrato, e lhe dá poderes absolutos. No modelo hobbesiano, "o Estado é a antítese do estado de natureza, constituída por indivíduos hipoteticamente livres e iguais" (BOBBIO, 1987, p. 43).

Para Hobbes, o homem é um ser originariamente antissocial, individualista e egoísta, preocupado apenas com os próprios interesses e compelido a viver em sociedade para prevenir a violência. Desse modo,

(...) as proposições de Hobbes estão pautadas no individualismo em que se encontram os homens em estado de natureza. Suas deduções são hipoteticamente lógicas e não históricas e remetem à defesa do poder monárquico absolutista (PAULA, 2016, p. 78).

Já John Locke, "filósofo inglês (1632-1704), desenvolveu o contratualismo em bases liberais, opondo-se ao Absolutismo de Hobbes. Foi Locke o vanguardeiro do liberalismo na Inglaterra" (MALUF, 2013, p. 99).

O filósofo "personifica as tendências liberais, em oposição às ideias absolutistas de Hobbes, embora suas análises sobre o poder temporal e o poder espiritual tenham partido do descrédito que atingiu a Igreja" (BARRACHO, 2010, p. 50).

A filosofia de Locke entende o estado pré-político como um hipotético momento de paz relativa. Ali os homens já se organizavam em torno do respeito a determinados direitos (vida, propriedade, entre outros direitos naturais). Pressuposto

para tal constatação é que a racionalidade domine as condutas humanas nesta etapa de natureza (BILLIER, 2005).

Ao afirmar que o conteúdo do contrato social é a preservação dos direitos naturais pré-existentes ao Estado, Locke assume que as pessoas passam de um estágio para o outro preservando todos os seus direitos, menos um: o de realizar por si mesmos a justiça.

A função do pacto social de Locke é nitidamente dividida em dois eixos: de um lado, é uma racionalização construtora da vontade política estatal (capaz de garantir os direitos naturais dos cidadãos); por outra via, o contrato estabelece limites ao poder estatal, igualmente de forma a garantir e assegurar o convívio harmônico da coletividade (para que o Estado não suprima direitos sociais e individuais pré-existentes à sua criação).

Segundo Maluf (2013), Locke pregou a liberdade religiosa, sem dependência do Estado, e foi precursor da teoria dos três poderes fundamentais, desenvolvida futuramente por Montesquieu.

Para Locke, a finalidade da organização política não é intensificar o poder do Estado, mas oferecer aos indivíduos a liberdade de pensar, de circular livremente, de organizar suas vidas, sem que a sua liberdade e a dos seus semelhantes fosse ameaçada ou destruída. A filosofia política de Locke é dominada pela aversão ao Absolutismo (BARRACHO, 2010).

No mesmo sentido, Paula (2016) diz:

(...) a relação entre propriedade e liberdade pensada é a raiz da sociabilidade pensada por Locke, na qual todas as esferas da vida social passam a ser regidas por contratos garantidores de liberdade econômica: o trabalho, as heranças, o casamento etc. Portanto, mesmo o Estado tendo poderes coercitivos, a soberania está no contrato social e, de modo indireto, nos indivíduos, pois estes são portadores de direitos individuais, o que os eleva à condição de cidadãos e não mais súditos. Evidencia-se, ainda em Locke, a distinção entre público (Estado ou sociedade política) e privado (mercado ou sociedade civil), porém inter-relacionados e com nítida direção social dada pelo segundo sobre o primeiro (PAULA, 2016, p. 80).

Filósofo do Iluminismo inglês, as noções de Locke sobre a constituição de um governo com o consentimento dos governados e os direitos naturais do homem (vida, liberdade, propriedade) tiveram enorme influência nas colônias americanas, dando-lhes uma fundamentação para a revolução e criação de um governo próprio. Segundo Bobbio (1987), para Locke:

(...) o principal dever do governo é de tornar possível, mediante o exercício do poder coativo, a observância das leis naturais que, para serem respeitadas, não teriam necessidade de nenhum governo caso os homens fossem todos racionais, Locke precisa do consenso para fundar o Estado, mas o próprio consenso - ou seja, o acordo necessário para sair do estado de natureza e instituir o governo civil - é sempre um ato racional (BOBBIO, 1997, p. 90).

O direito natural, incondicional e pertencente à etapa pré-social tem que ser renunciado absolutamente em favor do Estado. Locke foi o primeiro autor a anunciar os princípios do liberalismo político. Enquanto em Locke há uma clara noção do liberalismo político, Hobbes legitima, inegavelmente, o Absolutismo. Para Souza (2010),

O pensamento de Locke, ao contrário do de Hobbes, exerceu profunda influência na constituição de governos civis europeus. Suas ideias foram resgatadas pela Revolução Americana e pela decisiva Revolução Francesa. Contemporaneamente, o núcleo duro da filosofia liberal lockiana está presente na constituição política da maior parte dos Estados liberais (SOUZA, 2010, p. 31).

Entre os pensadores políticos clássicos, a Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) coube a tarefa de dar à teoria contratualista a sua máxima expressão. Em Genebra, destacou-se dos teóricos do voluntarismo pela sua construção filosófica e magnitude da sua influência em todo o mundo moderno (MALUF, 2013). O teórico, político e escritor suíço é considerado um dos principais filósofos do Iluminismo, já que suas ideias influenciaram a Revolução Francesa (1789).

Para Rousseau, tal estado de natureza é uma categoria que facilita o entendimento da transição. A partir do momento em que o homem saiu do estado de

natureza para o Estado Civil, houve a decadência da humanidade. Havia a necessidade de transpor tal momento para um terceiro estágio (positivo): a República.

Constatação óbvia, diante da leitura de Rousseau, é a de que o estado de natureza era pacífico e que a sua passagem é que foi negativa (devendo surgir a terceira etapa, novamente positiva, da República). Fica o registro da frase inicial de seu livro *O Contrato Social*: "O homem nasce livre, e por toda a parte encontra-se em ferros" (ROUSSEAU, 2015, p. 53).

O Estado hobbesiano, criado pelo contrato, recebe todos os poderes para defender a vida daqueles que pactuaram (os integrantes da sociedade). O Estado não tem que pactuar nada com a sociedade. Esta o cria, através de um contrato, e lhe dá poderes absolutos. O direito natural, incondicional e pertencente à etapa pré-social, tem que ser renunciado absolutamente em favor do Estado. Enquanto em Locke há uma clara noção do liberalismo político, Hobbes legitima, inegavelmente, o Absolutismo.

Já para Rousseau, o homem renuncia a todos os direitos naturais quando ingressa na sociedade política. Como cidadão, ele terá apenas o direito de participar da construção da vontade geral. Este homem somente alcançará a liberdade quando se submeter às leis em cuja construção ele mesmo auxiliou. Nada é privado, sendo tudo pertencente ao público.

Continuando, para Rousseau, os indivíduos aceitam perder parte da liberdade natural, recuperando-a como liberdade civil. A questão da liberdade está assim definida em Rousseau (2015): "O que o homem perde pelo contrato social é a liberdade natural e um direito ilimitado a tudo quanto aventura e pode alcançar. O que ele ganha é a liberdade civil e a propriedade de tudo o que possui" (ROUSSEAU, 2015, p. 77).

Ao pactuar em um contrato social, cada pessoa passa a fazer parte indivisível de um todo que é o Estado, para, de acordo com Nay (2007), "preservar sua independência, garantir uma segurança real e proteger sua propriedade privada" (NAY, 2007, p. 276).

Quando a vontade do indivíduo entra em conflito com a vontade da maioria, aquela tem que ser sacrificada em detrimento desta, em que pese o poder sair das mãos do monarca, ou das oligarquias, e passar para a coletividade. Fundamentando Estados democráticos, tais conclusões de Rousseau podem ser traduzidas em um Estado ético e totalitário. Sustenta-se a abdicação da razão em detrimento da vontade da maioria, havendo equiparação da atuação estatal ao conceito de justo e da virtude. Há a negação da liberdade do ser humano. Para Nay (2007):

A preocupação em afastar todas as usurpações de poder na sociedade leva Rousseau a rejeitar a ideia do governo representativo. Para ele, só a 'democracia direta', que ele define como o governo fundado sobre a 'participação ativa e incessante dos cidadãos na vida política', permite que o povo conserve a sua soberania e não se faça privar dela por uma casta ou tirano (NAY, 2007, p. 277).

Como se percebe, a transferência de direitos para o Estado é outro ponto que diferencia os contratualistas. E, nas variadas matizes teóricas (muito mais perceptível em Locke, por exemplo), há a preocupação com a questão da liberdade individual. A concepção de Rousseau acerca das relações entre Estado e sociedade civil é radicalmente contrária à defendida por Hobbes e Locke.

A preocupação contratualista relacionada à liberdade e, por conseguinte, à limitação do poder do Estado (notadamente em Locke) faz surgir o Estado Liberal. O liberalismo tem, com Bobbio (1988), a seguinte conceituação: "é uma doutrina do Estado limitado tanto com respeito aos seus poderes quanto às suas funções" (BOBBIO, 1988, p. 17).

Para Bobbio (1987), sob essa lógica, "Hobbes foi identificado com o Estado Absoluto, Locke com a Monarquia Parlamentar e Rousseau com a Democracia" (BOBBIO, 1987, p. 54).

Neste modelo, há a ascensão da burguesia ao poder político (anteriormente só detinha o poder econômico), bem como há a limitação do poder estatal. A colocação do indivíduo em posição de destaque, bem como a

sistematização de suas garantias fundamentais igualmente são marcas liberais. A elaboração de uma Constituição é, pois, necessidade neste Estado.

É a filosofia alemã que lançará uma reviravolta na concepção da relação entre Estado e sociedade civil. Em primeiro lugar, na filosofia idealista de Hegel; e em seguida, no pensamento revolucionário de Marx (SOUZA, 2010).

Hegel, ao analisar o individualismo e o racionalismo do século XVIII, os critica e imprime um caráter social neste novo pensamento inaugurado por ele que domina o século XIX. É com base em sua doutrina, por exemplo, que se fundará o chamado socialismo contemporâneo.

A filosofia de Hegel interpreta o Estado como sendo "a realidade da ideia ética, da vontade substancial, em que a consciência mesma do indivíduo se eleva à comunidade e, portanto, ao racional em si e para si" (BONAVIDES, 2003, p. 139).

Para Salgado (1995),

(...) Estado de Hegel é a substância ética; é a ideia ética (*sittliche idee*) – no plano da eticidade que não se limita à moralidade subjetiva – ou o ethos que compreende todas as formas de vida criadas por um povo na sua totalidade orgânica. Como totalidade orgânica é o objetivo das instituições que o corporificam e o subjetivo das vontades que dele são membros. Esta eticidade segundo a qual o Estado é a vontade como ideia que tem como substância a liberdade. (...) Eticidade é então nada menos do que a 'concreção da liberdade' (*Konkretion der Freiheit*) na unidade do mundo objetivo e da consciência subjetiva, sem a qual não há liberdade ou vontade em si real ou em ato (SALGADO, 1995, p. 391).

O Estado pertence à esfera do espírito objetivo. Há uma transposição que, do Direito, passa pela Moralidade e termina na Ética. O Direito, para Hegel, é a existência da vontade livre, o espírito objetivo em si. O filósofo não se refere ao indivíduo, mas à exteriorização abstrata do Direito na coletividade.

Para Bonavides (2003), a Moralidade, por sua vez, é a subordinação da mentalidade subjetiva do indivíduo aos mandamentos da consciência coletiva. É a forma da vontade livre, do Direito exteriorizado na comunidade que, "em forma de

ideia, refletido subjetivamente, passa a conhecer-se a si mesmo, e a impor-se como dever, como imperativo categórico" (BONAVIDES, 2003, p. 140).

Por fim, *ethos* é a síntese que concretiza a consciência coletiva no Estado, conciliando o Direito com a Moralidade. Encerra-se o processo dialético do espírito objetivo. Direito e Moralidade não são formas abstratas, mas concretização da vida moral. Ainda, três são os alicerces para a consecução da razão (ou, três são as ordens da vida humana): *família* - lugar onde o homem vive sua experiência individual; *sociedade* - relação com outros seres humanos; e *Estado* - potência soberana que visa a garantir a unidade da sociedade (NAY, 2007). Salgado (1995) demonstra esta sucessão de momentos:

O Estado é, então, o momento de superação da sociedade civil, superior. Enquanto a sociedade civil permanece imersa no confronto das necessidades econômicas em que prevalece o interesse particular de cada um, o Estado organiza-se como realização da liberdade, fim supremo de cada um. Desse modo, não pode ser compreendido como organização destinada a garantir a 'propriedade e a liberdade pessoal'. Essa liberdade como pessoa no nível simplesmente abstrato, ou a liberdade como livre arbítrio a todos reconhecida na sociedade civil e, anteriormente, no Estado de Direito. Entretanto, no Espírito objetivo, o indivíduo só tem 'objetividade, verdade e moralidade, só é indivíduo livre e real na medida em que participa do Estado, considerado como seu fim e destino a que todas as demais satisfações individuais se subordinam (SALGADO, 1995, p. 400).

Assim, o Estado hegeliano se traduz na concretização da ideia moral objetiva, revelada pelo Espírito objetivo que tem consciência de si. Trata-se da "realidade em ato da ideia moral objetiva, o espírito como vontade substancial revelada, clara para si mesma, que se conhece e se pensa, e realiza o que sabe e porque sabe" (HEGEL, 2003, p. 216).

Percebe-se que o Estado é o ponto culminante da razão (do espírito objetivo). Do ponto de vista teleológico, é a totalidade moral (não serve a nenhum fim fora de si mesmo). Para Hegel, o mais alto direito de um indivíduo é fazer parte de um Estado.

A liberdade hegeliana guarda suas fundações no Estado, na Ética e no Direito. É, pois, positiva, não se encontrando no plano de autonomia da vontade individual. Antes, realiza-se na comunidade como um estado espiritual de

racionalidade: quanto mais desenvolvida a comunidade, tanto mais elevada será a liberdade. Conclui Hegel (2003), que é:

O Estado a realidade em ato da liberdade concreta. Ora, a liberdade concreta a individualidade pessoal, com seus particulares, de tal modo possuir o seu pleno desenvolvimento e o reconhecimento dos seus direitos para si (nos sistemas da família e da sociedade civil) que, em parte, consciente e voluntariamente o reconhecem como seu particular espírito substancial e para ele agem como seu último fim. Daí provém que o universal tem valor e é realizado sem o interesse, a consciência e a vontade particulares, nem os indivíduos vivem como pessoas privadas unicamente orientadas pelo seu interesse e sem relação com a vontade universal (...) (HEGEL, 2003, p. 226).

Bonavides (2003) coloca a filosofia de Hegel, neste ponto, como posição intermediária entre o Absolutismo de Hobbes e a reação individualista da filosofia anglo-francesa (principalmente em Kant). Trata-se do meio termo entre o Absolutismo, sem qualquer verificação de conteúdo ético, e o jusnaturalismo racionalista do Iluminismo.

Percebe-se, então, que a filosofia hegeliana afasta-se da teleologia estatal do jusnaturalismo. O Estado não é instrumento da vontade particular (conforme anuncia o racionalismo rousseauiano). É, antes, a expressão unificada da vontade individual e social, levando aquela para esta, que se torna vontade estatal, como um todo ético – espírito objetivo.

Hegel tem uma formulação organicista: o Estado é totalidade espiritual e é substância ética. A falha do jusnaturalismo está na ausência desta "totalidade orgânica". Desta forma, para Bobbio & Bovero (2000), "os jusnaturalistas imaginaram a sociedade civil como uma associação voluntária de indivíduos, enquanto o Estado é a unidade orgânica de um povo" (BOBBIO & BOVERO, 2000, p. 97).

Hegel, ao contrário da filosofia burguesa da Europa do século XVIII, inaugura o século XIX dizendo que o Estado é a razão. A burguesia era contrária a isso, afirmava que o Estado não era a razão, não era a justiça. Basicamente, os princípios insurgentes de tal classe eram a defesa da propriedade privada, a liberdade de contrato, a autonomia da vontade e a igualdade (MASCARO, 2015).

Para Souza (2010), Hegel considera:

(...) o Estado como instância responsável por evitar a desagregação social. Sem a presença do Estado, a sociedade civil ruiria ante o efeito devastador das lutas de classes. Tomado nessa acepção, o Estado teria a função de imprimir racionalidade à sociedade civil, fundando a sociedade política. Em termos hegelianos, é possível afirmar que o Estado é o sujeito da história, cabendo à sociedade civil o papel secundário de predicado. Ora, se o sujeito da história é o Estado, é lícito afirmar que a história só tem início a partir do surgimento do Estado e no interior dele. Desta maneira, não haveria história humana na ausência do Estado. Se o Estado é o momento fundante da história em Hegel, é também seu limite último. Sem o Estado não haveria história humana possível. Mais tarde, Marx inverterá esses termos, demonstrando que a história autenticamente humana ocorrerá apenas com a supressão do Estado e do modo de produção capitalista (SOUZA, 2010, p. 34).

As relações de Marx com a obra hegeliana são um tema inesgotável. Marx não era um hegeliano, mas é impensável sem Hegel, uma das fontes da arquitetura marxiana, pilares do edifício marxiano – o materialismo dialético (MD). Há uma clara incorporação de Hegel em Marx. Marx retrabalha o universo categorial de Hegel, atribui novos sentidos, novos significados às categorias hegelianas e, sobretudo, articula aquilo que incorpora de Hegel num campo bastante original. Marx vai redefinir sua relação com o filósofo no texto que começa em 1843 - momento em que Marx registra sua primeira crítica a Hegel (MASCARO, 2015).

Indiretamente, Hegel marcou o início da vida de Marx (MASCARO, 2015). O contexto em que Marx vivia era hegeliano, assim, quando escreveu a *Crítica da Filosofia do Direito de Hegel*, discordava deste, por isso sua produção está presa ao horizonte filosófico do velho pensador. Segundo Mascaro (2015), esse é o jovem Marx, porque sua referência é Hegel:

Hegel inaugurou o século XIX dizendo que o Estado era a razão. Apresenta assim um horizonte fundamental da compreensão política e social contemporânea, que passa pelo Estado. Essa visão foi um choque que forjou o século XIX desde o início, porque, de modo contrário, até o século XVIII, a filosofia burguesa da Europa cuspiu no Estado, fundando a razão, antes, no individualismo (MASCARO, 2015, p. 17).

Marx queria compreender a relação entre Estado e sociedade civil na ordem burguesa. Hegel argumentava que esta relação é o reino do privatismo, reino

do individualismo, reino do particularismo estreito. Retomando sua formulação, a sociedade civil é o reino da miséria física e moral. Para o filósofo alemão, só se transcende a limitação da sociedade civil, se atribuir racionalidade ao Estado – que é o princípio e o agente da universalidade.

Marx pensa a sociedade tal qual Hegel. Mas, aquilo que para Hegel é a expressão da universalidade (o Estado), para Marx é uma universalidade alienada. Enquanto Hegel vê realização na razão, na história, Marx vê uma mistificação. Segundo Souza (2010),

(...) a discussão levantada por Marx sobre a relação entre Estado e sociedade civil está intimamente vinculada à Crítica da Filosofia do Direito de Hegel, obra que consubstanciava o ponto alto da produção filosófica alemã. Hegel é o representante da ruptura decisiva para com a corrente contratualista. No pensamento hegeliano não há espaço para a concepção de um eventual contrato, estabelecido de forma voluntária ou compulsória, entre indivíduos que viveriam, hipoteticamente, um estado de natureza, que fosse constantemente ameaçado — como para Hobbes —, ou pacífico — como para Locke e Rousseau (SOUZA, 2010, p. 26).

Segundo Souza (2010), "Marx inaugura um novo referencial teórico sobre a relação entre as categorias Estado e sociedade civil. Para Marx, era preciso alcançar o conteúdo essencial da sociedade burguesa" (SOUZA, 2010, p. 35). A crítica de Marx, segundo Souza (2010), pressupunha:

(...) a existência abstrata de uma "natureza humana". Para ele, mesmo a essência das relações entre os homens é construída historicamente e precisa ser explicada pela história. Marx chamou a atenção para a necessária reconstrução histórica das categorias. Estado, sociedade civil, mercadoria, capital e assim por diante, não possuem uma essência a-histórica, não fazem parte de uma "natureza humana" imutável e eterna. São construções históricas e precisam ser analisadas nessa perspectiva. Nesse momento, Marx descarta toda a herança contratualista, que pressupunha a existência abstrata de uma "natureza humana". Para ele, mesmo a essência das relações entre os homens é construída historicamente e precisa ser explicada pela história (SOUZA, 2010, p. 35-36).

Influenciado por Marx, desde cedo Gramsci vai desenvolver a visão dialética do produto histórico, tanto das determinações estruturais da sociedade - que condicionam os homens; quanto da ação consciente das classes - como sujeitos

históricos capazes de "construir" a realidade social. Nessa ótica, o socialista italiano resgata a dialeticidade da relação entre objetividade e subjetividade, na perspectiva de Marx e Engels, e concebe o marxismo como *filosofia da práxis*, como uma concepção teórica e política definida, alimentada e orientada fundamentalmente para a prática social transformadora (MACIEL, 2004).

Segundo Gramsci (1978),

(...) para a filosofia da práxis [o marxismo], as ideologias não são de modo algum arbitrarias; elas são fatos históricos reais, que devem ser combatidos e denunciados em sua natureza de instrumentos de domínio, não por razões de moralidade, etc., mas precisamente por razões de luta política: para tornar os governados intelectualmente independentes dos governantes, para destruir uma hegemonia e criar uma outra, como momento necessário da inversão da práxis (GRAMSCI, 1978, p. 269-270).

Maciel (2004) ressalta que Gramsci⁶ ocupa um papel central na evolução do marxismo, na luta revolucionária e na teoria política no século XX. "Faz parte de uma geração de marxistas, que elaborou seu pensamento e sua formulação política como dirigente político" (MACIEL, 2004, p. 224). O sardo italiano formou-se teoricamente como militante socialista. O aprendizado intelectual e político de Gramsci começou em 1913, quando ele ingressou numa organização juvenil do Partido Socialista Italiano (PSI) (COUTINHO, 2014).

Nessa época, o marxismo tornara-se a concepção teórico-política influente dos partidos e da II Internacional. Com essa visão, o teórico político italiano resgatou a dialética da relação entre objetividade e subjetividade, presente em Marx e Engels. Assim, o anúncio da revolução socialista se relacionava com o

⁶ A referência ao pensamento de Antonio Gramsci é fundamental em virtude de sua teoria acerca do Estado. Militante revolucionário e dirigente comunista, Gramsci, foi o estrategista político mais importante da revolução socialista pós-Lênin. É o pensador, posterior à época clássica mais respeitado e ocupa um lugar central na evolução da teoria marxista, na luta revolucionária e na teoria política no século XX, devido à sua contribuição para uma análise densa e crítica da sociedade e do Estado Moderno. Sua concepção de Estado e do processo de disputa política e dominação social é uma das mais originais e inegáveis da Ciência Política. Gramsci é o primeiro escritor marxista a se utilizar do conceito de sociedade civil, inclusive com uma referência a Hegel. O conceito de sociedade civil, ao contrário do conceito de Estado, que tem uma longa tradição, deriva de Hegel e reaparece atualmente em particular na linguagem da teoria marxiana da sociedade.

estudo de Marx, colocando vários desafios aos seguidores do pensador (MACIEL, 2004).

Toda a formulação teórica de Gramsci se debruça sobre o capitalismo na sua fase monopolista, e é derivada de sua análise sobre as condições históricas da sociedade burguesa num país de periferia europeia (a Itália). As reflexões sobre o Estado e o poder, o estudo sobre o caráter do Estado burguês, as comparações das revoluções burguesas na Itália e em outros países capitalistas, as formulações sobre cultura, educação, o papel dos intelectuais, a filosofia da práxis, são ligadas por um fio condutor – a definição de uma estratégia revolucionária para a sociedade italiana (MACIEL, 2004; MONTAÑO, 2011).

Gramsci tinha o desafio de entender como conduzir as massas ao socialismo, portanto, teorizava e participava, intelectual e afetivamente, dos movimentos sociais que apareciam na sociedade. A história concreta que experienciou fornecia matéria para suas teorias na esfera do embate ideológico, dentro das práticas sociais, intensificando ou não os combates sociais.

Nesse cenário em que experimentava e refletia sobre o caminho socialista, Gramsci arquitetou uma rede de interlocução com as principais personalidades de seu tempo, tendo como critério de análise de um lado, o exame de seu material empírico, de outro, a postura do leitor crítico sobre os argumentos dos adversários.

O teórico detalha o processo de como identificar a formação da vontade coletiva a partir da análise dos detalhes que apresentam os variados graus de relação das forças sociais. O primeiro aspecto é enxergar as possibilidades objetivas existentes, sendo estas relacionadas ao desenvolvimento das categorias materiais que concedem o surgimento de agrupamentos de classes e suas concepções de mundo, independentes da vontade dos indivíduos. O segundo momento apresenta a relação dialética que traduz a interação entre o nível de organização e de consciência atingidos pelos grupos em conflito, gerando a identidade de cada um. E por fim, no terceiro elemento, há a relação das forças militares, pelas quais se busca conseguir o plano estatal 'diretamente', além de ser possível analisar os graus técnico-militar e político-militar (CANEZIN, 2006).

Gramsci, referindo-se à indicação metodológica, ressalta três aspectos, mencionando que esses momentos não são gradativos, mas podem ocorrer simultaneamente mesmo sendo progressivos em etapas: há uma "articulação necessária entre as experiências acumuladas nos embates, nas lutas sociais e na produção da consciência coletiva", além da referência à razão do saber (CANEZIN, 2006, p. 108).

Inspirando-se em Lênin, Gramsci apreendeu que não há independência ou distinção das massas sem organização, e essa não ocorre sem a participação dos intelectuais. Portanto, cabe a eles, pensadores, "a articulação entre teoria/prática", para preservar uma unidade ideológica (CANEZIN, 2006, p. 98). Para conseguir essa unicidade, foi necessário que os intelectuais, em conjunto com a filosofia da práxis, tornassem compreensíveis as problemáticas e princípios que as massas têm em sua vida prática, criticando as concepções do senso comum. Essa crítica seria necessária para estabelecer que tipo de homem a nova sociedade e cultura precisariam e, assim, não cair em uma concepção acrítica de mundo, pertencendo a uma indefinição homem-massa.

Para o marxista italiano, o 'cimento' do bloco histórico é a *hegemonia*, cuja concepção supera o entendimento da hegemonia enquanto mera aliança de classes. A hegemonia não é um fenômeno puramente psicológico ou moral, mas possui também um valor gnosiológico (SIMIONATTO, 2004). Influenciado fortemente pela teoria de Lênin, Gramsci enxerga no partido o instrumento privilegiado para a classe operária disputar e conquistar a hegemonia na sociedade, cabendo a este o papel de intelectual coletivo revolucionário. Para Gramsci, a hegemonia nasce na fábrica com base na organização autônoma da própria classe e a importância atribuída aos intelectuais orgânicos.

Por conseguinte, para Maciel (2004), o sardo italiano conclui

(...) que a hegemonia da classe operária demanda não só a criação de instrumento de autogestão e organização da classe operária nos locais de trabalho, mas também a criação de instrumentos políticos que permitam a essa classe conquistar a hegemonia sobre a sociedade, também nos planos político e ideológico, estabelecendo alianças com outras classes e disputando no terreno em que a própria dominação burguesa se situa (MACIEL, 2004, p. 219).

Gramsci demonstra o quanto ele exercitou e aprimorou o método histórico-dialético desenvolvido por Marx. Para Canezím (2006),

(...) evidencia-se, pois, no pensamento gramsciano, um reforço à tradição marxista, que compreende a dialética como um método que se desenvolve no processo ou no movimento histórico e supõe um relativismo pelo qual não há fenômenos, princípios ou dogmas constantes e imutáveis (CANEZIM, 2006, p. 109).

Nos primórdios do liberalismo, existia um claro componente transformador na maneira de pensar a economia e a sociedade: tratava-se de romper com as amarras parasitárias da aristocracia e do clero, do Estado absoluto, com seu poder discricionário. Havia um componente utópico na visão social de mundo do liberalismo (BEHRING, 2008).

O liberalismo é uma doutrina social que nasce com Locke, no século XVII, atravessa todo o século XVIII, passa pela filosofia radical inglesa, pelo Iluminismo escocês e pela mão invisível de Adam Smith, até sofrer um severo questionamento no século XIX, por Auguste Comte e Karl Marx, dentre outros, quando o capitalismo experimenta suas primeiras grandes crises. A teoria política de John Locke é reflexo das mudanças sociais e políticas de seu tempo, mais especificamente das transformações pelas quais passava a Inglaterra no século XVII.

Os séculos XVII e XVIII foram marcados pelo surgimento de uma nova classe social, a burguesia, e pela consolidação do capitalismo como modelo econômico. Conforme Paulani (1999), ao longo desse período, a sociedade sofreu mutações e mudanças de enfoque, teve desdobramentos na Alemanha com Kant e com a filosofia do direito de Hegel e, por meio de Rousseau, chegou até a Revolução Francesa.

Maluf (2013) ressalta, entretanto,

(...) a importância transcendente da teoria contratualista como primeiro alicerce do Estado Liberal. Foi ela a base filosófica da revolução francesa, que proclamou: *os homens nascem e permanecem livres e iguais em direitos. O fim de toda associação política é a conservação dos direitos naturais do homem* (MALUF, 2013, p. 103) **(Grifo nosso)**.

Segundo Maluf (2013), "o liberalismo teve o seu berço na Inglaterra, e, assim, é na história desse país que vamos encontrar as suas origens" (MALUF, 2013, p. 153). O termo liberalismo tem origem na segunda Declaração de Direitos (*Bill of Rights*) que o parlamento impôs à Coroa em 1689, que por sua vez, em um dos treze artigos, estabelecia os princípios da liberdade individual, especialmente quanto à ordem religiosa, e autorizava o porte de armas pelos cidadãos ingleses que professavam o protestantismo, para que pudessem defender suas franquias constitucionais. Para Maluf (2013), esse sistema de liberdade defendida pelas armas, à época, foi denominado liberalismo.

Quanto às relações entre o liberalismo e a democracia, Norberto Bobbio (1997), apresenta uma tendência a assumir ambos os conceitos como lineares e auspiciosamente interligados. Dentro do campo da ciência política, essa tendência situa Bobbio (1997) como um grande sistematizador e defensor da "fórmula democrático-liberal" (BOBBIO, 1997, p. 219), apresentada como um modelo racional de ordem social, apto a preservar a livre existência do ser humano na sociedade de massas.

Para Norberto Bobbio (1997), autor consagrado no campo da teoria democrática, o que configura o regime político moderno como democrático seria a garantia dos direitos individuais. Nesse ângulo, o liberalismo é considerado superior historicamente às outras formas políticas, pois opera como fundamento e condição necessária do governo democrático moderno.

(...) o Estado liberal é o pressuposto não só histórico, mas também jurídico do Estado democrático. Estado liberal e Estado democrático são interdependentes em dois modos: na direção que vai do liberalismo à democracia, no sentido de que são necessárias certas liberdades para o exercício correto do poder democrático, e na direção oposta que vai da democracia ao liberalismo, no sentido de que é necessário o poder democrático para garantir a existência e a persistência das liberdades fundamentais. Em outras palavras: é pouco provável que um estado não liberal possa assegurar um correto funcionamento da democracia e de outra parte é pouco provável que um estado não democrático seja capaz de garantir as liberdades fundamentais. A prova histórica desta interdependência está no fato de que Estado liberal e Estado democrático, quando caem, caem juntos (BOBBIO, 2006b, p. 32-33).

O liberalismo é um sistema político-econômico cujas bases estão na defesa da liberdade individual nas várias áreas da vida humana – econômica, política, religiosa e intelectual. Para os defensores do liberalismo, o Estado foi criado para servir aos indivíduos, e não o contrário. O exercício da liberdade individual, para eles, é algo naturalmente bom e que deve ser assegurado a cada pessoa. Em consequência disso, o liberalismo é contra o forte controle do Estado na economia e na vida de cada indivíduo. Segundo o filósofo Dardot (2016):

O liberalismo é um mundo de tensões. Sua unidade, desde o princípio é problemática. O direito natural, a liberdade de comércio, a propriedade privada e as virtudes do equilíbrio do mercado são certamente alguns dos dogmas do pensamento liberal dominante em meados dos séculos XIX (DARDOT, 2016, p. 37).

A partir da metade do século XIX, evidencia-se uma crise interna do liberalismo, que vai se aprofundando até a Primeira Guerra Mundial e o entreguerras. Há tensão entre os dois tipos de liberalismo, o dos reformistas sociais e o dos partidos da liberdade individual. A redução da unidade do liberalismo, que vai dos anos 1880 aos anos 1930, provoca a revisão dos dogmas nos países industrializados e os reformistas sociais ganham espaço. Essa revisão da direção da economia constitui o contexto intelectual e político para o surgimento do neoliberalismo na primeira metade do século XX (DARDOT, 2016).

Behring (2008) ressalta dois processos para o enfraquecimento das bases materiais e subjetivas do liberalismo:

1) o crescimento do movimento operário, obrigando a burguesia a reconhecer direitos de cidadania política e social para esse segmento, assim como as mudanças no mundo da produção, com o advento do *fordismo*; 2) a concentração e monopolização do capital, demolindo a utopia liberal do indivíduo empreendedor orientado por sentimentos morais (BEHRING, 2008, p. 19-20) (**Grifo da autora**).

O liberalismo clássico não incorporou de modo preciso o fenômeno da empresa, sua organização, suas formas jurídicas, a concentração de seus recursos, as novas formas de competição, advindas das necessidades da produção e de

vendas, que mobilizasse e exigisse um modelo hierárquico de tipo militar por pessoas qualificadas e dedicadas.

O neoliberalismo é uma doutrina desenvolvida na primeira metade do século XX, voltada para a defesa dos princípios do liberalismo e para a restrição das exigências de um Estado regulador e assistencialista, que deveria controlar parcialmente o funcionamento do mercado, sendo pautada pela globalização e por novos paradigmas do capitalismo.

Os primeiros expoentes do neoliberalismo foram, na Europa, os governos de Thatcher (Inglaterra, 1979), Kohl (Alemanha, 1982) e Schlutter (Dinamarca, 1983) e, nos Estados Unidos, o de Reagan (1980). O neoliberalismo, contudo, teve maior força no Chile, não se restringindo a esses países, já que quase todos os governos eleitos na Europa Ocidental na década de 1980 tentaram implementar programas seguindo suas diretivas (ANDERSON, 1998).

A reinvenção do liberalismo promovida pelos neoliberais no final dos anos de 1970 e 1980, espalhando-se na década de 1990 em todo o mundo, foi uma reação teórica e política ao keynesianismo e ao *Welfare State* (ANDERSON, 1998). A tese neoliberal atribui a crise ao poder excessivo dos sindicatos, com sua pressão sobre os salários e os gastos sociais do Estado, ou seja, segundo o neoliberalismo, a crise é um resultado do keynesianismo e do *Welfare State*.

Existe certo consenso de que o final do século XIX foi o período de criação das primeiras legislações e medidas de proteção social, com destaque para a Alemanha e a Inglaterra, após um árduo e polêmico debate entre liberais e reformadores sociais humanistas (BEHRING, 2003).

Desde meados do século XIX, a partir das primeiras reformas de Otto Von Bismarck, no final dos anos 1870 e início dos anos 1880, presenciou-se na Europa um movimento ascensionário de dispositivos, leis, regulamentações destinadas a consolidar um sistema de proteção social aos assalariados e evitar o pauperismo que atingiu todo o século XIX: legislação sobre o trabalho infantil, limitação da jornada de trabalho, direito de greve e associação, indenização por acidente, aposentadoria para operários. Para Dardot (2016), "essa pobreza nova, gerada no

ciclo dos negócios, deveria ser baldada por medidas de proteção coletiva e segurança social" (DARDOT, 2016, p. 41).

A expressão inglesa – *Welfare State* - foi originada na década de 1940, ainda que a alusão a *Welfare Policy* – Política de Bem-Estar - ocorra desde o início do século XX. O Plano Beveridge foi o primeiro documento a marcar os princípios do *Welfare State*. Esse documento teve influência em vários países, que passaram a organizar a política de segurança social com as características apontadas por Beveridge. Segundo Rosanvallon (1981):

(...) é um sistema generalizado, que abrange o conjunto da população, seja qual for o seu estatuto de emprego ou o seu rendimento; é um sistema unificado e simples: uma quotização única abrange o conjunto dos ricos que podem causar privações do rendimento; é um sistema uniforme: as prestações são uniformes seja qual for o rendimento dos interessados; é um sistema centralizado: preconiza uma reforma administrativa e a criação de um serviço público único (ROSANVALLON, 1981, p. 115).

O modelo beveridgeano priorizou três áreas de atuação: assistência (renda mínima aos necessitados); previdência (mecanismos reparadores para a classe trabalhadora no caso de necessidades sociais); e saúde (para toda a população).

A ideologia neoliberal contemporânea é, fundamentalmente, um liberalismo econômico que exalta o mercado, a concorrência e a liberdade de iniciativa privada, rejeitando veementemente a intervenção estatal na economia. Segundo Boito Jr. (1999):

(...) essa ideologia de exaltação do mercado se expressa através de um discurso polêmico: ela assume, no mais das vezes, a forma de uma crítica agressiva à intervenção do Estado na economia. O discurso neoliberal procurava mostrar a superioridade do mercado frente à ação estatal (BOITO JR., 1999, p. 45).

O projeto neoliberal defende a retração da intervenção do Estado no campo social. Há a valorização da área econômica em detrimento da social. Nesse contexto, as políticas públicas passam a atuar como forma de contenção social e

cooptação da sociedade em torno da proposta e dos interesses capitalistas, na busca do reconhecimento e aceitação da retórica de que o crescimento econômico levaria automaticamente ao desenvolvimento social. As políticas sociais não assumem caráter redistributivo, mas sim, um caráter compensatório das desigualdades econômicas e sociais, originadas de um modo de produção extremamente desigual e competitivo (VIEIRA, 2014).

1.2. O projeto neoliberal e os impactos nas políticas públicas do Brasil

O neoliberalismo como doutrina econômico-filosófica nasce logo depois da Segunda Guerra Mundial, na região da Europa e da América do Norte, onde se impunha o capitalismo. Trata-se de uma reação de cunho teórico e político contra o Estado intervencionista de Bem-Estar Social. Em 1944, Friedrich Von Hayek escreveu seu texto de origem, "*O Caminho da Servidão*", em que buscou veementemente romper com qualquer limitação dos mecanismos de mercado, principalmente por parte do Estado (ANDERSON, 1998). O que se destaca de fundamental na teoria do conhecimento de Hayek é o seu ataque à racionalidade econômica, em que prima pela individualidade das pessoas ou das empresas.

A argumentação central, e um dos postulados basilares da ideologia neoliberal da obra de Hayek, é a total rejeição a qualquer tipo de interferência do Estado sobre os processos mercantis, considerados, pelos seus seguidores, mais eficazes e justos sob todos os aspectos, numa ofensiva direta ao keynesianismo e ao socialismo. A intervenção estatal direta na economia e na esfera social, exercida por governos de cunho socialdemocrata, foi concebida como uma medida deletéria (PEREIRA, 2016). De acordo com Anderson (1998), Hayek chegou a escrever uma mensagem drástica: "apesar de suas boas intenções, a socialdemocracia moderada inglesa conduz ao mesmo desastre que o nazismo alemão – uma servidão moderna" (ANDERSON, 1998, p. 9).

Para Hayek e seus companheiros da Sociedade de Mont Pelèrin (intelectuais como Milton Friedman, Karl Popper, Ludwig Von Mises e Walter Lipman, dentre outros), que militavam contra o avanço do Estado de Bem-Estar personificado no *New Deal* americano e no keynesianismo de forma geral, as raízes

da crise localizavam-se no poder nefasto dos sindicatos, via movimento operário, os quais eram acusados de terem corroído as bases de acumulação capitalista através das pressões reivindicativas por melhores salários e pelo aumento dos benefícios sociais, fazendo com que o Estado aumentasse cada vez mais seus gastos.

Para diminuir as ações dos operários, nesse período, as forças hegemônicas se incumbiram de disseminar a ideologia de que se fazia necessário um 'Estado forte', repressor, capaz de acabar de vez com os sindicatos, enfraquecer os movimentos dos operários, controlar a expansão monetária e diminuir os gastos sociais, mas que esse Estado não poderia intervir na economia, que deveria ficar livre, à mercê do mercado. A estabilidade monetária tinha de ser a meta suprema de qualquer governo (ANDERSON, 1998).

Entretanto, como observam Anderson (1998) e Pereira (2016), as teses de Hayek permaneceram no terreno das ideias até a chegada da grande crise do modelo econômico do pós-guerra, sobretudo a partir de 1970, quando, pela primeira vez em todo o mundo capitalista, combinaram-se baixas taxas de crescimento com altos índices de inflação e desemprego. Assim, para Pereira (2016):

O neoliberalismo, apesar de ter sido gestado no imediato segundo pós-guerra na Europa e Estados Unidos, essa estratégia de dominação da classe burguesa, só ganhou força e difusão em escala planetária na década de 1970, após a chamada "crise" do Estado de Bem-Estar Social (PEREIRA, 2016, p. 126).

Na América Latina, pode-se constatar uma virada continental para o neoliberalismo no final dos anos 1980, intermediada pelas características políticas e econômicas da região: o forte autoritarismo político e a pobreza. O Brasil vivenciou uma chegada tardia do neoliberalismo, relacionada com a força do processo de redemocratização e com questões político-econômicas internas. Em 1973, como experiência isolada, a via chilena para o socialismo foi interrompida pelo golpe liderado pelo general Augusto Pinochet, que implantou medidas neoliberais propostas por economistas monetaristas da Escola de Chicago.

Em 1976, o golpe na Argentina fez algo parecido no campo da economia, bem como na violação dos direitos humanos. Em 1968, o Peru também passou por

um golpe, com a instauração de uma ditadura. Segundo Castelo (2012), na experiência do Chile houve a desregulamentação financeira, desemprego em massa, repressão sindical, redistribuição de renda em favor dos ricos e privatização de bens públicos.

Mas, como o Chile é um país periférico, foi com a vitória de Margaret Thatcher na Inglaterra, em 1979, que o neoliberalismo obteve alcance mundial, com a participação direta da mídia. O modelo implementado por Thatcher foi seguido por Ronald Reagan, que chegou à presidência dos Estados Unidos em 1980. A dupla Reagan/Thatcher teve papel fundamental na expansão da política neoliberal e na conformação da nova ordem mundial. Para Anderson (1998)⁷:

Os governos Thatcher contraíram a emissão monetária, elevaram taxas de juros, baixaram drasticamente os impostos sobre os fluxos financeiros, criaram níveis de desemprego alarmantes, sufocaram greves, impuseram uma nova legislação anti-sindical e cortaram gastos sociais. E finalmente, lançaram um amplo programa de privatização começando pela habitação pública e passando em seguida a indústrias básicas como o aço, a eletricidade, o petróleo, o gás e a água. Esse pacote de medidas é o mais sistemático e ambicioso de todas as experiências neoliberais em país de capitalismo avançado (ANDERSON, 1998, p. 12).

Já a variante norte americana foi diferente, mesmo porque os Estados Unidos nunca tiveram um Estado de Bem-Estar Social como o europeu (que foi destruído pelo governo Thatcher). A prioridade neoliberal de Reagan centrava-se na competição militar com a União Soviética, concebida como uma estratégia para derrubar o regime comunista. No final dos anos 1980 e início dos anos 1990, quando os Estados Unidos venceram a chamada Guerra Fria, e com a queda do socialismo do Leste Europeu e da própria União Soviética, toda a região passou a ser dominada pelo neoliberalismo.

Do ponto de vista econômico, o neoliberalismo nos países do Ocidente registrou como seus maiores êxitos a queda da taxa de inflação e a recuperação da taxa de lucros. Por outro lado, no período de 1970 a 1980, ocorreu a duplicação do

⁷ "A chegada da grande crise do modelo do pós-guerra, em 1973 – quando todo o mundo capitalista avançado caiu numa longa e profunda recessão, combinando, pela primeira vez, baixas taxas de crescimento com altas de inflação – mudou tudo. A partir daí, as ideias neoliberais passaram a ganhar terreno" (ANDERSON, 1998, p. 10).

índice de desemprego nos países da Organização Europeia para o Comércio e Desenvolvimento (OCDE). E nesse emaranhado de mudanças, as únicas beneficiadas nessa política foram as organizações financeiras internacionais, que se ramificaram no mundo inteiro, acumulando capital num nível sem precedentes.

Na visão de Salama (1998), o neoliberalismo transforma os países em meros experimentos, dependentes da movimentação da bolsa de Nova Iorque, a exemplo do que acontecia aos salários mexicanos, que dependiam diretamente do mercado nova-iorquino. A fórmula neoliberal para a saída da crise pode ser sintetizada em algumas proposições:

1) Estado forte para romper o poder dos sindicatos e controlar a moeda; 2) um Estado parco para os gastos sociais e regulamentações econômicas; 3) a busca da estabilidade monetária como meta suprema; 4) uma forte disciplina orçamentária, diga-se contenção dos gastos sociais e restauração de uma taxa natural de desemprego; 5) uma reforma fiscal, diminuindo os impostos sobre os rendimentos mais altos e 6) o desmonte dos direitos sociais, implicando na quebra da vinculação entre política social e esses direitos, que compunha o pacto político anterior (BEHRING, 2008, p. 24-25).

No âmbito das políticas públicas, o projeto neoliberal teve consequências econômico-sociais com impacto extremamente negativo sobre a capacidade de países periféricos dirigirem com soberania seu desenvolvimento.

Então, o Estado nacional pretendido pelos neoliberais, ou Estado mínimo, restringiria-se às atividades essenciais, garantindo a liberdade de mercado no livre jogo econômico e assumiria apenas as atividades de segurança pública, defesa de fronteiras e supressão sindical. Conforme Bobbio (1998), o neoliberalismo é:

(...) uma doutrina econômica consequente, da qual o liberalismo político é apenas um modo de realização, nem sempre necessário (...); uma defesa intransigente da liberdade econômica, da qual a liberdade política é apenas um corolário. (...) Um dos notáveis inspiradores do atual movimento em favor do dismantelamento do Estado de serviços, o economista austríaco Friedrich von Hayek insistiu sobre a indissolubilidade de liberdade econômica e de liberdade sem quaisquer outros, reafirmando assim a necessidade de distinguir claramente o liberalismo, que tem seu ponto de partida numa teoria econômica, da democracia, que é uma teoria política, e atribuindo à liberdade individual um valor intrínseco e à democracia unicamente um valor instrumental (BOBBIO, 1998, p. 87-88).

O neoliberalismo vem apresentando suas consequências há algumas décadas: a ampliação das desigualdades econômicas e sociais; a radicalização das expressões da questão social⁸; o não acesso do conjunto da classe trabalhadora aos direitos e políticas sociais, a partir do receituário do neoliberalismo e da crise econômica por ele desencadeada (VIEIRA, 2014).

Dentre as principais ideias do receituário neoliberal, destacam-se: a necessidade de privatização da esfera pública; a desregulamentação financeira; a abertura externa; a flexibilização das relações e condições de trabalho; a retração ou diminuição do Estado; a reestruturação de políticas sociais (LAURELL, 2002; COSTA, 2006).

Em Novembro de 1989, reuniram-se em Washington os organismos de financiamento internacional de *Bretton Woods* - Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Interamericano do Desenvolvimento (BID), Banco Mundial (BM), funcionários do governo norte-americano, economistas e governantes latino-americanos - convocados pelo *Institute for International Economics*, sob o título "*Latin American Adjustment: How Much Has Happened?*", para avaliação das reformas econômicas promovidas na América Latina. Para Batista (1994) e Montaña (2011), esse conjunto de medidas de ajuste macroeconômico formulado por economistas de instituições financeiras foi definido como *Consenso de Washington*. As medidas impostas pelo FMI aos países devedores para promover o desenvolvimento econômico e social abrangiam dez áreas: disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, reforma tributária, juros de mercado, regime cambial de mercado, abertura comercial, eliminação de controle sobre o investimento direto estrangeiro, privatização, desregulamentação de leis trabalhistas e institucionalização da propriedade intelectual.

Essas recomendações de política econômica foram consolidadas por John Williamson em 1989, estabelecendo uma espécie de receituário a ser adotado pelos governos latino-americanos com o intuito de tentar estabilizar a economia, após uma década de crise financeira. Segundo Batista (1994),

⁸ Questão Social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades sociais da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2001, p. 27).

A mensagem neoliberal que o *Consenso de Washington* registraria vinha sendo transmitida, vigorosamente, a partir do começo da Administração Reagan nos Estados Unidos, com muita competência e fartos recursos, humanos e financeiros, por meio de agências internacionais e do governo norte-americano (BATISTA, 1994, p. 6).

De acordo com Batista (1994), é exemplo da internalização e cooptação intelectual desse ideário neoliberal a proposta da Federação das Indústrias do Estado São Paulo (FIESP) - defendida pelo BM:

(...) o documento publicado em agosto de 1990 pela Fiesp, sob o título "Livre para crescer - Proposta para um Brasil moderno" (...) no qual a entidade sugere a adoção de agenda de reformas virtualmente idêntica à consolidada em Washington. A proposta da Fiesp inclui, entretanto, algo que o *Consenso de Washington* não explicita mas que está claro em documento do Banco Mundial de 1989, intitulado "*Trade Policy in Brazil: the Case for Reform*". (...) recomendava que a inserção internacional de nosso país fosse feita pela revalorização da agricultura de exportação. (...) o órgão máximo da indústria paulista endossa, sem ressalvas, uma sugestão de volta ao passado, de inversão do processo nacional de industrialização, como se a vocação do Brasil, às vésperas do século XXI, pudesse voltar a ser a de exportador de produtos primários, como o foi até 1950 (BATISTA, 1994, p. 6).

Conforme Batista (1994), as reformas comerciais liberalizantes recomendadas pelo BM e avalizadas pela FIESP foram rigorosamente encampadas pelo Presidente da República Fernando Afonso Collor de Mello, até no que se refere à postura de alinhamento às posições norte-americanas na questão agrícola e nos novos temas normativos de serviços e propriedade intelectual.

Os países da América Latina aplicaram tais reformas em níveis diferentes, mas, de uma forma geral, os pontos foram tangenciados pelos Estados. Algumas dessas medidas começaram a ser implantadas no Brasil na década de 1990. Entretanto, para Batista (1994):

As propostas do *Consenso de Washington* nas 10 áreas a que se dedicou convergem para dois objetivos básicos: por um lado, a drástica redução do Estado e a corrosão do conceito de Nação; por outro, o máximo de abertura à importação de bens e serviços e à entrada de capitais de risco. Tudo em nome de um grande princípio: o da soberania absoluta do mercado

autorregulável nas relações econômicas tanto internas quanto externas (BATISTA, 1994, p. 18).

Enquanto no ocidente capitalista ocorria a inflexão neoliberal comandada por Thatcher e Reagan, o Brasil era impactado pela "crise da dívida" e pela alta inflação. A adesão do Brasil ao projeto neoliberal tem destaques no agravamento da crise econômica, desencadeada entre os anos de 1989/1990, e no esgotamento do modelo intervencionista estatal, inaugurado na década de 1930. O neoliberalismo brasileiro tem suas bases firmadas no receituário do *Consenso de Washington*, solidificando-se aí a proposta neoliberal que vinha sendo insistentemente recomendada pelo governo norte-americano para a América Latina, como condição para conceder cooperação financeira externa. Para Tavares & Melin (1998),

(...) o Brasil foi o último dos países latino-americanos, já no começo da década de 1990, a entrar nesse circuito de submissão às políticas de liberalização financeira e comercial e de desregulamentação cambial com o objetivo de atrair recursos externos, a qualquer custo, inserindo-se de forma subordinada no novo quadro financeiro mundial (TAVARES & MELIN, 1998, p. 51).

A partir das novas configurações da crise do capital estrutural, o regime de acumulação fordista-keynesiano foi substituído por uma nova estratégia hegemônica, em resposta à crise do capital: a ofensiva neoliberal. Montaño (2002) refere que no atual contexto de crise e mundialização do capital, o projeto neoliberal sustenta-se em "três pilares fundamentais, necessariamente articulados: ofensiva contra o trabalho e suas formas de organização e lutas; a reestruturação produtiva e (contra) reforma do Estado" (MONTAÑO, 2002, p. 192-193).

Tais propostas resumem-se na redução do Estado e na abertura econômica que sintetiza a soberania do mercado autorregulável, tanto nas relações internas como nas relações externas da política econômica do país. Conforme demonstrado em Gonçalves (2012):

O *Consenso de Washington* tem origem em trabalho de John Williamson apresentado em 1989 (Williamson, 2004). É uma crítica ao pensamento e,

principalmente, às experiências desenvolvimentistas na América Latina a partir de 1950. O *Consenso de Washington* apresenta diretrizes em relação às estratégias de desenvolvimento e políticas macroeconômicas. O enquadramento político-ideológico é, sem dúvida alguma, o neoliberalismo em ascensão nos anos 1980 (GONÇALVES, 2012, p. 654).

Economicamente, o neoliberalismo fracassou, não conseguindo nenhuma revitalização básica do capitalismo avançado. Socialmente, ao contrário, o neoliberalismo alcançou muitos dos seus objetivos, criando sociedades marcadamente mais desiguais. Política e ideologicamente, todavia, o neoliberalismo alcançou êxito num grau com o qual seus fundadores provavelmente jamais sonharam, disseminando a simples ideia de que não há alternativas para os seus princípios, que todos, seja confessando ou negando, têm de adaptar-se às suas normas. Provavelmente nenhuma sabedoria convencional conseguiu um domínio tão abrangente como a neoliberal.

Este fenômeno chama-se hegemonia, ainda que, naturalmente, milhões de pessoas não acreditem em suas receitas e resistam a seus regimes. A tarefa de seus opositores é a de oferecer outras receitas e preparar outros regimes. Apenas não há como prever quando ou onde vão surgir. Historicamente, o momento de virada de uma onda é uma surpresa.

O *Pós-Consenso de Washington* defende, em linhas gerais, o caráter complementar (e não excludente) do mercado e do Estado, com o que deveriam ser reforçadas as capacidades institucionais do Estado. Assim, apresenta-se a necessidade da aplicação de novas reformas que deveriam centrar-se em questões sociais e na recuperação das atuações estatais, como forma de impulsionar o crescimento/desenvolvimento econômico (BUSTELO, 2003).

Williamson e Kuczynski (2004) advogam não tanto pela necessidade de um *Pós-Consenso*, mas sim por complementar e, quando necessário, corrigir as políticas do *Consenso de Washington*. Com efeito, os autores seguem defendendo a disciplina macroeconômica, as privatizações, a desregulamentação e a abertura comercial e financeira, mas indicam, em particular para a América Latina, a necessidade de se complementar as reformas dos primeiros anos da década de

1990 com medidas que permitam colocar maior ênfase na luta contra a pobreza, bem como prevenir e combater as crises financeiras.

Para Williamson e Kuczynski (2004), a explicação para o desastre econômico da América Latina nos anos 1990 não estaria nas reformas, mas sim na incapacidade dos países da região de evitar as crises financeiras. Além do mais, o desempenho decepcionante da região deveria ser atribuído ao fato de as reformas não terem sido levadas adiante o bastante:

(...) embora as reformas dos anos 1990 estivessem na direção certa, poderiam ter sido proveitosamente levadas bem mais adiante. E as crises, às vezes exógenas, mas quase sempre devidas a escolhas políticas míopes na região, desempenharam um papel esmagadoramente importante na interrupção do progresso" (WILLIAMSON & KUCZYNSKI, 2004, p. 270).

É a partir desse diagnóstico do desempenho da América Latina na última década que os autores irão desenvolver uma nova agenda de políticas, traduzida em uma nova geração de propostas que complementariam o *Consenso de Washington*. Essa nova agenda deveria ser composta por uma modernização do Estado – para tanto, o Estado deveria concentrar-se em suas funções principais, quais sejam: garantir a segurança; promover a infraestrutura institucional de uma economia de mercado e bens públicos; interiorizar externalidades; e cuidar dos membros da sociedade tidos como incapazes de cuidar de si próprios, os marginalizados. Para tanto, o objetivo principal da política fiscal nos países latino-americanos deveria ser o de promover políticas anticíclicas.

Em linhas gerais, o programa neoliberal do *Consenso de Washington*, reafirmado no *Pós-Consenso* enquanto uma estratégia de desenvolvimento, estrutura-se em duas premissas básicas. Em primeiro lugar, a estabilização macroeconômica – controle inflacionário e superávit fiscal primário, este como forma de controle do endividamento público – pré-condição necessária para qualquer tentativa de retomada de crescimento econômico. A segunda premissa do programa neoliberal defende que somente através das reformas estruturais pró-mercado – como a desregulamentação e flexibilização dos mercados, especialmente dos mercados de trabalho e financeiro; a abertura comercial, financeira, produtiva e

cambial; e o forte programa de privatização - ocorreria a retomada dos investimentos, de responsabilidade do setor privado e o desenvolvimento da economia (WILLIAMSON & KUCZYNSKI, 2004).

No final da década de 1980, o projeto neoliberal começou a ser implantado no Brasil, durante o governo José Sarney, em decorrência da crise em que a economia se encontrava, e devido à hegemonia do capital financeiro. Porém, o neoliberalismo instalado no país tinha um caráter heterogêneo daquele instalado no Chile por Pinochet, pois o governo brasileiro não tinha o poder de coerção, além da resistência dos movimentos sociais e da esquerda.

A partir da eleição de Fernando Collor de Melo – primeira designação para a presidência seguindo a Constituição Federal de 1988, considerada como efetivação das demandas do movimento pela democratização e Diretas Já – a agenda neoliberal começou a ser implementada, com a submissão do país a instituições financeiras internacionais, como FMI e BID. Dessa forma, o governo Collor iniciou o processo de abertura econômica ao mercado internacional, por meio da redução das barreiras alfandegárias, do programa de privatização e da diminuição do papel estatal, para que o país se encaixasse nas pré-condições para cessar a inflação (BATISTA, 1994).

Na prática, as propostas neoliberais se concretizaram com a adesão a vários programas de estabilização como cortes de gastos públicos, renegociação da dívida externa, abertura comercial que flexibilizou e estimulou a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), eliminação dos diversos programas de iniciativa e controle de preços, aumento das exportações e promoção do desmonte dos serviços e das políticas públicas. Entretanto, os planos de estabilização falharam, ao passo que a instabilidade econômica crescia, o que contribuiu para o *impeachment* de Fernando Collor, em Setembro de 1992.

O seguimento do projeto neoliberal foi interrompido pela saída de Collor. O seu vice, Itamar Franco, assumiu o governo e, em Junho de 1993, nomeou como Ministro da Fazenda o sociólogo Fernando Henrique Cardoso (FHC). Destaca-se que o neoliberalismo e seus planos foram retomados, mais tarde, no governo FHC. A falência do governo Fernando Collor não mudou a essência do seu programa, que

foi mantida pelo Ministro da Fazenda, e que se resumia em acabar com a inflação. Dando continuidade às reformas exigidas pelas organizações financeiras internacionais (FMI, BM e BID), condição tanto para renegociação da dívida como para concessão de ajuda externa, FHC ampliou cada vez mais o processo de abertura econômica, intensificando a privatização. Foram privatizadas empresas como a Companhia Vale do Rio Doce (CRVD), a Telecomunicações de São Paulo (TELESP), a Companhia Energética de Minas Gerais S. A. (CEMIG), e as Telecomunicações Brasileiras S. A. (TELEBRÁS). Além disso, foram aprovadas reformas constitucionais para flexibilizar as relações entre o Estado e a sociedade, ou seja, diminuir ao máximo as obrigações do Estado e entregar as estatais à iniciativa privada, deliberando, assim, ao Estado, o papel de mantenedor da ordem. O restante ficou sob a responsabilidade do mercado.

No Discurso de Despedida do Senado Federal – Filosofia e Diretrizes de Governo (CARDOSO, 1995), FHC explicita, na sua carta de intenções, as diretrizes do novo governo e seu intuito de fazer ingressar o Brasil na lógica da globalização pela perspectiva do pensamento único.

No final da "década perdida", os analistas políticos e econômicos mais lúcidos, das mais diversas tendências, já convergiam na percepção de que o Brasil vivia, não apenas um somatório de crises conjunturais, mas o fim de um ciclo de desenvolvimento de longo prazo. Que a própria complexidade da matriz produtiva implantada excluía novos avanços da industrialização por substituição de importações. Que a manutenção dos mesmos padrões de protecionismo e intervencionismo estatal sufocava a concorrência necessária à eficiência econômica e distanciaria cada vez mais o Brasil do fluxo das inovações tecnológicas e gerenciais que revolucionavam a economia mundial. E que a abertura de um novo ciclo de desenvolvimento colocaria necessariamente na ordem do dia os temas da reforma do Estado e de um novo modo de inserção do País na economia internacional (CARDOSO, 1995, p. 10-11).

Conforme Bobbio (1996),

As reformas do sistema previdenciário, a revisão do sistema tributário, a flexibilização dos monopólios e a concentração dos recursos destinados à educação no ensino básico são metas neoliberais que o governo já está cumprindo e faz parte das exigências do *Consenso de Washington*, como disse *WEFFORT* certa vez à imprensa, que "o Brasil está saindo de uma

fase estatal, para ingressar numa outra em que se exige uma menor presença do Estado na sociedade" (BOBBIO,1996, p. 52) (Grifos do autor).

A estratégia neoliberal, contida na política do governo FHC, se tornou visível desde o momento em que ele começou a exercer a hegemonia no seio da frente política conservadora. De fato, ele implementou, por múltiplas vias, o projeto neoliberal no país. Fernando Henrique Cardoso começou por fixar um extenso programa de privatização e partiu, em seguida, para uma reforma constitucional de feição claramente neoliberal, com a quebra de monopólios estatais (petróleo e telecomunicações) e 'saneamento' da previdência social e da administração pública, o que acabou com os direitos conquistados da classe trabalhadora e dos servidores públicos.

Foram inúmeras as tentativas de acabar com a inflação por meio do Plano Cruzado I, Plano Cruzado II, até instituir a Unidade Real de Valores (URV) que, depois de algum tempo, se igualou ao dólar. Esses planos econômicos apresentaram duas facetas bem visíveis, as quais explicitaram suas vinculações ao projeto neoliberal, pois, se de um lado visavam recuperar a economia, de outro, havia um desmonte das políticas sociais.

Na metade da década de 1990, no governo de FHC, a ideia de reformar o Estado ganhou robustez. A reforma proposta tinha como objetivos, a curto prazo, promover o ajuste fiscal, principalmente nos estados federados e nos municípios, a médio prazo, transformar a administração pública brasileira em uma administração gerencial, e a longo prazo, que a reforma do aparelho do Estado produzisse as transformações fundamentais que viabilizassem o novo Estado desejado, indutor e promotor do desenvolvimento social e econômico do país. Nesse contexto, para COSTA & LAMARCA (2013),

(...) a coalizão política do governo FHC assumiu a urgência da agenda da estabilização em razão da crise da hiperinflação, da desorganização das finanças públicas e da vulnerabilidade cambial (...) o governo FHC foi favorável à estabilização macroeconômica com integração à globalização e à cooperação com investimento externo (...) a agenda de reforma do aparelho de Estado brasileiro esteve diretamente associada à orientação geral do ajuste macroeconômico (COSTA & LAMARCA, 2013, p. 1.602).

O projeto 'reformista' do governo FHC ganhou corpo institucional a partir da elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), de 1995. No PDRAE, o Estado é definido como:

A organização burocrática que possui o poder de legislar e tributar sobre a população de um determinado território, sendo, portanto, a única estrutura organizacional que possui o 'poder extroverso', ou seja, o poder de constituir unilateralmente obrigações para terceiros, com extravasamento dos seus próprios limites (PDRAE, 1995, p. 51).

Trata-se de uma 'descrição' e não de uma definição de Estado, pois sequer considera suas relações com a sociedade e o mercado, com o sistema político e, portanto, com a correlação de forças, permeada de hegemonia e contra-hegemonia (FALEIROS, 2000).

O receituário do Plano Diretor versa como inadiáveis para a estruturação do Estado brasileiro, as propostas:

(1) o ajustamento fiscal duradouro; (2) reformas econômicas orientadas para o mercado, que, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, garantam a concorrência interna e criem as condições para o enfrentamento da competição internacional; (3) a reforma da previdência social; (4) a inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais; e (5) a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua "governança", ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas (MARE, 1995, p. 11).

Para Nogueira (1998), a reforma do Estado, tratada no governo Collor de maneira vazia e irreal, ganhara impulso no governo FHC, sob a influência intelectual de Luiz Carlos Bresser-Pereira, Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado. As reformas do Estado do governo FHC, de forma geral, foram apresentadas sob o manto da modernização e do crescimento econômico. Com vista a uma reorientação do Estado brasileiro, tais mudanças compreendiam a passagem do Estado desenvolvimentista para o neoliberal, caracterizado por uma nova forma de intervenção.

Ao debater as teses de Williamson⁹, Bresser-Pereira criticou o projeto econômico do novo liberalismo, questionando sua aplicabilidade em sociedades como a brasileira. Em seguida, se contrapôs também às proposições nacional-desenvolvimentistas, para avançar em direção a uma proposta de Estado que pressupunha ser, ao mesmo tempo, a síntese dessas duas concepções, uma síntese social-democrática e pragmática (BRESSER-PEREIRA, 1994).

A concepção de Estado proposta por Bresser-Pereira (1994) preconizava a reestruturação do aparelho estatal tanto do ponto de vista burocrático administrativo, quanto do ponto de vista institucional, com o surgimento de novas instituições sociais que não dependiam exclusivamente do Estado. Além disso, Bresser-Pereira demonstrou inequívoco entusiasmo pelo mercado.

Bresser-Pereira (1994) argumentou que a reestruturação do aparelho estatal exigia, diante da complexidade do mundo contemporâneo, uma nova relação com a sociedade. Tanto o Estado, quanto o mercado têm limitações. Tornava-se necessário suprir tais limitações por meio de novas instituições, preferivelmente as públicas, porém, não estatais. Para ele, o espaço público não é um espaço unicamente estatal. Existe um espaço público não estatal, que representa uma forma de propriedade estratégica no capitalismo contemporâneo. Ocupam esse espaço as entidades sem fins lucrativos, voltadas para o interesse público e as organizações não governamentais.

Apesar da insistência em afirmar que não era favorável ao novo liberalismo ou à tese do Estado mínimo, o pensamento de Bresser-Pereira incorporou perfeitamente as teses de Hayek (1977)¹⁰ e de Friedman (1972)¹¹ – de

⁹ Em Janeiro de 1993, Bresser Pereira representou o Brasil no *Consenso de Washington*, a convite do *Institute for International Economics*. Na oportunidade, discutiu-se o documento elaborado por John Williamson, *In search of a manual for technopols* (Em busca de um manual de tecnopolíticos), no qual o autor discutia a forma de obter o apoio necessário para implementar um programa de estabilização e reforma econômica (FIORI, 1994).

¹⁰ Segundo Hayek, "a manutenção da concorrência também não é incompatível com um amplo sistema de serviços sociais – desde que a organização de tais serviços não seja feita de modo a tornar ineficaz a concorrência em largos setores da vida econômica" (HAYEK, 1977, p. 36).

¹¹ Para Friedman "se o objetivo é mitigar a pobreza, deveríamos ter um programa a ajudar o pobre (...). O programa deveria, tanto quanto possível, uma vez que opera através do mercado, não distorcer o mercado nem impedir o seu livre funcionamento" (FRIEDMAN, 1972, p. 162). Nesse sentido, uma vez que os recursos disponíveis por parte do Estado são escassos, este deve abdicar

que um sistema de serviços sociais deve operar direcionado para o mercado, restringindo sua estrutura administrativa e seu corpo de funcionários. Assim, apesar de insistir na sua síntese socialdemocrática e pragmática, na qual Estado e mercado partilham a coordenação do sistema econômico, o que moveu o pensamento de Bresser-Pereira foi a submissão do Estado ao mercado, com o primeiro assumindo uma estrutura administrativa orientada pelo último.

Para que o Estado pudesse assumir suas responsabilidades diante da complexidade da vida social e econômica contemporânea, fez-se necessária uma reforma do aparelho estatal, de modo a priorizar mecanismos de mercado em sua ação administrativa. Para tanto, Bresser-Pereira (1998) propôs a substituição da administração pública burocrática por uma administração pública gerencial.

O enfoque principal que orientou essa reforma foi aquele derivado da concepção de que a administração pública burocrática era anacrônica diante das mudanças que levaram ao 'mundo globalizado', na expressão de Bresser-Pereira. Em face da inevitabilidade desse mundo, tornava-se necessário e urgente que o Estado deixasse de lado seu passado, abandonasse suas funções administrativas clássicas e não fizesse mais uma intervenção direta nas atividades econômicas. Mais do que isso, era preciso que o Estado mudasse (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Mudar o Estado significa, antes de tudo, abandonar visões do passado de um Estado assistencialista e paternalista, de um Estado que, por força de circunstâncias, concentrava-se em larga medida na ação direta para a produção de bens e de serviços. Hoje, todos sabemos que a produção de bens e serviços pode e deve ser transferida à sociedade, à iniciativa privada, com grande eficiência e com menor custo para o consumidor (CARDOSO, 1998, p. 15).

A afirmação supracitada contém dois vocábulos que sintetizam a definição da nova estrutura administrativa do moderno Estado desburocratizado: eficiência e consumidor.

dos grandes investimentos em obras de infraestrutura com finalidades sociais (hospitais, creches, escolas, áreas de lazer) e permitir que as pessoas possam ter acesso a esses bens através do mercado (FRIEDMAN, 1972).

A reforma do Estado estabelecida pelo Plano Diretor representou um ataque à Constituição Federal de 1988 (CF/88), principalmente ao princípio da Seguridade Social e ao funcionalismo público. Construiu-se uma ideia de reforma sustentada em orientações econômicas, com funções do Estado sendo transferidas para o mercado, principalmente as mais rentáveis, e redução dos direitos sociais com a reforma previdenciária, pois, ao se incentivar os planos de previdência complementar transformou-se direitos em mercadorias.

Para Behring (2003), Mota (2005) e Figueiras (2006), a Reforma do Estado, no Brasil, da forma como vem sendo direcionada, é uma versão brasileira de uma estratégia de inserção passiva e forçada na dinâmica internacional e representa uma escolha político-econômica regressiva. Seguindo as tendências internacionais, a reforma do Estado brasileiro tem sido conduzida sob a pauta do ajuste fiscal, com a privatização de empresas públicas, desvinculada da ideia de fortalecimento da proteção social.

Para Behring (2008)¹² coube ao Plano Diretor e ao Mare elaborar propostas para aumentar a *governance* do Estado brasileiro, ou seja, "deve-se distinguir a reforma do Estado, como um projeto político, econômico e social mais amplo, da reforma do aparelho do Estado, orientada para tornar a administração pública mais eficiente" (BEHRING, 2008, p. 178).

Eleito por duas vezes (1994 e 1998), Fernando Henrique Cardoso governou o Brasil por oito anos, até Dezembro de 2002, implementando as reformas neoliberais já delineadas por Collor e abrindo o país para a competitividade mundial, na aceitação dos ditames do FMI. Orientado pela perspectiva liberalizante e pela coalizão política governamental, conseguiu a aprovação das chamadas reformas constitucionais de abertura econômica, com o fim dos monopólios estatais estabelecidos na Constituição Federal de 1988.

As reformas neoliberais, então, desenvolveram-se em três dimensões: pela maior abertura possível da economia aos capitais internacionais, pela privatização do patrimônio público e pela redução dos direitos sociais. Três

¹² "O Plano Diretor vai muito além da reforma administrativa. Tratou-se de uma revisão do conceito de Estado e uma refundação da relação Estado-sociedade" (BEHRING, 2008, p. 178).

avultadas iniciativas de reforma do Estado afetaram a força de trabalho central durante o governo FHC: a reforma administrativa, a privatização e a descentralização. Segundo COSTA & LAMARCA (2013):

a reforma administrativa afetou o papel do governo (...) na provisão direta de serviços de saúde, na educação de nível superior e cultura e no fomento à pesquisa e desenvolvimento científico. Houve veto ao projeto de delegação massiva do desenvolvimento dessas atividades a terceiros pela conversão de unidades públicas federais ao modelo das Organizações Sociais, proposto pelo PDRAE. (...) a paralisação na década de 1990 nos concursos públicos federais (...) produziu estagnação e envelhecimento da força de trabalho do governo (...) nas áreas sociais, instituições de ensino federal e pesquisa científica (COSTA & LAMARCA, 2013, p. 1.607).

O modelo das Organizações Sociais (OSs) surgiu com a proposta de reforma do Estado no governo Cardoso, cuja necessidade institucional e política foi apresentada como consequência da globalização. Esse modelo tem elementos que colocam em questão o caráter universalista das políticas sociais dos campos da saúde e da educação.

O PDRAE produziu a modelagem das Organizações Sociais (OS) – Lei 9.637/98 e a Emenda Constitucional 19 (EC) em 1998, alterando o artigo 39 da CF/88. Esse artigo estabelecia o regime jurídico único e os planos de carreira para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas. *A EC-19 propiciou o retorno do regime celetista para as autarquias e fundações, retomando o modelo existente na Constituição Federal de 1967 (Grifo nosso).*

Paralelamente "ao PDRAE, durante os dois mandatos, FHC ampliou o 'programa de privatização das empresas públicas', iniciado pelo governo Collor de Mello em 1991" (COSTA & LAMARCA, 2013, 1.611). Nessa perspectiva, identifica-se que os grandes estímulos às privatizações, processos de aquisição e fusão foram largamente estimulados com as mudanças no aparato regulatório, que foram abolindo gradualmente as restrições ao fluxo de Investimento Externo Direto (IED) nos anos 1990 (GONÇALVES, 1999).

Os governos de FHC e Lula, no âmbito da Nova Democracia brasileira, foram resultado de orientações políticas evidentemente opostas em relação a inúmeras áreas de políticas públicas (NAKAHODO & SAVOIA JR., 2008). O governo Lula definia-se pela tradição nacional-desenvolvimentista, enquanto a coalizão de FHC era categoricamente favorável à reforma do Estado e à internacionalização da economia brasileira.

A orientação do governo FHC foi influenciada pelos compromissos estabelecidos pelo ajuste estrutural da década de 1990 e pelo questionamento do papel do Estado como provedor direto de serviços sociais e de infraestrutura. Segundo Costa & Lamarca (2013), o governo Lula pleiteava uma retomada do desenvolvimentismo, com o retorno do protagonismo das empresas e organizações estatais na produção econômica e prestação social. A vasta quantidade de contratos por tempo determinado na administração civil federal, porém, aponta que nenhum dos dois regimes presidenciais abdicou de uma estruturação híbrida da força de trabalho federal para acomodar a demanda por cargos das coalizões políticas.

Luiz Inácio Lula da Silva, depois de três derrotas em eleições para Presidência do Brasil (1989, 1994 e 1998), foi eleito em 2002 e reeleito em 2006. Na visão, de Freitas (2007):

(...) candidato pelo Partido dos Trabalhadores, em 27 de outubro de 2002, foi eleito presidente do Brasil, derrotando o candidato apoiado pelo ex-presidente FHC, o ex-ministro da saúde e senador pelo Estado de São Paulo José Serra do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), com 61,43% dos votos. A eleição e posse de Lula para o exercício das funções de chefe de governo e de chefe de Estado inaugurou um novo ciclo na política brasileira, do ponto de vista sociológico – pela origem do presidente (retirante nordestino, vítima da seca) e por sua trajetória forjada na luta sindical contra a ditadura militar e as injustiças sociais – e também do ponto de vista político, pela coalizão político-partidária – aliança do PT com o PL – e pela agenda programática com elevada ênfase social (FREITAS, 2007, p. 66).

Ao deixar o cargo de Presidente em 2011, Lula deixou como legado, em oito anos de governo, avanços nos setores de economia e inclusão social. Índices históricos de crescimento econômico e redução da pobreza garantiram ao ex-metalúrgico mais de 80% de aprovação popular – o maior patamar entre Presidentes

desde o fim da ditadura – e a eleição de sua sucessora Dilma Rousseff, uma estreante nas urnas. No julgamento de Biancarelli (2014),

(...) a característica distintiva da Era Lula em termos econômicos: uma maior sintonia entre objetivos econômicos e sociais, ou a associação entre crescimento (e outros aspectos puramente econômicos do desenvolvimento) e a busca de maior justiça social. (...) o conteúdo social do desenvolvimento brasileiro, ensaiado na Era Lula, é não apenas defensável do ponto de vista moral, como também se mostra a melhor alternativa econômica diante das dificuldades e limitações enfrentadas pelo Brasil atualmente. Indo além, defende-se que os avanços sociais experimentados, para seguirem sendo instrumento de avanço civilizatório e motor do dinamismo econômico, carecem de renovação e aprofundamento, com foco nos direitos e serviços sociais e na progressividade da carga tributária (BIANCARELLI, 2014, p. 263-266).

O governo Lula, por sua vez, enquadrou-se mais tipicamente em um padrão de governo de terceira via. Voltou-se para a contenção dos desequilíbrios macroeconômicos gerados no governo anterior e buscou substituir a agenda de políticas públicas, mas condicionou o alcance de sua implementação à liberação de excedentes econômicos a serem alcançados através de uma gestão que preservasse os contratos e os mecanismos de mercado, particularmente os do setor financeiro.

No centro da ação governamental esteve a construção de um ajuste na economia que neutralizasse a expansão dos desequilíbrios anteriores, vistos como geradores de inflação, e os revertesse. Assim, tornou-se fundamental a geração de amplos superávits comerciais e fiscais que limitassem a demanda agregada e contivessem o endividamento externo e interno. As políticas sociais, o combate à pobreza, a recuperação do setor industrial e do desenvolvimento, ou o ativismo da política externa tornaram-se objetivos condicionados às metas de estabilidade macroeconômica. Para Martins (2007),

(...) a prioridade do governo Lula foi a de conter os desequilíbrios macroeconômicos gerados durante o governo FHC, notadamente, a dívida pública e os déficits em conta corrente, e os desequilíbrios sociais mais intensos através de políticas sociais para minorar a extrema pobreza. Para isso deu continuidade ou aprofundou políticas impulsionadas ao final do governo FHC: contenção dos gastos públicos e ampliação do superávit primário, estabelecimento do câmbio flutuante e implementação de políticas

sociais para uma população ameaçada com a queda dos rendimentos, o desemprego crescente e a recessão econômica. Além disso, manteve o manejo das taxas de juros, significativamente apreciadas, como o principal instrumento de controle da inflação. Por outro lado, sustou políticas como as de privatização, impulsionando em seu lugar as licitações através das parcerias público-privadas, ampliando o papel do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) no fomento da atividade industrial, o que serviu de contrapeso às políticas de altos juros (MARTINS, 2007, p. 39).

Segundo o prisma de Anderson (2011), o primeiro mandato do governo Lula foi dominado pelo legado econômico de seu predecessor, reverteu praticamente toda a esperança sobre a qual o Partido dos Trabalhadores (PT) havia sido fundado. Foram implementadas ações no intuito de evitar o caos econômico, conhecer a máquina governamental, avançar o máximo possível na agenda de reformas e, sobretudo, manter o índice de aprovação popular num patamar alto. Para isso, contribuíram o excepcional conjunto de dons pessoais, a capacidade de comunicação do Presidente junto à sociedade, seu estilo coloquial e negociador. E esse conjunto também é, em sua origem, inseparável de um importante movimento social. Vindo da mais profunda pobreza do Brasil, a ascensão de Lula de operário no chão da fábrica a líder do país nunca foi um triunfo pessoal: o que a tornou possível foi a mais notável insurgência sindicalista do último terço do século, criando o primeiro — e até agora único — partido político moderno do Brasil, que se tornou o veículo da sua ascensão.

Ao contrário do que o Presidente Lula afirma, que 'quatro anos foram pouco tempo', Freitas (2007) diz:

(...) seu governo foi extremamente eficiente. Houve tempo para aprovar duas reformas estruturais (que FHC não havia conseguido): a Reforma da Previdência e a Reforma Tributária; aprovar, ainda, a Lei de Falência e o projeto das Parcerias Público-Privado (PPP). Conseguiu realizar anualmente o leilão de áreas de exploração de petróleo e o pagamento da dívida externa com muito maior eficiência do que FHC, em detrimento das políticas sociais e dos investimentos para o desenvolvimento do país e sem jamais ter cogitado de fazer uma auditoria daquela dívida. Além disso, aumentou, ainda mais: a dívida interna, que chegou à casa de R\$ 1 trilhão, devido aos juros altos; os lucros dos banqueiros, dos fundos de pensão e dos rentistas e os lucros das empresas privatizadas (telefonia, eletricidade). Ainda, fez opção pelo agronegócio e abandonou a reforma agrária, contribuiu para que o PT, como partido de esquerda, se transformasse num partido neoliberal ou no 'partido do Lula' e defendeu a tese de que 'não há alternativa' à política econômica neoliberal (FREITAS, 2007, p. 67).

Lula bateu recordes de popularidade durante seu governo e uma das marcas de seu mandato foi a criação de programas sociais como o Fome Zero e o Bolsa Família. Para seu segundo mandato, Lula contou com o apoio de uma coalizão de doze partidos - Partido dos Trabalhadores (PT), Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), Partido Republicano Brasileiro (PRB), Partido Comunista do Brasil (PC do B), Partido Socialista Brasileiro (PSB), Partido Progressista (PP), Partido da República (PR), Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), Partido Verde (PV), Partido Democrático Trabalhista (PDT), Partido dos Animais e da Natureza (PAN) e Partido Social Cristão (PSC) - cujos presidentes ou líderes tinham assento no Conselho Político, que se reunia semanalmente com Lula. Além disso, o Partido Trabalhista do Brasil (PT do B), o Partido da Mobilização Nacional (PMN) e o Partido Humanista da Solidariedade (PHS) também faziam parte da base de apoio do governo no Congresso, totalizando quinze partidos governistas.

Com as inflexões ocorridas a partir de 2006, caminhou-se no sentido de estruturar uma nova estratégia de proteção social, alicerçada no desenvolvimento econômico com estabilidade, distribuição de renda e convergência entre as ações universais e focalizadas. Segundo Fagnani (2011), todavia:

(...) a consolidação desse esforço requer ainda um longo caminho. No caso das políticas sociais universais clássicas (saúde, educação, previdência, assistência e seguro-desemprego) dois desafios são crucialmente graves e têm de ser enfrentados. Primeiro, construir mecanismos de controle e regulação do setor privado na gestão das políticas sociais. Em alguma medida, isso depende da flexibilização da Lei de Responsabilidade Fiscal, continuamente burlada pela contratação de organizações sociais e outros mecanismos, cujos dispêndios não são contabilizados como 'despesas de pessoal' (FAGNANI, 2011, p. 26).

Luiz Inácio Lula da Silva ficou no cargo entre o dia primeiro de Janeiro de 2003 e primeiro de Janeiro de 2011. Por ter conseguido uma avaliação positiva em seu governo, levou sua Ministra de Minas e Energia e da Casa Civil, Dilma Vana Rousseff, a disputar o cargo de Presidenta e sair vitoriosa.

Dilma Rousseff tornou-se a primeira mulher a ocupar o cargo de Presidenta do Brasil e se reelegeu no ano de 2014. Seu mandato foi marcado pela continuidade e ampliação dos programas sociais e também por escândalos de

corrupção, que acabaram despertando uma onda de protestos da população em todas as regiões do país.

De acordo com Cagnim (2013), "o governo Dilma manteve o regime de política macroeconômica ancorado nas metas de inflação e de superávit fiscal primário e na flutuação (suja) da taxa de câmbio" (CAGNIM, 2013, p. 16).

Não obstante, mudanças importantes introduzidas na gestão desse regime o tornaram mais flexível. A obtenção de taxas mais elevadas de crescimento econômico, com destaque para a recuperação da indústria, passou a ocupar uma posição central entre os objetivos dessa política, nos anos de 2011 e 2012. Além disso, houve uma ampliação da gama de instrumentos utilizados, que não se limitaram aos instrumentos convencionais das políticas monetária, fiscal e cambial. Segundo Cagnim (2013), por fim, a melhor coordenação entre as autoridades econômicas, em especial entre o Ministério da Fazenda e o Banco Central do Brasil (BACEN), possibilitou uma maior convergência dos objetivos e, conseqüentemente, uma maior eficácia do conjunto de políticas implementadas.

Para Cagnim (2013), na orientação da política macroeconômica do governo Dilma, as políticas monetária e fiscal tiveram um caráter restritivo, no intuito de arrefecer a atividade econômica e conter a aceleração inflacionária. A diretriz de política do novo governo alinhou-se, então, às iniciativas adotadas no final do governo Lula, tais como as medidas macroprudenciais no mercado de crédito de Dezembro de 2010, que procuravam reduzir os riscos associados à forte expansão dos empréstimos com recursos livres às famílias, mas que também contribuíram para a desaceleração da demanda. Nesse período, novas medidas macroprudenciais no mercado de câmbio e controle de capitais foram adotadas, no sentido de conter a tendência de apreciação do real, resultante do maior diferencial entre os juros internos e externos.

Diante da acentuada desaceleração da atividade econômica e do aprofundamento da crise da área do euro, o governo Dilma adotou medidas anticíclicas, embora menos intensas que aquelas tomadas em 2008/2009: redução da taxa básica de juros, estímulos creditícios e desoneração tributária. A deterioração do cenário externo e a desaceleração da inflação abriram caminho para

a reorientação dos objetivos da política econômica para priorizar a diminuição do diferencial entre o Sistema Especial de Liquidação e Custódia (Selic) – taxa básica de juros brasileira - e as taxas de juros internacionais.

Em contrapartida, para garantir estabilidade monetária com taxas de juros mais baixas e taxa de câmbio competitiva para o setor industrial, o governo anunciou uma contenção adicional de gastos públicos, reforçando seu compromisso com a austeridade fiscal, e ampliou os controles de capitais diante do receio de uma nova enxurrada de capitais externos, após a expansão de liquidez pelo Banco Central Europeu (BCE), em Dezembro de 2011 e Fevereiro de 2012 (CAGNIM, 2013).

Conforme Cagnim (2013), o governo da Presidenta Dilma foi marcado pelo aprofundamento da desaceleração da atividade econômica. Com o objetivo de estimular a economia, além da redução da meta da taxa básica Selic, os bancos públicos agiram novamente de forma anticíclica, mitigando o efeito negativo sobre a oferta e a perda de ritmo do crédito concedido pelos bancos privados, assegurando que as reduções da taxa básica de juros atingissem os tomadores finais.

Nas palavras de Braga (2016):

(...) o colapso da base de sustentação do governo Dilma Rousseff no Congresso Nacional é apenas a face mais visível de uma crise orgânica cujas raízes encontram-se na própria estrutura social de um país que vive há dois anos em recessão econômica (BRAGA, 2016, p. 16).

Michel Miguel Elias Temer Lulia foi alçado à Presidência da República por meio de um golpe de Estado no dia 12 de Maio de 2016. Iniciou o seu governo com o afastamento da Presidenta Dilma Rousseff, após a autorização da Câmara dos Deputados para que o processo de *impeachment* fosse ao Senado, e houvesse o julgamento por crime de responsabilidade, particularmente no que se refere a crimes orçamentários: financiamento de governo por bancos oficiais e emissão de decretos com gastos não autorizados pelo Congresso.

Entre as principais medidas já anunciadas por Temer, previstas no 'Uma Ponte para o Futuro' e na 'Agenda Brasil', está um ajuste fiscal que prevê que gastos públicos não poderão crescer acima da inflação do ano anterior, comprometendo o

orçamento mínimo previsto para áreas como saúde e educação. Também consta no 'Uma Ponte para o Futuro' (2015) a aprovação da Desvinculação das Receitas da União (DRU), o que permite ao governo realocar livremente 30% das receitas obtidas, hoje destinadas a despesas específicas, colocando em risco os recursos das áreas sociais.

O projeto de governo do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), 'Uma Ponte para o Futuro' (2015), surgiu, segundo a análise contida no próprio documento, da necessidade de tomada de decisões emergenciais e 'mudanças estruturais' em face dos constantes fracassos do governo de Dilma Rousseff e a sua insistência em aprovar medidas que claramente agravariam a crise já instalada em todas as esferas da sociedade.

O Brasil encontra-se em uma situação de grave risco (UMA PONTE PARA O FUTURO, 2015, p. 3).

Para o Brasil, o tripé de qualquer ajuste duradouro consiste na redução estrutural das despesas públicas, na diminuição do custo da dívida pública e no crescimento do PIB (UMA PONTE PARA O FUTURO, 2015, p. 16).

O plano apresentado no projeto põe fim à política intervencionista do Estado, amplamente utilizada pelo governo Dilma. Sem nenhum sinal de melhoria e com a justificativa de tirar o país da crise econômica, o governo peemedebista de Michel Temer oficializou seu pacote de austeridade contra a classe trabalhadora. Eis alguns exemplos das propostas: alteração da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), liberação total da terceirização, privatização das estatais, desvinculação de receitas obrigatórias para a saúde e a educação.

Michel Temer prevê também: reformas na Previdência Social, introduzindo a idade mínima para a aposentadoria; a redução do SUS – comprometendo as farmácias populares, o Mais Médicos, o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e a Estratégia Saúde da Família (ESF); a diminuição de vagas e verbas para o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec), para o Programa Universidade para Todos (ProUni) e para o Fundo de

Financiamento Estudantil (Fies); além da diminuição da expansão do Minha Casa Minha Vida.

Em 29 de Outubro de 2015, a Fundação Ulysses Guimarães, vinculada ao PMDB, lançou um documento intitulado 'Uma Ponte para o Futuro'¹³. O documento faz um amplo diagnóstico da atual situação política, econômica, social e fiscal do Brasil, para então elencar supostas soluções que, infelizmente, estão distantes de contemplar os interesses da população.

Segundo o plano a 'Uma Ponte para o Futuro' caberá ao Estado, operado por uma maioria política articulada com os objetivos de crescimento com base na livre iniciativa, na livre competição e na busca por integração com os mercados externos, realizar ajustes legislativos em áreas críticas. O plano não foi dirigido aos eleitores, mas ao capital financeiro, aos empresários, aos latifundiários, à mídia

¹³ De acordo com o documento 'Uma Ponte para o Futuro' (2015, p. 18-19), é fundamental: a) construir uma trajetória de equilíbrio fiscal duradouro, com superávit operacional e a redução progressiva do endividamento público; b) estabelecer um limite para as despesas de custeio inferior ao crescimento do PIB, através de lei, após serem eliminadas as vinculações e as indexações que engessam o orçamento; c) alcançar, em no máximo três anos, a estabilidade da relação Dívida/PIB e uma taxa de inflação no centro da meta de 4,5%, que juntos propiciarão juros básicos reais em linha com uma média internacional de países relevantes – desenvolvidos e emergentes – e taxa de câmbio real que reflita nossas condições relativas de competitividade; d) *executar uma política de desenvolvimento centrada na iniciativa privada, por meio de transferências de ativos que se fizerem necessárias, concessões amplas em todas as áreas de logística e infraestrutura, parcerias para complementar a oferta de serviços públicos e retorno a regime anterior de concessões na área de petróleo, dando-se à Petrobras o direito de preferência;* e) *realizar a inserção plena da economia brasileira no comércio internacional, com maior abertura comercial e busca de acordos regionais de comércio em todas as áreas econômicas relevantes – Estados Unidos, União Europeia e Ásia – com ou sem a companhia do Mercosul, embora preferencialmente com eles.* Apoio real para que o nosso setor produtivo integre-se às cadeias globais de valor, auxiliando no aumento da produtividade e alinhando nossas normas aos novos padrões normativos que estão se formando no comércio internacional; f) promover legislação para garantir o melhor nível possível de governança corporativa às empresas estatais e às agências reguladoras, com regras estritas para o recrutamento de seus dirigentes e para a sua responsabilização perante a sociedade e as instituições; g) reformar amplamente o processo de elaboração e execução do orçamento público, tornando o gasto mais transparente, responsável e eficiente; h) *estabelecer uma agenda de transparência e de avaliação de políticas públicas, que permita a identificação dos beneficiários, e a análise dos impactos dos programas. O Brasil gasta muito com políticas públicas com resultados piores do que a maioria dos países relevantes;* i) *na área trabalhista, permitir que as convenções coletivas prevaleçam sobre as normas legais, salvo quanto aos direitos básicos;* j) na área tributária, realizar um vasto esforço de simplificação, reduzindo o número de impostos e unificando a legislação do ICMS, com a transferência da cobrança para o Estado de destino; desoneração das exportações e dos investimentos; reduzir as exceções para que grupos parecidos paguem impostos parecidos; k) promover a racionalização dos procedimentos burocráticos e assegurar ampla segurança jurídica para a criação de empresas e para a realização de investimentos, com ênfase nos licenciamentos ambientais que podem ser efetivos sem ser necessariamente complexos e demorados; l) dar alta prioridade à pesquisa e o desenvolvimento tecnológico que são a base da inovação (**Grifos nossos**).

oligopolizada e, é claro, aos políticos ávidos por poder que viram seus interesses serem contrariados. Na verdade, tratava-se do programa do golpe de Estado.

A adesão ao ideário do *Consenso de Washington* se materializou com vigor, refletindo o alinhamento incondicional ao domínio das finanças. A análise de conjuntura incluída no documento dá importância fundamental a dois postulados bastante discutíveis. Primeiramente, desconhecem o ajuste fiscal como promotor da recessão, elegendo o *déficit* como vilão. Por mais absurda que pareça, essa é interpretação dos monetaristas da Escola de Chicago, os mesmos que comandavam muitos dos grandes bancos responsáveis pela crise de 2008, que agora atinge as economias em desenvolvimento.

A partir disto, como que por desdobramento natural, 'constataram' que a Constituição Federal de 1988 'não cabia no orçamento', que teria 'excesso de direitos', especialmente os sociais e trabalhistas. Da mesma forma, excomungaram-na pelo 'absurdo' de vincular recursos para Saúde e Educação. Em mais uma amostra de adesão ao pensamento único, tomou-se os índices de competitividade como argumento, a fim de preconizar o Estado mínimo e o ataque aos direitos trabalhistas.

O documento ataca frontalmente a capacidade do Estado de intervir na atividade econômica e seus inerentes ciclos, e o compromisso constitucional de combate à ainda enorme desigualdade social, quando propõe: limites para a dívida pública, medida draconiana e paralisante de efetividade jamais comprovada; a possibilidade de pagar menos de um salário mínimo aos aposentados, expondo nossa população idosa ao empobrecimento; a criação de um comitê independente de avaliação dos programas governamentais como Bolsa Família e Ciências sem Fronteiras, pondo-os em cheque, uma vez que se verão constantemente acossados pelas críticas do mercado, que vê como essencial somente o pagamento dos juros e a amortização da dívida pública; ainda, para enterrar de vez qualquer pretensão de justiça social, defende o fim da CLT por meio da antiga ideia de permitir que o acordado prevaleça sobre o legislado, configurando retirada de direitos de milhões de trabalhadores.

Cabe ressaltar que, apesar da retórica da 'modernização' e do 'futuro', as propostas do governo Temer nada mais são do que uma reedição do receituário neoliberal, que tem como origem o chamado *Consenso de Washington*, visando formular uma agenda de políticas a serem adotadas nos países da América Latina com o objetivo – não declarado, obviamente – de adequar os Estados da periferia do capitalismo a uma nova fase de reestruturação produtiva do sistema.

Ajuste fiscal, desmonte da previdência e dos direitos trabalhistas, arrocho salarial, privatizações, desmonte da educação pública e criminalização das lutas sociais com base no documento 'Uma Ponte Para o Futuro' e nas declarações dos ministros do governo Temer – esse é o cenário que se avizinha. Conseqüentemente, caminhamos para uma situação em que a desigualdade social tende a aumentar, acompanhada pela ampliação do desemprego e da informalidade.

Chega-se, então, ao âmago do projeto 'Uma Ponte para o Futuro', qual seja a reforma constitucional, mudança de leis, porque sem isso "a crise fiscal voltará sempre e cada vez mais intratável, até chegarmos finalmente" (...) ao colapso (UMA PONTE PARA O FUTURO, 2015, p. 6). Encontra-se aí a enunciação articulatória de que a única solução para o Brasil é a revisão da Constituição Federal e do marco legal que regulamenta o financiamento das políticas públicas de Estado e das relações de trabalho que compõem a base do Sistema de Proteção Social no Brasil.

O documento argumenta que esse esforço levará ao ingresso do Brasil no clube restrito dos países desenvolvidos, de forma definitiva. Governistas insistem que esse esforço nos levará a "recuperar a capacidade de crescer a uma taxa próxima do nível histórico do século XX, de 2,5% ao ano, per capita"; que esse esforço nos levará a "reconstituirmos o Estado brasileiro, para que ele volte a ser como foi no passado, (...) não um obstáculo, mas um agente do desenvolvimento" (UMA PONTE PARA O FUTURO, 2015, p. 4).

Em resumo, em 'Uma Ponte Para o Futuro', a maioria parlamentar temerista irá acabar com as vinculações das receitas constitucionais que financiam a educação, a saúde e a proteção social. Irá também acabar com todas as indexações, salvo aquelas que compõem o superávit primário para pagamento da

dívida. Ainda, irá instituir o orçamento com base zero como instrumento-meio da decisão do Congresso sobre os programas sociais que devem receber ou não recursos financeiros.

Citando Braga (2016),

(...) as forças golpistas derrubaram o governo não pelo que Dilma Rousseff concedeu aos setores populares, mas por aquilo que ela não foi capaz de entregar aos empresários: um ajuste fiscal ainda mais radical, que exigiria alterar a Constituição Federal, uma reforma previdenciária regressiva e o fim da proteção trabalhista (BRAGA, 2016, p. 60).

Em 31 de Agosto de 2016, a Presidenta do Brasil, Dilma Rousseff, foi destituída do cargo após a conclusão de um processo de *impeachment*, aberto contra ela em 12 de Maio do mesmo ano. Entretanto, Dilma não perdeu seus direitos políticos com a destituição, isto é, não ficou inabilitada a exercer cargos públicos por um período de oito anos, como prevê a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 52. Considerando que não houve gravidade para a pena máxima, pode-se questionar a validade jurídica do *impeachment*.

Michel Löwy (2016) afirma que a destituição do poder da Presidenta eleita Dilma Rousseff foi um *golpe de Estado*: "Golpe de Estado pseudolegal, 'constitucional', 'institucional', parlamentar ou o que se preferir, mas golpe de Estado" (LÖWY, 2016, p. 64).

O mesmo autor relata que, citando Hegel, Marx escreveu, em *O 18 Brumário de Luís Bonaparte*, que os acontecimentos históricos se repetem duas vezes: "primeiro como tragédia, segundo como farsa" (LÖWY, 2016, p. 65). Isso, ainda segundo Löwy (2016), aplica-se perfeitamente ao Brasil:

(...) o golpe de Estado militar de abril de 1964 foi uma tragédia que mergulhou o Brasil em vinte anos de ditadura militar, com centenas de mortos e milhares de torturados. O golpe de Estado parlamentar de maio de 2016 é uma farsa, um caso tragicômico, em que se vê uma cambada de parlamentares reacionários e notoriamente corruptos derrubar uma presidente democraticamente eleita por 54 milhões de brasileiros, em nome de "irregularidades contábeis". O principal componente dessa aliança de

partidos de direita é o bloco parlamentar (não partidário) conhecido como "a bancada BBB": da Bala (deputados ligados à Polícia Militar, aos esquadrões da morte e às milícias privadas), do "Boi" (grandes proprietários de terra, criadores de gado) e da "Bíblia" (neopentecostais integristas, homofóbicos e misóginos). O que a tragédia de 1964 e a farsa de 2016 têm em comum é o ódio à democracia. Os dois episódios revelam o profundo desprezo que as classes dominantes brasileiras têm pela democracia e pela vontade popular (LÖWY, 2016, p. 65-66).

O destino do governo Michel Temer ainda é incerto e indica que o *impeachment* não é o ponto de chegada do golpe. Na verdade, ele consiste em seu ponto de partida. Segundo Quinalha (2016), não se trata de um procedimento legal, com o objetivo único de transferência de titularidade do comando ao governo:

(...) muito mais do que isso, estamos diante de um efetivo empoderamento de determinados setores do *establishment* do político brasileiro, aumentando sua influência nos determinados setores da gestão do presidencialismo de coalizão que nos governa (QUINALHA, 2016, p. 133).

Para Quinalha (2016), esse golpe apresenta pelos menos três facetas distintas e complementares, negociadas entre as forças políticas conservadoras, com o apoio decisivo da parcela da sociedade que foi para as ruas, dos maiores veículos midiáticos, e chancelado pelo Judiciário.

A primeira e mais viável delas é o impulso de autopreservação do *establishment* político que busca, a qualquer custo, escapar das investigações criminais. A segunda, por sua vez, é o desmonte da precária proteção social que esse governo interino pretende. Por fim, a terceira dimensão desse golpe é a restrição de direitos civis e políticos dos setores mais vulneráveis da sociedade, minando os poucos mecanismos de proteção dos direitos humanos e aumentando o poder de agenda e de veto dos setores religiosos fundamentalistas no novo governo. "*Em nome de Deus e da Família*" é o lema que indica o tamanho do buraco em que estamos entrando, sobretudo mulheres, negros e LGBT's (QUINALHA, 2016, p. 133).

Quinalha (2016) reitera que as duas primeiras dimensões do golpe são mais notadas e discutidas:

(...) sobre a primeira, Dilma sofre esse *impeachment* porque era a única sem disposição para negociar um pacto capaz de travar a operação Lava Jato, como a classe política esperava e exigia de uma presidenta. (...) Em relação à segunda dimensão, ganha força no governo interino uma plataforma nitidamente neoliberal de redução da atuação do Estado nas áreas sociais, cujas manifestações mais evidentes já são visíveis nas propostas de desvalorização do salário mínimo, de tentativa de sobrepor o negociado ao legislado no campo trabalhista, de elevação da idade mínima para aposentadoria e de um ajuste fiscal conservador baseado em cortes orçamentários na assistência social, na saúde e na educação. A terceira dimensão, no entanto, mais subterrânea e de alcance ainda imprevisível, talvez seja a mais perversa, por sua invisibilidade e por afetar segmentos sociais desamparados de um estatuto legal de proteção em nossa democracia: trata-se da agenda moral desse golpe tramado e executado por homens brancos, heterossexuais e cisgêneros (QUINALHA, 2016, p. 133-134).

A gravidade do momento e o tamanho e profundidade dos ataques do governo ilegítimo de Temer demonstram ser necessário unir todos e todas na luta contra essas medidas brutalmente reacionárias, independente de quem dirige as entidades e movimentos que participam e participarão destas lutas. Afirma Ciro Gomes (2016):

(...) o resultado desse triste e delicado momento brasileiro, caso não seja revertido, será a ameaça da nossa jovem democracia pelos próximos vinte anos. É importante sempre lembrar para a população brasileira que *impeachment* não é remédio para governo ruim. 'Governo ruim passa ligeiro, mas romper com a democracia significa colocar em risco nosso país por muitos anos à frente' (GOMES, 2016, p. 41).

CAPÍTULO II

POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE COMO DESAFIO DIANTE DO PROCESSO DE PRIVATIZAÇÃO

Este capítulo se propõe a contextualizar a Política de Saúde no Brasil, com vistas à compreensão da política de formação de profissionais na área da saúde, materializada nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), no âmbito dos desafios postos para a efetivação dos princípios que norteiam o SUS.

No intuito de compreender essa realidade, iniciamos com o recorte temporal do século XX até a década de 1980, pela relevância histórica do então cenário político, econômico e social delineado desde os anos 1970, no processo denominado transição democrática. Trata-se de um período de mudanças, entre as quais se destacam a eleição do primeiro Presidente civil, demarcando o fim do governo autocrático e ditatorial, e a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88).

Nesse contexto, várias entidades, fóruns, partidos políticos e sindicatos posicionaram-se contrários à privatização da saúde e em defesa da saúde pública estatal e universal. Assim, procuraram articular as lutas no campo da saúde a uma nova proposta societária, tendo como referência o projeto da Reforma Sanitária, que concebe a saúde como direito de todos e dever do Estado.

2.1. Breves aspectos históricos da política de saúde no Brasil

De acordo com Bravo (2008), a assistência à saúde dos trabalhadores, com a industrialização dos países centrais, foi sendo assumida pelo Estado, aliada ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. A conquista de alguns direitos sociais pelas classes trabalhadoras foi mediada pela interferência estatal, no seu papel de manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais.

A gênese da saúde pública no Brasil deu-se na transição do século XIX para o século XX, gerando as primeiras iniciativas que preconizavam o saneamento como itinerário para a estruturação da nacionalidade e para a civilização. Nesse período, a história dos cuidados com a saúde no Brasil perpassou necessariamente pela filantropia, em sua maioria de cunho religioso. Paralelamente a isso, o Estado fazia algumas ações de saúde frente às epidemias, como ações de vacinação e/ou de saneamento básico.

Conforme Carvalho (2013),

O Estado cuidava também da intervenção em algumas doenças negligenciadas como a doença mental, a hanseníase, a tuberculose e outras – em razão do caráter epidêmico dessas enfermidades. Só mais tarde começa o atendimento às emergências e às internações gerais (CARVALHO, 2013, p. 78).

Entre o fim da Monarquia e o início da República Velha, configurou-se um processo de elaboração de normas e organizações sanitárias e de mudança nas práticas dominantes até então, ações pontuais e fragmentadas. Segundo Andrade (2000), esse período, conhecido como 'sanitarismo campanhista', foi marcante nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo, visando principalmente a sanear os espaços de circulação das mercadorias exportáveis, tendo predominado até meados dos anos 1960.

A assunção do Estado na gerência do sistema previdenciário brasileiro foi lenta e gradual. No Brasil, as primeiras instituições similares à que identificamos como 'previdência social' foram criadas de forma gradativa na década de 1920. Essas conquistas se deram em contexto de lutas, grandes mobilizações e greves generalizadas, ocorridas em 1917 e 1919, cuja pauta de reivindicações era relacionada à proteção social. Em 1920, aconteceu a Reforma Carlos Chagas, que implantou o novo regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), separando a organização da saúde em 'saúde pública' e 'previdência social'.

Segundo Silva (2012), o primeiro ato governamental de intervenção nesta área ocorreu em 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, determinando a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os trabalhadores de

empresas ferroviárias. "A lei estabelecia benefícios de pensão e aposentadorias, assistência médica e auxílio financeiro" (SILVA, 2012, p. 233).

A Lei Eloy Chaves instituiu a obrigatoriedade do seguro social e do financiamento vinculado à contribuição do empregado e do empregador. As CAPs eram organizações privadas formadas por empresas, e, posteriormente, por setor de atividade econômica, reconhecendo direitos previdenciários e trabalhistas de algumas categorias de trabalhadores, como os ferroviários e marítimos, dentre outros. Observa-se que essas categorias eram estratégicas para a economia do país, ligadas nesse momento ao processo de produção e reprodução de mercadorias voltada para a exportação (COHN, 1997; BEHRING & BOSCHETTI, 2006).

Em 1926, o regime da Lei Eloy Chaves foi estendido a outras empresas. Houve a inclusão das estradas de ferro a cargo da União, dos Estados, dos municípios e particulares, e os efeitos da lei foram extensivos a todas as empresas de navegação marítima ou fluvial e às de exploração de portos, também das três esferas do poder e particulares (SOUSA, 2002). No mesmo ano e da mesma forma foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Funcionários Civis da União. Desde então, o regime de CAPs alcançou outras categorias de trabalhadores: serviços telegráficos e radiográficos (1928), serviços de força, luz e bondes (1930), mineração (1932) e aeroviários (1934) (SILVA, 1997).

A partir de 1933 começaram a surgir os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), o que representou uma significativa transformação no modelo de previdência social brasileiro. Os IAPs, diferentemente das CAPs, eram organizados por categorias profissionais, não mais por empresas (SILVA, 1996). A mudança ocorreu também na forma de administração. Enquanto as CAPs eram formadas por um colegiado de empregados e empregadores, a direção dos IAPs cabia a um representante do Estado, sendo assessorado por um colegiado sem poder deliberativo, eleito pelos sindicatos. As CAPs adotaram um modelo de custeio bipartite, composto por empregados e empregadores, e competia ao Estado fiscalizar a lei. Os recursos dos IAPs eram arrecadados de forma tripartite, por meio de contribuições dos empregados, empregadores e Estado (COHN & ELIAS, 1996).

A primeira instituição desse tipo, o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM), surgiu em 1933 e destinava-se a agregar as CAPs dos marítimos. Ao longo da década foram criados outros institutos para as categorias dos comerciários (1934), bancários (1935), industriários (1938) e os empregados em transportes e cargas (1938).

Conforme Andrade (2000),

(...) na década de 20 surgem, no bojo da industrialização incipiente, as Caixas de Aposentadoria e Pensões, que são substituídas na década de 30 pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões, unificados na década de 60 para criar o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social. Esta situação compõe os marcos administrativos nas políticas de saúde pública no Brasil de 1923 a 1975, período em que é possível evidenciar a duplicidade assistência/previdência, caracterizada pelo privilégio exercido pela prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, bem como o desenvolvimento de um sistema que priorizava a capitalização da medicina e a sua produção privada (ANDRADE, 2000, p. 85).

Portanto, o sistema público de previdência social brasileiro começou com os IAPs, que se expandiram na década de 1930, cobrindo as categorias estratégicas de trabalhadores pela lógica contributiva do seguro, ou seja, dos trabalhadores, dos empresários e do Estado. Com a criação dos institutos, na Era Vargas, as CAPs foram paulatinamente se extinguindo, voltadas mais para a acumulação de reservas financeiras do que para a prestação de serviços, como aponta Bravo (2000).

Os institutos podem ser vistos como resposta, por parte do Estado, às lutas e reivindicações dos trabalhadores no contexto de consolidação dos processos de industrialização e urbanização brasileiros. Acentua-se o componente de assistência médica, em parte por meio de serviços próprios, mas, principalmente, por meio da compra de serviços do setor privado.

Os recursos dos IAPs eram capitalizados pelo governo e foram largamente utilizados para aplicação em investimentos diretos em vários setores da economia, beneficiando os empreendimentos industriais com tamanha amplitude que, segundo Andrade (2003, p. 74), transformaram "a Previdência no principal 'sócio' do Estado no financiamento ao processo de industrialização do país". Esta

afirmação não é gratuita. Vários decretos governamentais impuseram¹⁴ aos IAPs¹⁵ a subscrição de ações preferenciais de empresas, como a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), a Companhia Hidrelétrica do São Francisco (CHESF), a Companhia Nacional de Álcalis (CNA) e a Fábrica Nacional de Motores (FNM). O decreto de criação do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE) – DL 1.628/52, em seu artigo 7º, obrigava as instituições previdenciárias a concederem empréstimos em montantes fixados pelo Ministério da Fazenda¹⁶ (ANDRADE, 2003, p. 74).

Segundo Sarreta (2009):

Outros aspectos estariam relacionados ao incentivo à saúde hospitalar de natureza privada, representada também pela construção de grandes hospitais, como o Hospital das Clínicas (HC) de São Paulo e a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), por meio de convênio com órgãos americanos e patrocínio da Fundação Rockefeller (SARRETA, 2009, p. 137).

Nesse período, mais precisamente no ano de 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde (MESP) no Brasil, marcando a intervenção do Estado na saúde. A política nacional de saúde foi organizada a partir de dois eixos: da saúde pública e da medicina previdenciária, ligada aos IAPs e às suas categorias correspondentes. A saúde pública foi desenvolvida por meio de campanhas sanitárias coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS), criado em

¹⁴ (...) a criação de dispositivos legais que permitiam que o Estado orientasse a natureza dos investimentos das instituições previdenciárias. Por meio dos decretos-leis 574, de 28/7/1938, e 3.077, de 26/2/1941, a principal agência de financiamento ao setor privado, a Carteira de Crédito Agrícola e Industrial do Banco do Brasil (Creai), passou a dispor de recursos compulsórios provenientes das instituições de Previdência Social (ANDRADE, 2003, 74).

¹⁵ "As instituições previdenciárias dos assalariados, por um lado, atendiam aos interesses dos trabalhadores, dando-lhes garantias de recursos para a subsistência no momento em que eram obrigados a se afastarem do trabalho, e, por outro, respondiam também aos interesses do empresariado, quer atendendo uma reivindicação dos empregados, tornando a situação assalariada atraente e mais tranquila, quer pela obtenção de poupança destinada a investimentos em setores fundamentais para implementação do processo industrial. Os recursos previdenciários, que na primeira metade do século XX já haviam sido largamente utilizados em investimentos que favoreciam o empresariado industrial brasileiro, durante a ditadura também serviram para alimentar o ideal de construção de um "Brasil grande" (BATICH, 2004, p. 34-35).

¹⁶ Apesar de os dispositivos legais condicionarem que as reservas não aplicadas pela Previdência deveriam ser necessariamente depositadas no Banco do Brasil, exceções foram abertas, também por meio de decretos-leis, beneficiando principalmente bancos privados (ANDRADE, 2003, p. 74).

1937. Data também dessa época o desenvolvimento da saúde privada e filantrópica no Brasil, referente ao atendimento médico-hospitalar. Nesse período de introdução da política social brasileira, a relação do Estado com a sociedade civil é assinalada por uma "(...) expansão fragmentada e seletiva das políticas sociais, que continua até 1964" (BEHRING & BOSCHETTI, 2006, p. 108).

A assistência médica segue a lógica da privatização dos serviços, que se acentua na década de 1930, "(...) na compra de serviços privados de saúde a possibilidade de maior acesso dos seus segurados" (BEHRING & BOSCHETTI, 2006, p. 228). A assistência médica para a população empobrecida, que não dispunha de recursos como o CAPs ou IAPs, era prestada pelo atendimento de caridade e filantrópico, mantido pela igreja.

A política social e trabalhista, bem como o desenvolvimento dos serviços públicos da saúde, da educação e da habitação, começou a ser implantada a partir da década de 1930. Em meados de 1940 foi estruturada a legislação trabalhista, com vistas a regular os conflitos na linha do consenso entre as classes sociais. A saúde, vinculada ao Ministério da Educação (ME), garantiu a difusão dos órgãos e ações de saúde pelo Estado, com a criação do Departamento Nacional de Saúde (DNS), em 1937.

Bravo & Matos (2004) evidenciam que as mudanças ocorreram no panorama internacional a partir de 1945, em função do término da Segunda Guerra Mundial. As exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo foram condições gerais que influíram no conceito de saúde elaborado em 1948, junto à Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁷. Foi então reconhecido que a saúde não tem implicação somente física e biológica. A influência das questões sociais e econômicas tem um papel importante, e, assim, a saúde foi definida como um completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como a ausência de doenças. Sarreta (2009) ressalta que:

¹⁷ A Organização Mundial de Saúde (OMS) foi fundada no dia sete de Abril de 1948, com o objetivo de desenvolver o nível de saúde de todos os povos. Em sua constituição, a saúde é definida como bem-estar físico, mental e social, ou seja, não necessariamente apenas a ausência de uma enfermidade (BRASIL, 2002).

O período de 1945 a 1964, portanto, foi marcado por grandes mudanças na área da saúde no País. A influência norte-americana, durante as duas Guerras Mundiais, levou o Brasil a adotar o modelo de saúde baseado em grandes hospitais, que coloca em segundo plano a rede de atenção básica – postos de saúde, consultórios e ambulatórios com baixo custo. Lembrando que a estrutura e o funcionamento dos grandes hospitais atende aos interesses e às necessidades crescentes da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos (SARRETA, 2009, p. 141).

Nesse cenário complexo, Sarreta (2000) relata que o desenvolvimento da política de saúde foi lento e marcado pela separação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, em 1953, e pela criação de novos IAPs.

Ressalta-se que, no plano previdenciário, houve a unificação dos benefícios sociais dos vários IAPs, com a promulgação, em 1960, da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), instituindo um sistema previdenciário único para todos os trabalhadores do setor privado, por meio da unificação da legislação desses institutos e da eliminação das disparidades quanto ao valor e tipos de benefícios existentes entre eles (BATICH, 2004). Em 1966, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) unificou o sistema previdenciário, ao agregar todos os IAPS e igualar os segurados do setor privado sob uma única instituição.

O INPS consolida o componente assistencial com forte ênfase na centralização político-administrativa. A opção de compra de serviços assistenciais do setor privado concretiza o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, que terá uma forte presença no futuro SUS. Em 1964 o país era dominado por uma ditadura militar, quando foram suprimidos os direitos políticos e civis dos cidadãos, perdurando até 1985 (BATICH, 2004).

Silva et al. (2007) enfatizam que a área da saúde foi profundamente atingida pela ênfase no modelo de atenção curativo, individual e especializado, e pelo incentivo à indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, orientada pelo lucro. Assim, a saúde assumiu as características capitalistas, com incorporação das modificações tecnológicas do exterior, declínio da medicina pública e crescimento da medicina previdenciária, em especial após a reestruturação do setor (AMARANTE; RIZZOTTO; COSTA, 2015).

Em meados de 1970, o país demonstrava os primeiros sinais de esgotamento do regime militar, com a falência do chamado "milagre brasileiro" e as consequências da crise do petróleo de 1973, que elevou a inflação a níveis muito altos comparados à década de 1960. Nessa época, com o decréscimo de legitimidade do autoritarismo, evidenciado nas eleições de 1974, a insatisfação no campo econômico e com os "anos de chumbo" da ditadura, com vítimas em vários setores da sociedade, constituiu a base para a emergência e criação de várias iniciativas, mobilizações, movimentos contestatórios e culturais nas artes e na ciência (AMARANTE; RIZZOTTO; COSTA, 2015, p. 2.024).

Em 1973, aconteceu a inclusão dos trabalhadores do Fundo de Amparo ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) na previdência. No ano seguinte, em resposta específica à percepção coletiva da crise social do país, o Governo Geisel criou o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Em 1975 foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), abrangendo a região Nordeste do país. Iniciou-se a crise de financiamento com o fim do milagre econômico (BRASIL, 2006).

Os fundamentos intelectuais da Reforma Sanitária tiveram como principal fonte os resultados dos estudos demandados pela Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), organização do Executivo Federal sediada na cidade do Rio de Janeiro e executora de parte do programa de modernização da pesquisa científica e tecnológica no Governo Geisel (COSTA, 1992).

A expansão do campo da proteção social tornou necessária a existência de um órgão específico para administrá-la. A área da previdência que, desde o período das CAPs, esteve ligada ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), passou então a ser organizada de forma independente.

Já em 1977, a complexificação do sistema de seguro social levou à criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas)¹⁸, para racionalizar e tornar mais eficiente o sistema, mas caracterizado por ser centralizador e excludente dos segurados. Constituíam-se de três institutos: o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), para cuidar exclusivamente dos assuntos relativos à assistência médica; o Instituto Nacional de

¹⁸ O Sinpas seria subordinado ao MPAS, tendo a finalidade de concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços, custeio de atividades e programas, gestão administrativa, financeira e patrimonial. (ANDRADE, 2003, p. 77).

Previdência Social (INPS), para os benefícios; e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), para controle financeiro. O Sistema abrangia, ainda, duas fundações: a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a Fundação Nacional para o Bem- Estar do Menor (FUNABEM), além de uma Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev) e uma autarquia, a Central de Medicamentos (Ceme) (ESCOREL, 2008).

Cabe destacar que o debate sobre a política social na segunda metade da década de 1970 não mais se limitava ao problema da inclusão social. A reflexão contemplava novos questionamentos, como o excesso de gastos e a ineficiência da alocação dos recursos públicos (SANTOS, 1979).

Segundo Oliveira & Teixeira (1985), a expansão da previdência social na saúde era parte do processo de acumulação, facilitado pela articulação entre o Estado e o capital monopolista no Brasil.

A despeito da articulação entre a política social e a acumulação, os mesmos autores identificaram três características singulares nesse processo: a extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger quase a totalidade da população urbana e ainda parte da população rural; o privilégio da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo; e a criação de um complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação do capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e equipamentos médicos (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

No mesmo contexto, a análise política de Cordeiro (1980) destaca as transformações do processo de capitalização da prática médica que articulava o conjunto de instituições prestadoras de assistência à saúde, de formação de recursos humanos e de produção de insumos, materiais (medicamentos e equipamentos) à constituição do complexo médico-industrial, no início dos anos 1980. O autor afirma que:

(...) a privatização da medicina, processo que se acelera a partir de 1976, encontrara suas bases materiais no setor privado hospitalar lucrativo e não

lucrativo (...) a opção política encontrou como justificativa racional a existência de um setor hospitalar privado (...) aliada à expansão da demanda gerada pela incorporação de grandes contingentes de assalariados urbanos ao sistema previdenciário (CORDEIRO, 1980, p. 162).

A pesquisa científica dos sanitaristas reiterava as representações estruturalistas da relação entre a economia e a política, dominantes nas ciências sociais brasileiras na época. Em 1973, Donnangelo, referência intelectual central para a pesquisa em ciências sociais na saúde nos anos 1970, afirmava:

(...) podem ser assim explicitadas as principais condições através das quais a modalidade de interferência estatal tem preservado o setor privado: ao sustentar, pela manipulação concentrada de recursos, uma procura ampliada quantitativa e qualitativamente; ao garantir a continuidade e expansão, sob o controle privado, de uma rede de serviços que incorpora progressivamente a tecnologia moderna; ao manter o produtor privado no controle direto dos processos de produção (DONNANGELO, 1973, p. 37).

A difusão da análise política dos sanitaristas na Constituinte foi nacionalizada por meio de duas entidades que aglutinaram, nos anos 1970, os docentes e pesquisadores dos Departamentos de Medicina Social ou Preventiva das faculdades públicas estaduais e federais de medicina e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)¹⁹ e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)²⁰. A condição social de burocracia pública, mesmo que intelectualmente independente, exigiu dos sanitaristas a criação das duas entidades civis para a difusão da agenda reformista. Na época, o regime autoritário ainda detinha poder de limitar o ativismo político direto das organizações públicas (COHN, 1989).

¹⁹ O CEBES foi criado em 1976, em torno da Revista Saúde em Debate. A entidade reunia os acadêmicos e os profissionais de saúde do setor público, que elegeram como eixo da análise política a reforma do sistema de saúde na perspectiva da universalização e equidade sob a égide estatal. Duas lideranças especialmente importantes do CEBES durante o processo constituinte foram os médicos Antônio Sérgio Arouca e Eleutério Rodriguez Neto (COHN, 1989).

²⁰ A ABRASCO, criada em 1979, foi um importante ator na conformação da política reformista da saúde no contexto da resistência ao regime militar e da transição democrática (COHN, 1989).

A ideia da Reforma Sanitária (RS) apareceu como resposta à crise da saúde durante a ditadura militar brasileira e como referente cultural resultante da leitura de experiências de outros países, a exemplo da Itália, principalmente pela obra de Giovanni Berlinguer²¹, traduzida pelo CEBES para o português em fins da década de 1970. Na obra fundamental 'Medicina e Política', publicada na Itália em 1973 e no Brasil em 1979 (BERLINGUER, TEIXEIRA & CAMPOS, 1988). Berlinguer defende a construção institucional de um serviço sanitário nacional com funções integrais de proteção da saúde, mitigando o embate anticapitalista endêmico na esquerda italiana da época (BERLINGUER, 1979).

A orientação para a cooperação institucional, aliada ao aprendizado trazido pela experiência italiana, permitiu ao CEBES apresentar uma proposta extraordinariamente original para a Reforma Sanitária brasileira. O movimento sanitário, enquanto sujeito coletivo, tem sido referido como Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e, mais recentemente, como 'movimento pelo direito à saúde' ou 'movimento da saúde' (FALEIROS et al., 2006). O documento *A Questão Democrática na Área da Saúde*, apresentado no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal, em Outubro de 1979, foi o principal instrumento da análise política inovadora (ESCOREL et al., 2005).

O CEBES propôs os seguintes pontos para a democratização da saúde: o reconhecimento do direito universal à saúde; o reconhecimento do caráter social das condições de saúde, como emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação ambiental; a responsabilidade estatal pelo direito à saúde; a criação do Sistema Único de Saúde (SUS); o estabelecimento de mecanismos de financiamento da saúde, com participação definida no orçamento da União, Estados e Municípios; a gestão descentralizada, com articulação Federal, Estadual e Municipal; outorga ao Ministério da Saúde da direção do SUS, com a tarefa de planificar e implantar a Política Nacional de Saúde, em cooperação com Estados e Municípios (FLEURY et al., 2007).

O documento *A Questão Democrática na Área da Saúde* propunha, na denominada Política de Assistência Médica,

²¹ Giovanni Berlinguer, médico e Senador do Partido Comunista Italiano (PCI).

(...) a suspensão imediata dos convênios e contratos de pagamento por unidades de serviços para a compra de atos médicos ao setor privado empresarial, substituindo-os por subsídios globais; (...) a criação imediata (...) de uma rede regionalizada de ambulatórios e postos de saúde próprios voltados para a aplicação de medidas preventivas articuladas com assistência médica primária, de casos de emergência e de acidentes de trabalho. Para o funcionamento destes postos, deverão ser utilizados médicos funcionários dos Sistemas Únicos; (...) definir uma política de produção e distribuição de medicamentos e equipamentos médicos (...) dirigida à redução da dependência ao capital estrangeiro através da maior participação estatal na pesquisa, formação de pesquisadores e desenvolvimento de tecnologia nacional dirigida à produção de matérias-primas fundamentais à industrialização de medicamentos essenciais. (FLEURY et al., 2007, p. 14-15).

Em Setembro de 1978 foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, dirigida a todos os governos, na busca da promoção da saúde a todos os povos do mundo.

A Declaração de Alma-Ata²² de 1978 foi inovadora por ter associado uma abordagem baseada no direito à saúde a uma estratégia viável, para que os cuidados primários de saúde fossem desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. A Declaração identificou os cuidados primários de saúde como fundamentais para reduzir as desigualdades entre países, em relação à saúde e, por esse meio, atingir o objetivo ambicioso, mas não impossível, de 'Saúde para Todos' até 2000 (BRASIL, 2002).

Segundo Mendes (2004), essa conferência produziu o consenso de que a Atenção Primária à Saúde (APS) demonstra a necessidade de estabelecer um pacto mundial para a efetivação de um nível de saúde que permita à população do mundo levar uma vida social e economicamente ativa, e alcançou destaque especial na

²² A Declaração de Alma-Ata reafirma enfaticamente que a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Cuidados primários de saúde englobam no mínimo oito elementos: educação em saúde, nutrição adequada, cuidados de saúde para a mãe e a criança, saneamento básico e água limpa, controle das principais doenças infecciosas por meio de imunização, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento de doenças e lesões comuns, e provimento de medicamentos essenciais (BRASIL, 2002).

Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), com a promulgação da Carta de Ottawa²³.

Em 1979, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) expandiu-se para todo o Brasil. Foi um período de abertura política e começou-se a discutir publicamente uma proposta de reorientação do sistema de saúde para contrapor o modelo hospitalocêntrico, e o CEBES foi ator fundamental nesse processo. Em 1980, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) incorporou o ideário do PIASS como componente rural e avançou no tocante ao financiamento.

Scorel (2008) assinala que a 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Março de 1980, no governo de João Batista Figueiredo, teve como tema central 'Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos'. Embora o temário contemplasse assuntos como articulação intersetorial, recursos humanos, financiamento, participação comunitária e outros, o eixo dos debates foi a formulação e implantação do Prev-Saúde, que propunha a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde à população, com a criação de uma rede básica de saúde de cobertura universal.

Também foi objeto de discussão uma proposta do então Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) de se criar um seguro-saúde, uma contribuição previdenciária adicional destinada a financiar a instituição (CONASS, 2009).

Segundo Batich (2004), o estabelecimento de diretrizes mais amplas para a proteção social, na sociedade brasileira,

(...) ocorreu na década de 80, graças ao término do regime ditatorial em 1984, tornando possível a abertura do Congresso Nacional e a elaboração

²³ A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em Novembro de 1986, foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vinha ocorrendo em todo o mundo. As discussões focalizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo. As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre 'Saúde Para Todos' e o debate ocorrido na Assembleia Mundial da Saúde sobre as ações intersectoriais necessárias para o setor (BRASIL, 2002).

de nova Constituição para o país, em 1988, pautada por princípios de cidadania, segundo os quais todo cidadão tem garantidos direitos de bem-estar social e segurança, independentemente de qualquer mérito. Assim, por determinação constitucional, a assistência social, pela primeira vez na história, passou a ser reconhecida como um direito da cidadania e os serviços de saúde, que antes se destinavam especialmente a quem estivesse no mercado formal de trabalho, foram estendidos para toda a população. Na área da previdência, os trabalhadores rurais passaram a ter o mesmo tratamento concedido aos urbanos, independentemente de terem contribuído para o sistema, estabelecendo-se ainda o salário mínimo como piso dos benefícios, previdenciário e assistencial. Os constituintes consideravam a previdência, ao lado da saúde e assistência, um conjunto integrado, e colocaram as três áreas em um mesmo capítulo da Carta Magna, denominado da Seguridade Social. E ainda, para garantirem a execução do aparato de proteção social instituído, estabeleceram novos dispositivos constitucionais, os recursos do orçamento, que em conjunto deveriam financiar a seguridade social, a saber: as contribuições de empregados e empregadores; o faturamento e o lucro líquido das empresas; e a receita de concursos e prognósticos. Destaca-se, porém, que o artigo 195 da Constituição, que estabelece estes recursos orçamentários para a seguridade social, determina ainda que ela será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BATICH, 2004, p. 36).

A 7ª CNS, última das realizadas durante o regime militar, já anunciava a necessidade de mudanças tanto no sistema de saúde, quanto nas conferências de saúde, que só viriam a se concretizar após o início do processo de redemocratização do país. O sistema de saúde centralizado, fragmentado institucionalmente, com permanente descontinuidade administrativa, verticalizado e excludente, consolidado nas décadas anteriores, não respondia às necessidades expressas por amplos setores da sociedade, e o processo decisório no espaço governamental era fortemente contestado pelo movimento social que se organizava em torno do setor (CONASS, 2009).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, no período da Nova República, marca o momento das mudanças, ao ampliar o espectro de atores envolvidos e explicitar em seu relatório as diretrizes para a reorganização do sistema (CONASS, 2009).

As recomendações da 8ª CNS ratificaram as teses do CEBES e da ABRASCO acerca: da saúde de cada indivíduo como sendo de interesse coletivo; do dever do Estado na saúde, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais; da extensão do direito à saúde; e do acesso igualitário às ações e

serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade (CNRS, 1987). A 8ª CNS reiterou a necessidade de mudança no padrão histórico da ação governamental na saúde pela descentralização dos serviços para os governos subnacionais (CONASS, 2009).

Em relação ao financiamento do novo Sistema Único de Saúde (SUS), a 8ª CNS propôs a destinação para o setor "de um percentual mínimo sobre as receitas públicas" ou através "de um percentual mínimo de 15% sobre as receitas públicas" (RESOLUÇÃO 1-2, TEMA 3, CNRS, 1987, p. 24). A 8ª CNS defendeu o veto aos subsídios diretos, aos planos privados de assistência à saúde, por meio da revisão da dedução do imposto de renda das pessoas físicas, e eliminação das deduções das empresas com assistência médica (CRNS, 1987).

O documento da 8ª CNS, ratificado pelas lideranças políticas democratizantes, defendia a reorganização do Ministério da Saúde como a instância coordenadora do setor; o deslocamento do centro das decisões financeiras para os governos da federação; a democratização decisória pela criação dos Conselhos Deliberativos nos governos da federação, com participação de trabalhadores, empregadores, profissionais de saúde e governo; e o aumento da participação dos impostos no financiamento da saúde até alcançar o gasto de 8% do Produto Interno Bruto (PIB), em 1990 (BRASIL, 2007).

Alguns dos itens de agenda mais distributivos formulados pela 8ª CNS já eram, sem dúvida, amplamente aceitos pelas lideranças políticas vitoriosas pela ascensão da Nova República. Cabe lembrar que, em 1985, já na Nova República (1985-1990), assumiu a presidência do INAMPS um dos mais representativos intelectuais médicos do campo sanitário: Hésio Cordeiro. Nesse ambiente, foi criado por decreto o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como continuação das Ações Integradas de Saúde (AIS), visando fortalecer especialmente o papel dos governos estaduais no arranjo federativo do sistema público que se esboçava.

A força mobilizadora da 8ª CNS influenciou a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), de natureza consultiva e com atribuições de formular sugestões para o reordenamento institucional e jurídico do sistema de

saúde. A CNRS funcionou de Agosto de 1986 a Maio de 1987. Dedicou-se ao aprofundamento do Relatório Final da 8ª CNS, à sistematização de propostas e à articulação nacional do movimento sanitário, com atenção para o poder legislativo e o processo constituinte (BRASIL, 2006).

O capítulo da saúde da Constituição Federal de 1988 e as leis e portarias complementares que o seguiram ratificariam, essencialmente, a engenharia organizacional decorrente da proposição da comunidade política dos sanitaristas. A Carta de 1988 abriga até os dias atuais a ideia da saúde como direito de acesso universal e igualitário por meio de ações de promoção, proteção e recuperação. Do ponto de vista da organização sistêmica, o Art. 199 da Carta Magna abrigou a proposta da formação de um sistema único descentralizado, integral e com participação social (BRASIL, 1988).

Os incentivos institucionais para um processo decisório ampliado e participativo também foram reconhecidos ao se formalizar que o SUS contemplaria, em cada esfera de governo, a Conferência e o Conselho de Saúde (BRASIL, 1993). Os Conselhos de Saúde funcionariam de maneira permanente e com caráter deliberativo, sendo compostos pelos governos, prestadores de serviços, profissionais e usuários. Eles atuariam no controle da implantação da política de saúde na instância correspondente e suas decisões seriam homologadas pelo chefe do Poder Executivo legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1993). A legislação que instituiu o Conselho Nacional de Saúde – CNS (Decreto nº 99.438/1990) deu-lhe competência para 'atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Nacional de Saúde', em nível Federal (BRASIL, 1990).

Em 1983 foi implantado o programa de atenção médica para áreas urbanas, denominado Ações Integradas de Saúde (AIS), uma cogestão entre INAMPS e as Secretarias de Estado da Saúde (SES), convertendo-se em uma estratégia de reorganização do sistema de saúde.

Apesar das iniciativas governamentais, as AIS eram insuficientes para enfrentar os determinantes da crise do setor da saúde, que se expressava pela baixa eficácia da assistência médica, pelos altos custos do modelo médico-

hospitalar e pela baixa cobertura dos serviços de saúde, em função das necessidades da população (PAIM, 2009).

O campo da política de saúde era entendido como um dos mais expressivos indicadores da forma como o Estado autoritário ocupava-se com a vida das pessoas. Como consequência do modelo de Estado burocrático autoritário, Amarante; Rizzoto; Costa (2015) destacam que,

(...) a área da saúde era marcada por um modelo especialmente centrado na doença (...) assistencialista, especialístico, hospitalocêntrico e curativista. Tais características eram acentuadas pelas distorções oriundas do regime, fundamentalmente em decorrência da privatização do sistema previdenciário e do modelo de atenção instituído. O regime se fazia presente muito fortemente no âmbito das políticas de saúde, com um processo jamais visto de privatização, particularmente após o uso dos recursos do Fundo de Apoio Social (FAS-CEF) para a construção subsidiada de hospitais privados a serem conveniados pela Previdência Social e do Plano de Pronto Ação (PPA) (AMARANTE; RIZZOTO; COSTA, 2015, p. 2.025).

No Brasil, durante a segunda metade da década de 1970, na trilha dos movimentos políticos pela volta ao regime democrático, despontou uma inquietação social visando à viabilidade legal e pública da luta política em âmbito nacional, por transformação das práticas sociais e políticas de saúde: tratava-se do Movimento de Reforma Sanitária - MRS (ESCOREL, 1998; GERSCHMAN, 2004; PAIM, 2008). A Reforma Sanitária Brasileira (RBS) é definida por Sarah Escorel (1998) como um movimento de pessoas e grupos rumo à conquista de um projeto maior de democracia e, em nível setorial, de transformação da política de saúde.

Esse movimento possuía quatro postulados principais: democratização da saúde, que implicava elevar a consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes; reconhecimento do direito à saúde, que garantisse o acesso universal e igualitário ao sistema; participação social no processo de formulação e implementação de políticas; e comprometimento integral do Estado com a saúde (PAIM, 2008).

Naquela época, as políticas públicas na área da saúde dividiam-se entre a assistência destinada aos segurados da previdência social e a saúde pública, sob a

responsabilidade do Ministério da Saúde²⁴. No comando da previdência estava a aliança entre interesses privados e a burocracia estatal e, a partir dessa aliança, ocorria naquela ocasião uma crescente privatização dos serviços médicos. Tal conjuntura criou um panorama de crise institucional e contribuiu para fomentar um movimento que teria como carro-chefe a defesa da responsabilização do Estado pela prestação dos serviços de saúde (SCOREL, 1998). No cenário de tal movimento, um número expressivo de entidades surgiu para discutir mudanças no quadro sanitário do país, dentre as quais, o CEBES.

Essa mudança começou no final dos anos 1960 e início dos 1970 – o período mais repressivo do autoritarismo no Brasil – quando se formou a base teórica e ideológica do pensamento médico-social, também chamado de abordagem marxista da saúde e teoria social da medicina. Nessa época, os movimentos sociais combateram a ditadura enquanto defendiam a democratização da saúde como parte da democratização da vida social. De um lado, o movimento sanitário engendrava a *ideia*, a *proposta* e o *projeto* da Reforma Sanitária Brasileira e, de outro, construía um novo campo científico e âmbito de práticas: a Saúde Coletiva (PAIM, 2008).

No Brasil, duas teses são consideradas um marco divisor de águas, dando início à teoria social da medicina: 'O dilema preventivista', de Sérgio Arouca²⁵, e 'Medicina e Sociedade', de Cecília Donnangelo, ambas de 1975. A partir daí, pode-se dizer que foi fundada uma teoria médico-social para a análise de como as coisas se processavam no campo da saúde no país.

Bravo (2006) enfatiza que a saúde, no final dos anos 1970, passou a assumir uma dimensão política vinculada à democracia. Entraram em cena diversos atores: estudantes, professores universitários, trabalhadores da saúde, sindicatos médicos e médicos residentes. Estes defendiam questões como: a melhoria da situação da saúde; o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário,

²⁴ Em 1953 o Ministério da Saúde incorporou os serviços de combate às endemias, e já em 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais. Mais tarde, todos esses órgãos se transformaram em Fundação SESP, SUCAM e FUNASA.

²⁵ O sanitarista Sérgio Arouca foi um dos principais teóricos e líderes do chamado 'Movimento Sanitarista', que mudou o tratamento da saúde pública no Brasil. A consagração do movimento veio com a Constituição Federal de 1988, quando a saúde se tornou um direito inalienável de todos os cidadãos: "A saúde é direito de todos e dever do Estado" (AROUCA, Conferência de Abertura da 8ª CNS, 1986).

postulando a democratização da saúde em um período de luta contra a ditadura e tendo o CEBES como mecanismo de difusão e ampliação do debate; partidos políticos de oposição; a igreja progressista e os movimentos sociais urbanos.

Desde os anos 1970, o MRS tem afirmado que a pobreza e a desigualdade social são obstáculos a uma boa situação de saúde. Por isso, hoje, como antes, é preciso articular um projeto nacional de desenvolvimento que seja promotor da saúde em suas dimensões individual e coletiva.

Paim (2009) aponta que a RBS surgiu no âmago do movimento maior que se ampliava em todos os segmentos da sociedade, o das lutas pelas liberdades democráticas contra a ditadura. Sua origem se tornou possível pela aproximação dos debates do campo da saúde e das ciências sociais com forte influência das teorias marxistas. Para Paim (2008), o SUS corresponde a

(...) uma reforma setorial cuja origem não se encontra no Estado nem em governos, mas sim no interior da sociedade civil, a partir de movimentos sociais que combateram o autoritarismo desde os anos 1970, defendendo a democratização da saúde. Assim, uma das bandeiras de luta era: saúde é democracia, democracia é saúde (PAIM, 2008, p. 626).

A segunda metade da década de 1980 viu despontar um Brasil diferente. Um país com uma população destemida, que ia às ruas reivindicar seus direitos e ocupar o espaço que há 20 anos lhe era negado. A ditadura, desmoralizada, ainda mostrava sua força, mas já não tinha mais como conter o movimento pela redemocratização, que assolava todo o território verde-amarelo e mobilizava milhões de brasileiros nas ruas, nas praças, nas universidades, nos sindicatos, nas igrejas e onde quer que houvesse alguma pessoa disposta a contribuir com a derrota daquele regime. Os políticos de oposição ganhavam voz e mais cadeiras no Congresso Nacional.

No período de 1983 a 1993 foi possível identificar três movimentos com repercussões importantes na configuração do setor da saúde: Ações Integradas de Saúde (AIS - 1983 a 1987), Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - (SUDS - 1988 a 1989) e o Sistema Único de Saúde (SUS - a partir de 1990).

De acordo com Paim (1986), foram assumidos nesse momento histórico o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (Plano do CONASP) e as Ações Integradas de Saúde (AIS) que, com a redemocratização, foram transformadas nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS).

Para o autor, eram dez os motivos para se apostar nas AIS: princípios e objetivos consistentes com os do movimento de democratização da saúde; planejamento e administração descentralizados; instâncias deliberativas permeáveis à negociação política; possibilidade concreta de participação popular organizada; percurso para o estabelecimento do SUS; respeito ao princípio federativo; respaldo de forças sociais atuantes no setor; perspectiva mais concreta de viabilidade; incorporação do planejamento à prática institucional; responsabilidade das universidades na formulação; e implementação de políticas de saúde.

O documento *Pelo Direito Universal à Saúde* foi uma segunda demonstração da força da análise política dos sanitaristas na transição democrática (ABRASCO, 1985). O documento ratificava a defesa da "inclusão da saúde no Constituição do Brasil como um dos elementos básicos de afirmação da cidadania do povo brasileiro, situando-a como direito a ser resguardado pelo Estado" (ABRASCO, 1985, p. 7).

Segundo a ABRASCO, a reorganização do sistema de saúde brasileiro teria como base: a universalização e equalização do atendimento à saúde; a descentralização da gestão na gestão dos serviços; a integração institucional entre os vários órgãos e entre os vários níveis de atenção; as novas relações entre os serviços públicos e privados; a definição de uma política de recursos humanos e de ciência e tecnologia; e o desenvolvimento de formas de participação de profissionais e usuários nos serviços de saúde (ABRASCO, 1985).

Falleti (2009) afirma que, tanto na 8ª CNS, realizada em 1986, como durante o processo Constituinte, os sanitaristas já chegaram com agenda própria. Cohn & Elias (2003) destacam que,

(...) *When the National Congress elaborated the country's new constitution in 1988, it was the health sector that presented the most complete proposal both in terms of governing principles and in the organization of the system*²⁶ (COHN; ELIAS, 2003, p. 45).

Quatro anos antes da 8ª CNS puderam ser identificadas duas ideias centrais da proposta da Reforma Sanitária: o direito à saúde (conquistado e não como dádiva), e a participação da comunidade na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (população organizada, profissionais e trabalhadores de saúde). Ao mesmo tempo, o complexo médico-empresarial era apontado como um possível obstáculo para a redefinição das políticas de saúde, e a planificação autoritária e tecnocrática era criticada. A ABRASCO destacava que o quadro de saúde da população brasileira e dos seus determinantes não era levado em conta no plano, negligenciando questões relevantes radicadas no próprio modelo de desenvolvimento.

Conforme Arouca (1986), quando a ditadura chegou ao seu esgotamento, o movimento já tinha propostas consolidadas. Assim, esse movimento conseguiu se articular em um documento chamado *Saúde e Democracia*, que foi enviado para a aprovação do Legislativo. Uma das questões mais importantes, segundo Arouca, era transferir o INAMPS para o MS.

O estudo da RSB permite aprofundar a análise de seus fundamentos e características, apontando suas especificidades, quase como um caso exemplar. Inicialmente, podem ser destacados dois elementos para a análise: *ideia* e *movimento*. A *ideia* da Reforma Sanitária apareceu como resposta à crise da saúde durante a ditadura brasileira e como referente cultural resultante da leitura de experiências de outros países, a exemplo da Itália (BERLINGUER, TEIXEIRA & CAMPOS, 1988). Outros três elementos poderiam ser considerados, compondo um ciclo para a análise de RSB: *proposta*, *projeto* e *processo*. Com efeito, um movimento de ideias (movimento ideológico), transformando-se em movimento social (GOHN, 2004) poderia sustentar uma *proposta*, um *projeto* e um *processo*

²⁶ Quando o Congresso Nacional elaborou a nova constituição do país em 1988, foi o setor de saúde que apresentou a proposta mais completa tanto em termos de princípios governamentais quanto na organização do sistema. (N do T).

(PAIM, 2008) que, ao incidir sobre as relações de poder, transformar-se-ia num *movimento* político. Este tem sido o percurso da Reforma Sanitária Brasileira.

De acordo com Arouca (1986), a 8ª CNS foi estruturada sobre três eixos básicos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde, e financiamento do setor de saúde. A conferência foi um marco histórico de mobilização na área, reafirmando o princípio de participação e controle social na direção da democratização do Estado. Foi a primeira CNS com ampla participação da sociedade civil e contando com o protagonismo dos profissionais de saúde, trabalhadores e setores populares, e reuniu mais de quatro mil pessoas, das quais 50% eram usuárias da saúde. A partir da conferência, surgiu o movimento pela emenda popular, a primeira emenda constitucional que nasceu de movimento social. Esse é considerado o maior sucesso da RBS. As propostas aí engendradas são constitucionalizadas em 1988, com a conquista do direito à saúde.

Destaca-se que a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi aberta numa segunda-feira, 17 de Março de 1986, pelo Presidente José Sarney, que assumira a Presidência da República em definitivo depois da morte de Tancredo Neves. Em seu discurso para uma plateia que lotara o Ginásio de Esportes de Brasília, Sarney afirmou que a Conferência representava a 'pré-Constituinte da Saúde'. Arouca, feliz com a grande representatividade obtida pela Oitava, disse que aquele era 'o evento mais significativo em termos de debate da política de saúde já acontecido na história do país' (ANAIS - 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1987).

A 8ª CNS realizada já no período da Nova República, marcou o momento em que as mudanças ganharam contornos claros, ao ampliar o espectro de atores envolvidos e explicitar em seu relatório as diretrizes para a reorganização do sistema de saúde, e teve sua Comissão Organizadora presidida por Sergio Arouca, uma das principais lideranças do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Bravo (1996) relata que durante cinco dias, com o tema 'Democracia e Saúde', quase cinco mil pessoas, entre delegados e observadores, discutiram os rumos da saúde no país, em 98 grupos de trabalho, a partir dos seguintes eixos temáticos: 'Saúde como dever do Estado e direito do cidadão', 'Reformulação do Sistema Nacional de Saúde' e 'Financiamento Setorial'. Foi o momento de

sedimentação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, como expresso no seu relatório final. Um dos grandes momentos da 'Oitava' foi o consenso obtido em torno da criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que depois se transformaria no SUS. A interdependência entre política social e econômica e a conceituação dos serviços de saúde como públicos e fundamentais para a população foram outras importantes definições feitas pela CNS.

Toda esta movimentação fortaleceu o setor público, em oposição ao modelo de privilégio do setor privado - implantado no período da ditadura do grande capital (1964 a 1974) - bem como a politização da saúde, com o objetivo de aprofundar a consciência sanitária.

A proposta da Reforma Sanitária, referendada pela população e por técnicos gestores, foi entregue aos constituintes que absorveram grande parte das teses, ao definir a Ordem Social e, dentro dela, a Seguridade Social (CARVALHO, 2013).

Sendo assim, o relatório da 8ª CNS explicitou as diretrizes para a reorganização do sistema, e estabeleceu que a mesma deveria:

(...) resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional, separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária (RESOLUÇÃO 1, TEMA 2, CNRS, 1997, p. 17).

Os princípios que deveriam orientar a organização e operação do novo sistema foram detalhados:

(...) O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios: a) referente à organização dos serviços: descentralização na gestão dos serviços; integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo; unidade na condução das políticas setoriais; regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; participação da população (...); fortalecimento do papel do município; introdução de práticas alternativas de assistência (...) b) atinentes às condições de acesso e qualidade: universalização em relação à cobertura populacional, a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas; equidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção; atendimento oportuno segundo as necessidades; respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com a sua função pública; atendimento de

qualidade compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e com recursos disponíveis; direito de acompanhamento a doentes internados, especialmente crianças; direito à assistência psicológica (RESOLUÇÃO 3, TEMA 2, CNRS, 1997, p. 17).

De acordo com Paim e Teixeira (2007), os pressupostos da RSB não se confundiam com as reformas setoriais difundidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pelo Banco Mundial (BM), desde a década de 1980. Outro aspecto destacado é que a RSB não se reduzia ao SUS, ainda que este representasse algumas das suas dimensões setorial, institucional e administrativa. Arouca (1988) concebe a RSB como uma Reforma Social que articula proposições de mudanças sob diversas dimensões, concepção que mobilizou um bloco de forças políticas no âmbito do movimento sanitário. De acordo com Paim (2008), é a partir dessas proposições que se pode analisar a proposta de RSB em momentos distintos: *ideia-proposta-projeto-movimento-processo*.

O projeto de RSB, na década de 1980, foi formulado com base nos princípios da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. Preconizou, também, acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, com ênfase na "descentralização, com direção única em cada esfera de governo, no atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e na participação da comunidade" na gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2011, p. 7).

Apesar de a RSB ser ainda referência para intelectuais, militantes e sujeitos políticos coletivos, a exemplo do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira e da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), cada qual tem, hoje, uma visão distinta dos projetos. Pode-se também identificar mudanças no referencial teórico que fundamentou a RSB da década de 1980, que consistia no marxismo, principalmente através de Antonio Gramsci e seus seguidores. Os intelectuais da RSB adotaram outras influências teóricas. O marxismo tornou-se apenas uma das múltiplas teorias críticas politicamente comprometidas com a mudança social, abrindo caminhos para outras correntes do pensamento que têm em comum o fato de salientarem aspectos voltados para a autonomia da ação do sujeito, da ética e da

intersubjetividade comunicativa. Jürgen Habermas, Boaventura de Sousa Santos e Anthony Giddens despontam como autores importantes (BRAVO; MENEZES, 2011).

Na obra *A Condição Pós-Moderna*, David Harvey apresenta o percurso de passagem da modernidade para a pós-modernidade a partir da substituição do modelo fordista pelo da acumulação flexível, e da ética pela estética, destacando as transformações na compreensão dos conceitos de espaço e tempo como a base de todas as demais alterações.

Centrado nas relações tempo-espaço como expressão direta dos tempos, Harvey (2014) considera pertinente à modernidade a vigência de certo 'perspectivismo iluminista', caracterizado por um indivíduo que vê e representa o mundo a partir do humano, distanciando-se, com isso, dos padrões da mitologia e da religião.

(...) o pensamento iluminista operou nos limites de uma visão 'newtoniana' bem mecânica do universo, em que os absolutos presumidos do tempo e do espaço homogêneo formavam continentes limitadores do pensamento e da ação. O colapso desses conceitos absolutos sob o peso da compreensão do tempo-espaço foi a história central do nascimento das formas de modernismo do século XIX e do começo do nosso século (HARVEY, 2014, p. 229).

O autor permitiu identificar os processos de ruptura que precedem o advento da pós-modernidade, isto é, da substituição do modelo fordista pela acumulação flexível, com o fim das formulações totalizadoras, o apogeu da sensibilidade e do desejo contraposto à objetividade, o reino do efêmero, do acidental e do volátil e, por fim, a compressão do tempo-espaço.

Observa-se que o conceito de compressão constitui-se como base das demais transformações. É a aceleração do tempo e a fragmentação do espaço que levam tanto à substituição de um dado modelo, quanto ao reinado da efemeridade. Harvey (2014) considera ser essa compressão responsável pelas mudanças que aconteceram na passagem da Idade Média à Modernidade, expressas no tempo e espaço infinitos, por um lado, e na representação do humano, por outro. Isto quer

dizer que tanto a modernidade quanto a pós-modernidade são marcadas pelos processos de compressão do tempo-espaço.

Na vertente harveyana, as duas últimas décadas marcaram uma fase de intensificação da compressão do tempo-espaço, cujo impacto, considerado pelo autor como desorientado e disruptivo, atinge as práticas político-econômicas, o equilíbrio do poder de classe e a vida social e cultural como um todo. Como espécie de marco do modelo de produção, o autor apresenta a transição do fordismo²⁷ para a acumulação flexível²⁸ através da implantação de outras formas de organização e de novas tecnologias de produção. Invertendo o processo fordista de integração vertical, a desintegração dele, mediante subcontratações e transferências de sede, entre outros, gerou um novo curso na produção. Acrescenta-se a isso o sistema *just-in-time*, redutor dos estoques, uma vez que produz pequenos lotes associados a novas tecnologias de controle eletrônico.

Com relação aos trabalhadores, os mesmos tiveram seus processos de trabalho intensificados e a crescente desqualificação/requalificação para se adaptarem às exigências do mercado. Convém mencionar que, se a produção acelera, paralelamente há uma aceleração na troca e no consumo. Tudo isso como resultante da compressão espaço-tempo em sua nova fase ou giro.

No início deste século, a ideologia do social-liberalismo passou a ser incorporada nas propostas dos sujeitos políticos coletivos do movimento sanitário, principalmente a partir do segundo mandato do governo Lula. Diante de tal

²⁷ Padrão produtivo capitalista desenvolvido ao longo do século XX e que se fundamentou basicamente na produção em massa, em unidades produtivas concentradas e verticalizadas, com um controle rígido dos tempos e dos movimentos, com um proletariado coletivo, sob forte despotismo e controle fabril. Isso seu deu por meio de uma forma rígida de organização da produção e intervenção do Estado na vida econômica, surgida nos anos 30, após a chamada Grande Depressão e prosseguiu depois da Segunda Guerra Mundial. Suas principais raízes encontram-se nos Estados Unidos. O modelo começou a entrar em crise nos anos 70 e foi substituído pela chamada acumulação flexível, ou seja, a descentralização da economia (ANTUNES, Ricardo e SIMIONATTO, Ivete, p. 19 e p. 82 In: Módulo 1: Crise contemporânea, questão social e Serviço Social. Brasília: CEAD, 1999).

²⁸ A acumulação flexível é marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. Envolve rápidas mudanças dos padrões de desenvolvimento desigual, tanto em setores com regiões geográficas, criando, por exemplo, um vasto movimento no emprego no chamado "setor de serviços" (HARVEY, 2014, p. 140).

conjuntura e das correlações de forças e de disputas ideopolíticas, há uma inflexão significativa no projeto de RSB, corroborada por uma série de ações e concepções ideopolíticas, mencionadas a seguir.

Os intelectuais incorporaram teses contemporâneas como a Terceira Via²⁹ e os paradigmas da pós-modernidade (NEVES, 2010). O governo Lula aderiu ao projeto neodesenvolvimentista, culminando no transformismo do PT, o que acarretou no apassivamento das classes trabalhadoras (MOTA, 2012). Foi nesse contexto que o Banco Mundial (BM) elaborou, em 2007, um documento que trata dos desafios do SUS e da efetivação da Reforma Sanitária como questão de governança e equilíbrio dos gastos em saúde, com ênfase no gerencialismo e nos novos modelos de gestão.

O SUS foi criado em terreno adverso à proposta original de universalidade e equidade, pois o projeto econômico neoliberal, consolidado nos anos 1990 no Brasil, confronta diretamente os princípios da Reforma Sanitária.

O projeto privatista da saúde é pautado na política de ajuste neoliberal, na contenção dos gastos públicos e na isenção da participação popular na construção de uma política democrática. O discurso neoliberal aposta na competitividade e no triunfo do individualismo, cabendo ao Estado garantir o mínimo para atender às comunidades mais vulneráveis.

As novas condições desafiam a consolidação do SUS. Segundo Bravo (2004), identificam-se, já na década de 1990, dois projetos em disputa nesta área: o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista. O projeto do grande capital, defendido por agências internacionais, apoia o processo de privatização e a constituição do cidadão consumidor. Contudo, o projeto da Reforma Sanitária defende os princípios do SUS como a universalidade, a integralidade e a participação social.

²⁹ Neste refinamento teórico e prático, que chamamos de Terceira Via, são mantidos os fundamentos do capitalismo neoliberal, acrescidos de medidas paliativas para minorar as condições miseráveis de vida de grande parte da população mundial e, ao mesmo tempo, garantir a 'paz social'. No neoliberalismo da Terceira Via reestruturam-se as relações de poder, a concertação social se estabelece como prática política majoritária em que o bloco histórico hegemônico cede às pressões sociais fragmentárias, para manter intactas as bases do projeto hegemônico no seu todo (NEVES, 2010).

O projeto da saúde vinculado ao mercado e à privatização impõe ao Estado a garantia de efetivar apenas ações mínimas na saúde, com caráter focalizado para atender o cidadão que não pode pagar pelo serviço. Essa proposta visa o estímulo à privatização da saúde, fortalecendo um sistema para os consumidores e deixando o SUS restrito apenas aos cidadãos pobres, por meio de programas precários e focalizados.

O projeto de RSB que foi debatido e disputado nos anos 1980 está expresso no Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o qual afirma que:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população nas suas lutas cotidianas (BRASIL, 1986, p. 3).

Esse relatório serviu como subsídio para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal - 'Da Saúde'. A partir da promulgação da Constituição, em 1988, a saúde ganhou rumos diferentes com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e a instituição das Conferências e dos Conselhos de Saúde, instâncias de Controle Social.

Arouca (1986) pondera que no Brasil de 1986 a tônica era a saúde. Conhecida afetuosamente pelos militantes da Reforma Sanitária pela alcunha de 'Oitava', aquela conferência reuniu em Brasília (DF) mais de quatro mil delegados de todas as regiões e classes sociais, em jornadas que avançavam pela madrugada e chegavam a se prolongar por até 14 horas. O que meses antes parecia mais uma das 'loucuras' – é assim que os mortais comuns veem as ideias dos idealistas – de Arouca, se tornara realidade: a CNS conseguia pela primeira vez em quase 45 anos de história ser verdadeiramente popular.

Essa conferência, para Arouca (1986), foi a primeira que teve como dinâmica principal a ampla participação popular, reforçando um processo de conscientização nacional que desaguou na Comissão da Saúde na Constituinte. E foi o produto desse movimento que cunhou, no setor Saúde, o princípio da cidadania que está nos artigos 196, 197, 198, 199 e 200 da CF/88.

Entre os resultados do movimento pela Reforma Sanitária, o sanitarista cita: a conquista da universalização na saúde (o princípio constitucional que estabelece que todo brasileiro tem direito à saúde), definindo com clareza o dever do Estado e a função complementar da saúde privada; a ideia de que a saúde deve ser planejada com base nas conferências; a formalização dos Conselhos de Saúde como parte do SUS, tendo 50% de usuários; e a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que transformou o texto da Constituinte na Lei nº 8080/90 (ANAIS - 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1987).

2.2. A Constituição de 1988 e a emergência do SUS

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representaram, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal de 1988 introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapazes de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (BRAVO, 1996).

Em 1988 foi aprovada a 'Constituição Cidadã', que estabelece a saúde como 'Direito de todos e dever do Estado' e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: que as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento, um dever do Estado; que a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; que estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada. Estabelece, ainda, que o custeio do sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, Estados e Municípios, e que as ações governamentais devem ser submetidas a órgãos colegiados oficiais - os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços.

E não apenas a saúde é reconhecida como direito de cidadania. Em seu art.194, a Constituição define os princípios fundamentais sobre os quais se

assentará o sistema de Seguridade Social, que inclui as ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988).

Bravo (2009) afirma que, diante dessa conjuntura, existe a tensão entre o projeto de Reforma Sanitária, incorporado à Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde voltado ao mercado e aos interesses privatistas. Percebe-se que as políticas sociais têm sido subordinadas ao capital financeiro, diminuindo assim os direitos sociais, ao passo que os espaços de mercado se ampliam.

De acordo com Netto (1990) existiram no Brasil, nos anos 1980, em conexão com a dinâmica sociopolítica e econômica internacional, dois grandes projetos societários antagônicos: o da sociedade articulada sobre uma democracia restrita que diminui os direitos sociais e políticos, e o de uma sociedade fundada na democracia de massas com ampla participação social, conjugando as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organização de base, salientando-se os sindicatos, as comissões de fábrica, as organizações profissionais e de bairros, os movimentos sociais urbanos e rurais. Esses dois grandes projetos societários tiveram repercussões nas diversas áreas das políticas sociais. Na saúde, destacam-se o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista.

O Projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 1980, tem como uma de suas estratégias o SUS, e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. A RS tem como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado Democrático de Direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde.

Como aspectos significativos destacam-se: a democratização do acesso; a universalização das ações; a descentralização; e a melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações. Sua premissa básica consiste na saúde como direito de todos e dever do Estado (BRAVO, 1996).

Já o projeto privatista, por sua vez, está pautado na política de ajuste neoliberal e tem como principais tendências a contenção de gastos com a racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização. De acordo com Bravo (2006):

A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (BRAVO, 2006, p. 79).

Como enfatizado anteriormente, a atual conformação do sistema público de saúde, universal, íntegro e gratuito, começou a ser construída com o processo de redemocratização do país e, antes de sua criação, pela Constituição Federal de 1988. O evento mais marcante dessa construção foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

Luchesse (1996) ressalta que o Movimento da Reforma Sanitária, contrário ao modelo de saúde considerado desestatizante, hospitalocêntrico e centralizador, surge nos anos de 1980, congregando acadêmicos ligados à Saúde Pública, profissionais da saúde e setores da sociedade. A Constituição Federal incorpora sua visão de saúde como direito social e dever do Estado, definindo as principais características do SUS: universalidade; gratuidade; integralidade; organização descentralizada com direção única em cada esfera de governo; prioridade das atividades preventivas e sem prejuízo das atividades de assistência; participação da comunidade; financiamento público das três esferas de governo; e participação da iniciativa lucrativa e filantrópica de modo auxiliar.

A regulação infraconstitucional do SUS, objeto de intensa discussão, se completou em 1990, com a edição de duas leis. A Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A primeira lei orgânica do SUS detalha os objetivos e atribuições, os princípios e diretrizes, a organização, direção e gestão, a competência de cada nível (Federal,

Estadual e Municipal), a participação complementar do sistema privado, os recursos humanos, o financiamento e a gestão financeira, o planejamento e orçamento. Logo em seguida, a Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) - e municipais - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Finalmente, estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, mas novas lutas e aprimoramentos ainda seriam necessários (BRASIL, 1990).

Uma das formas de o movimento da RBS superar o insulamento e ampliar a interlocução com outras forças sociais foi avançar no espaço societário, partindo do setorial. Nessa reatualização de agenda, cabe lembrar uma das últimas proposições de Sérgio Arouca:

(É preciso) retomar os princípios da Reforma Sanitária que não se resumiam à criação do SUS. O conceito de saúde/doença está ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura. Por isso, temos que discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente. À Saúde cabe o papel de sensor crítico das políticas econômicas em desenvolvimento. O conceito fundamental é o da intersetorialidade (AROUCA, 2002, p. 19).

Na visão de Menicucci (2009), o Sistema Único de Saúde do Brasil, ao garantir os direitos fundamentais do cidadão previstos na Constituição Federal de 1988, estabelece uma conquista sem precedentes para o país. Desde a sua criação, muitas mudanças têm-se verificado no campo das políticas públicas de saúde³⁰ com resultados importantes, a exemplo da redução da taxa de mortalidade infantil, do aumento da cobertura vacínica, do controle de doenças infecciosas, da implementação de programas considerados exitosos, tais como o de imunização e o de doenças sexualmente transmissíveis, reconhecido internacionalmente, e da

³⁰ Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) foram determinantes para o processo de consolidação da política pública de Assistência Social. Eles foram defendidos pelos múltiplos atores da área de Assistência Social que se mobilizaram, em meados da década de 1990, em torno da aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), e no início da década de 2000, em torno da normatização do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Estratégia Saúde da Família (ESF), como indução para a reorientação do modelo de atenção à saúde.

Todavia, Gondim (2008) relata que, por um lado, a implementação dessas estratégias, agregada ao complexo movimento de reforma política e administrativa no SUS, representou um avanço na tentativa de produzir intervenções mais efetivas. Por outro, reforçou ainda mais o processo de fragmentação das ações de saúde, na medida em que muitas tiveram um cunho de centralização política, acentuando, no campo da promoção e da proteção à saúde, um desperdício do seu extraordinário potencial de atuação.

Nos anos 1990, assistiu-se ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal, gestada pelo capital da 'cultura política da crise' (MOTA, 1995). Essa estratégia buscou a adesão dos trabalhadores para viabilizar a 'contrarreforma' do Estado, ensejando o desmonte dos mecanismos de proteção social e fragilizando a luta dos movimentos sociais por direitos.

A Carta Magna estabeleceu que cabe ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle da assistência à saúde na iniciativa privada (PAIM, 2009). Menicucci (2014) faz uma reflexão sobre o SUS nesse horizonte:

(...) uma das histórias mais fortes na trajetória brasileira no campo das políticas públicas e particularmente das políticas sociais, o SUS foi definido a partir de princípios universalistas e igualitários, (...) embasado na concepção de saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. Essa construção do SUS rompeu com o caráter meritocrático que caracterizava a assistência à saúde no Brasil até a Constituição de 1988, e determinou a incorporação da saúde, como direito, numa ideia de cidadania (...) que considera não apenas o ponto de vista de direitos formais, de direitos políticos (...) mas a ideia de uma democracia substancial, de direitos substantivos. Nesse campo, a saúde teve papel preponderante no ideário de nossa Constituição cidadã (MENICUCCI, 2014, p. 78).

A inovação que ocorreu na década de 1990 foi a promulgação jurídico-institucional das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, concebidas como mecanismos de democratização do poder na perspectiva de estabelecer novas bases de relação Estado/sociedade, por meio da introdução de novos sujeitos políticos, os conselhos.

Esses conselhos foram implementados nos anos 1990, tendo sofrido o impacto da despolitização da sociedade. Na análise de Neves (2008), a despolitização da política cria obstáculos concretos aos projetos societários contestadores das relações capitalistas de produção e limita as possibilidades de mudanças aos marcos de um reformismo político. Para Fontes (2006), a repolitização da sociedade civil tem se dado por meio de ações que contribuem para o apassivamento dos movimentos sociais populares e a valorização da participação popular colaboracionista.

A introdução das ciências humanas neste debate foi essencial para seu redimensionamento. O olhar crítico voltado para diferentes interfaces da experiência humana reporta-nos à retomada do humanismo como um horizonte ético-político. Nesse sentido, insurgem e convergem as atuais propostas de humanização da saúde (DESLANDES; MITRE, 2009).

A partir das contribuições de Foucault, Benevides e Passos (2005), são articuladas noções como governabilidade, Estado e política em torno das problemáticas da atenção e gestão em saúde. Benevides & Passos (2005) destacam a inseparabilidade entre os processos de produção de saúde e a produção de subjetividade. Por esta via, afirmam que a humanização compreende os processos de subjetivação situados na alteração dos modelos de atenção e gestão, nos quais a saúde é tomada como uma experiência de criação de si, de abertura para novos territórios existenciais (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Ainda que timidamente, a humanização se anuncia desde a 11ª Conferência Nacional de Saúde, no ano 2000. Intitulada *Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social*, a 11ª CNS procurava interferir nas agendas das políticas públicas de saúde. O SUS reclamava, à época, a emergência da humanização como componente da plataforma política da saúde. Essa humanização deveria obedecer a princípios metodológicos que indicassem 'certo modo de fazer', uma vez que o 'deve ser' já estava prescrito na base jurídico-legal do sistema de saúde: a saúde no Brasil deveria ser para todos, com equidade no acesso a práticas integrais e com participação cidadã (BRASIL, 2001).

O Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) visava melhorar a qualidade do atendimento hospitalar por meio de ações com ênfase na melhoria da assistência. Concentrava-se, principalmente, nas relações entre usuários e profissionais da área da saúde (BRASIL, 2000).

Vale destacar que, entre os anos 1999 e 2002, além do PNHAH, algumas outras ações e programas foram propostos pelo Ministério da Saúde, voltados para o campo da humanização e contornados pela busca da qualidade na atenção ao usuário. Como ilustração, destacamos: a instauração do procedimento de Carta ao Usuário, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) e o Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde, ambos de 1999; o Programa de Acreditação Hospitalar, de 2001; o Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar, de 2000; dentre outros.

Entretanto, não eram programas articulados entre si, tendo um caráter fragmentado. No ano de 2003, surgiu a Política Nacional de Humanização (PNH) ou HumanizaSUS, instituída pelo MS como política para englobar as iniciativas já existentes, de forma a aproximá-las e potencializá-las. Seriam executadas a partir das experiências do SUS, visando ampliar a discussão sobre o conceito de humanização, tendo como princípio a indissociabilidade entre atenção e gestão.

A formulação e implementação de políticas e estratégias de reforma da atenção hospitalar no SUS são, sem dúvida, um dos maiores, senão o maior desafio da contemporaneidade. Desde então, a humanização avançou também em outras instâncias do SUS, e o que era um programa se transformou, em 2003, em uma política: a Política Nacional de Humanização (PNH).

A PNH foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde. Emerge da convergência de três objetivos centrais: enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e dignidade no cuidado em saúde; redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS; e enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde, que são desfavoráveis tanto para a produção de saúde como para a vida dos trabalhadores.

Uma das principais contribuições da PNH para o SUS foi constituir-se como método para a produção de mudanças nos modos de gerir e de cuidar da saúde. A PNH emerge no SUS como política que tem por objetivo deflagrar movimentos de experimentação no campo das práticas de saúde. Em seu modo de fazer, esta política agencia o cuidado e a gestão em saúde, sendo fundamentada nos seguintes princípios, a partir dos quais se desdobra: transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Segundo Pasche & Passos (2010),

(Incluir) o outro, aquele que não sou eu, que de mim estranha, e que em mim produz estranhamento, provocando tanto o contentamento e a alegria, como mal-estar. A inclusão produz, portanto, a emergência de movimentos ambíguos e contraditórios, os quais devem ser sustentados por práticas de gestão que suportem o convívio da diferença e a partir dela sejam capazes de produzir o comum, que pode ser traduzido como projeto coletivo (PASCHE & PASSOS, 2010, p. 426).

Para Conceição (2009), o tema

(...) humanização está inscrito nas principais pautas de debates da política de saúde no Brasil no contexto atual, sendo incorporado pelo Ministério da Saúde como uma política transversal dentro do sistema, e tendo como uma de suas estratégias a visibilização do "SUS que dá certo" (CONCEIÇÃO, 2009, p. 196).

Ao longo da história do SUS, houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido dos gestores um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado, de um lado, pela dificuldade de se impor normas gerais a um país tão grande e desigual, de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade.

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, com o arsenal de discussões acumulado em torno da regionalização, os gestores do SUS assumiram, em 2006, a responsabilidade pública da construção de um processo de pactuação

de compromissos pela saúde. Esta seria anualmente revisada, assentada nos princípios constitucionais do SUS e com ênfase nas necessidades de saúde da população. Isto implica o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas sob a forma de três pactos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

Em Abril de 2006, com a publicação da Portaria GM/MS nº 699/06, foram regulamentadas as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Instituiu-se também, com a publicação desta Portaria, nova forma de transferência de recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde, em blocos de financiamento (BRASIL, 2006). Estas diretrizes ressaltam a importância da regionalização das ações em saúde e de instrumentos de gestão, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Estas são ferramentas que possibilitam a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde, buscando a melhoria e a qualificação do acesso do usuário do SUS (CONASS, 2006).

O Pacto pela Saúde tem como pressupostos teóricos alguns conceitos relacionados à construção de rede de assistência por linha de cuidado, baseada na economia de escala e escopo, redes e Pacto Federativo (MENDES, 2002; 2007). Essa foi uma estratégia significativa para a gestão do SUS, pela relevância que a diretriz de regionalização assumiu, como compromisso dos gestores dos três entes federados (LAVRAS, 2011).

O Pacto pela Saúde é um instrumento que vai produzir mudanças significativas nas normativas do SUS e tem como "finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas" (CONASS, 2006, p. 34). Está organizado em três dimensões: a primeira é a do Pacto pela Vida, que estabelece metas sanitárias a partir da situação de saúde da população, e de gestão, que deverão ser atingidas pelo SUS. O Pacto pela Vida está estruturado em uma política de resultados, ao trabalhar com a proposição de metas que mostrem a realidade de cada Estado ou Município, respeitando compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados (CONASS, 2006; BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde muda radicalmente a forma de ajuste do SUS, pois rompe com os pactos realizados por meio de normas operacionais (Normas Operacionais Básicas – NOB e Norma de Assistência à Saúde – NOAS), que visavam à operacionalização do sistema, distanciando-se, muitas vezes, de compromissos com resultados efetivos. Agora, fica obrigada a repactuação anual e a gestão por resultados sanitários.

O Pacto pela Vida destacou como prioridades: a saúde do idoso; o controle do câncer de colo de útero e de mama; o fortalecimento da Atenção Básica/Primária, com redução da mortalidade infantil e materna; o fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; e a promoção da saúde (CONASS, 2006).

A segunda dimensão, é o Pacto em Defesa do SUS. Esta dimensão objetiva discutir a questão da saúde pública e da repolitização do SUS, lembrando os princípios doutrinários da Reforma Sanitária e salientando os direitos garantidos na CF/88 (integralidade, equidade e universalidade no SUS). Busca consolidar a política pública de saúde brasileira como política de Estado, mais do que uma política de governos (CONASS, 2006).

O financiamento da saúde passa, então, a ser o tema central da discussão. A prioridade do Pacto em Defesa do SUS é a implementação de um projeto de mobilização social com a finalidade de: a) mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; b) alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional; c) garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde; d) aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas; e e) elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS (CONASS, 2006). A informação é um direito do cidadão e um meio que o indivíduo dispõe para tomar conhecimento e ter poder de determinação acerca da situação que está vivendo (LUNARDI et al., 2005).

Quanto à terceira dimensão, o Pacto de Gestão tem como principal finalidade a busca de maior autonomia dos Estados e dos Municípios, no que tange aos processos normativos do SUS. Ao definir a responsabilidade sanitária de cada esfera de governo, evidenciam-se as atribuições de cada um, contribuindo assim para o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS. As diretrizes para gestão do SUS enfatizam a descentralização, a regionalização, o financiamento, a Programação Pactuada e Integrada (PPI), a regulação, o planejamento, a gestão do trabalho, a educação em saúde e a participação e controle social com a publicação, também, da Portaria GM/MS nº 698/06 (BRASIL, 2006).

Os Pactos pela Saúde implementaram processos de aprendizado e autonomia ao gestor que possibilitaram, no ano de 2011, a publicação de um decreto que regulamenta a Lei nº 8080/90, após 20 anos de publicação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), e que, neste momento, está em fase de implementação.

O Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080/90 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, institui mecanismos de controle mais eficazes e instrumentos para que o MS possa atuar na pactuação e no monitoramento das ações realizadas na rede pública. Uma das mudanças introduzidas pelo decreto é a criação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), que define as atribuições e responsabilidades, inclusive financeiras, dos Municípios, dos Estados e do Governo Federal na prestação de serviços de saúde, o financiamento e as metas para cada ação, dando muito mais autonomia e responsabilidades para cada gestor (BRASIL, 2011). Enfim, o SUS já é uma política mais madura, com seus 26 anos de existência.

O gerencialismo aportou no Brasil, obtendo acolhida institucional na década de 90, através da Emenda Constitucional nº 19, de 1998, sob a égide do governo neoliberal de Fernando Henrique Cardoso. Todavia, a autoria intelectual do gerencialismo pátrio é do então Ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira, à época à frente do Ministério de Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Para compreensão sobre a implantação dos postulados gerenciais no Brasil, necessário se faz voltar os olhos para seu documento principal, a saber, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – PDRAE (BRASIL, 1995).

No Brasil, as Organizações Sociais (OSs) lograram existência com o projeto de Administração Pública Gerencial do governo neoliberal de Fernando Henrique Cardoso. As OSs, assim, estavam presentes no chamado Setor de Atividades Não Exclusivas, caracterizado pela presença concomitante de elementos estatais e privados na busca pelo interesse público. Nesta busca pelo interesse público, tais elementos podem unir-se, de modo a ensejar a criação de novas entidades privadas sem fins lucrativos que poderão ser, posteriormente, qualificadas pelo Estado como Organizações Sociais. Para tanto, a reforma gerencial estabeleceu que tal setor, até então incrustado na propriedade estatal, deveria ser transferido para a propriedade pública não estatal, através de um Programa de Publicização (BRASIL, 1998).

Para o projeto neoliberal, o termo 'reforma' é utilizado para orientar uma série de ações embasadas pela construção de um discurso ideológico que justifica os impactos sobre o Estado, bem como a natureza regressiva e destrutiva das políticas econômicas orientadas pela lógica do capitalismo mundial. Behring (2008) parte da perspectiva que se trata de:

(...) uma apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista, a qual é destituída de seu conteúdo progressista e submetida ao uso pragmático, como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentido, suas consequências sociais e direção sociopolítica (BEHRING, 2008, p. 128).

No contexto neoliberal, merece especial atenção a característica que diz respeito à redução do tamanho do Estado, especificamente no que concerne à desresponsabilização na prestação de inúmeros serviços sociais. Dessa forma, a *publicização* é o movimento em direção ao setor público não estatal, no sentido de responsabilizá-lo pela execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado. As instituições não estatais ganham proeminência tanto na formulação quanto na implementação das políticas públicas, uma vez que o próprio Estado, por meio da *publicização*, incentiva a participação de tais instituições, principalmente na gestão das políticas públicas, a exemplo das OSs. Para Raichelis (2008),

(...) a *publicização* como movimento de sujeitos sociais requer um *locus* para consolidar-se. Este *locus* é a esfera pública, entendida como parte integrante do processo de democratização, por meio do fortalecimento do Estado e da sociedade civil, expressa pela inscrição dos interesses das maiorias nos processos de decisão política (RAICHELIS, 2008, p. 79).

O debate em volta da contrarreforma no campo das políticas sociais se intensifica e se dá com o processo de privatização e com a minimização dos direitos sociais conquistados com a Constituição de 1988, atingindo de forma fulminante os ideais reformistas da saúde.

Na interpretação de Behring (2008), o processo de privatização significa uma profunda desnacionalização do parque industrial de base nacional e o aniquilamento de alguns setores intermediários, sem, em contrapartida, diminuir um real sequer das dívidas externa e interna. "A privatização gera uma dualidade discriminatória entre os que podem e os que não podem pagar pelos serviços, (...) ao mesmo passo em que propicia um nicho lucrativo para o capital" (BEHRING, 2008, p. 251).

Outro aspecto de destaque na reforma do Estado é o Programa de Publicização, que se expressa na criação de agências executivas e das organizações sociais, e mais recentemente na regulamentação do Terceiro Setor (BEHRING, 2008, p. 204).

O modelo de Organizações Sociais (OSs) foi criado por meio da Medida Provisória nº 1.591, de Setembro de 1997, convertida na Lei nº 9.637, de 15 de Maio de 1998. Segundo o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), tem como objetivo permitir a descentralização de atividades no setor de prestação de serviços não-exclusivos, a partir do pressuposto de que esses serviços serão mais eficientemente realizados (BRASIL, 1995). Conforme Barreto (1999):

As organizações sociais são definidas como pessoas jurídicas de direito privado, constituídas sob a forma de fundação ou de sociedade civil sem fins lucrativos, que se habilitam à administração de recursos humanos, instalações e equipamentos pertencentes ao Poder Público e ao recebimento de recursos orçamentários para a prestação de serviços sociais. Para ter direito à dotação orçamentária, essas entidades deverão

obter autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o Poder Executivo. A relação entre as organizações sociais e o Estado é regulada por compromissos mútuos estabelecidos em Contratos de Gestão celebrados com o Poder Executivo (BARRETO, 1999, p. 122).

Em 1995, no primeiro Governo FHC, surgiu, por transformação da Secretaria de Administração Federal, o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Teve início o processo de Reforma do Estado Brasileiro, conduzido por Luiz Carlos Bresser-Pereira, na qualidade de Ministro de Estado. O projeto reformista implementado pelo governo de Fernando Henrique Cardoso baseou-se em uma escolha pelo projeto neoliberal, primou pela privatização dos bens públicos e redução do papel do Estado. O PDRAE fomentou a depreciação do setor público e superdimensionou o mercado financeiro. Bresser-Pereira explicou seu objetivo na Reforma do Estado quando da sua proposição:

Na verdade, quando propus reforma para o Brasil, não pensei em um Estado mínimo, mas na necessária reconstrução do Estado. Se o Estado estava em crise, a solução não era reduzir seu papel, mas recuperar sua capacidade reguladora e implementadora de políticas. Reformar o Estado, reformar a administração pública, abrir a economia, privatizar, fazer reforma tributária, da previdência para quê? Qual era o objetivo? Simplesmente dar mais espaço ao mercado reduzindo o Estado, ou dar mais espaço ao mercado e reconstruir o Estado? A segunda alternativa sempre foi meu entendimento da lógica das reformas. Quando seu objetivo é apenas dar espaço maior para o mercado diminuindo o papel do Estado, estamos diante de um equívoco: o mercado forte precisa de um Estado forte. Meu objetivo, com a Reforma da Gestão Pública de 1995, foi reconstruir o Estado e fortalecer o serviço público, adaptando-os ao mundo do capitalismo global e da democracia em que vivemos (BRESSER-PEREIRA, 2005, p. 3).

A área da Saúde não escapou da reforma administrativa, fazendo parte dos objetivos do MARE, que contava, inclusive, com um caderno específico para a Reforma Administrativa do Serviço de Saúde (Cadernos MARE, nº 13). Assim, a Reforma do Estado também afetou profundamente o SUS.

Segundo Bresser-Pereira (2005), seu objetivo na Reforma do Estado no Brasil era construir um Estado forte, inserido na lógica capitalista global. É importante destacar o papel central que ele teve como mentor e dirigente da equipe que formulou o plano da Reforma do Estado no Brasil, pois, além de teórico da

Reforma, ele militava em prol dela – ou seja, foi figura central para a sua implementação.

No sentido amplo, a proposta do Plano Diretor propôs um redirecionamento do papel do Estado ao reduzir a prestação direta de serviços, permanecendo como regulador e provedor dos mesmos. Intensificou-se o discurso do tipo rígido e ineficiente da administração pública para a administração gerencial, flexível e eficiente. Segundo Behring (2008), trata-se "de uma revisão do conceito de Estado e uma refundação da relação Estado-sociedade" (BEHRING, 2008, p. 178).

A proposta do plano focalizou na flexibilização e descentralização das decisões. Na visão dos seus formuladores, porém, certas áreas devem ser subsidiadas pelo Estado, como a Educação, a Saúde, a Cultura e a Pesquisa Científica. Esse processo é qualificado como *publicização*, sendo característico da reforma que incide diretamente sobre as políticas sociais.

É evidente que havia um vínculo do plano de Bresser-Pereira com as orientações neoliberais, adequado às requisições arquitetadas pelo mundo do capital contemporâneo e a comunidade epistêmica internacional. Para Behring (2008), "há entre os interlocutores uma concordância tácita em torno dos fundamentos presentes nas ideias de Bresser-Pereira, consolidadas no PDRAE-Mare" (BEHRING, 2008, p. 183).

A partir dos anos 2000 podem-se ressaltar algumas experiências organizativas no campo sindical e no campo dos movimentos sociais, em que é possível afirmar que a conjuntura atual não é marcada apenas pelo refluxo. Duriguetto (2008) aponta que "há movimentos, organizações e partidos orientados por um projeto classista que resistiram e resistem ao processo de cooptação, capitulação, passividade e conformismo" (DURIGUETTO, 2008, p. 62).

Pois bem, a Constituição Cidadã afirma que as ações e serviços públicos que compõem o SUS seriam complementados mediante contratos com serviços privados, logo, o serviço privado complementaria o serviço público. Campos (2008) faz uma crítica acirrada a esses serviços privados que são complementares ao SUS, pois, na sua visão, ao decidir pela manutenção dos serviços privados no SUS,

mesmo que de forma complementar, o país criou uma estrutura heterogênea, que mistura gestão pública com atendimento particular, fazendo com que os hospitais brasileiros, em geral, na prática, ainda trabalhem na lógica de mercado.

Nesse quadro, Bravo & Menezes (2011) consideram que um dos movimentos mais representativos atualmente de resistência à privatização via OSs, principalmente na área da saúde pública, é a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS). Em meados dos anos 2000, foram criados e estimulados outros mecanismos de participação para fortalecer a luta por saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho. Destacam-se como significativos os Fóruns de Saúde existentes em diversos Estados brasileiros e a FNCPS, criada em 2010, que retoma como fonte unificadora de lutas a mesma motivação que deu sustentação às lutas travadas pelo Movimento Sanitário nos anos 1980.

A Frente apresenta-se, para Bravo & Correia (2012), como percurso estratégico, "o mesmo do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira nos anos 1980, que se opõe à regulação da saúde pelo mercado e em defesa da saúde pública e estatal" (BRAVO & CORREIA, 2012, p. 140). A FNCPS surgiu em 2010, com o objetivo de defender o SUS universal, público, estatal, sob a administração direta do Estado, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos 1980. Foi criada durante seminário realizado no Rio de Janeiro, intitulado *20 anos de SUS: Lutas Sociais contra a Privatização e em defesa da Saúde Pública Estatal* (SILVA, 2014, p. 164).

A FNCPS surgiu, inicialmente, com uma pauta específica e conjuntural em torno da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1.923/98 (requerida inicialmente pelo PT e PDT e depois abandonada por esses partidos), que questiona a lei sobre as Organizações Sociais (Lei 9.637/98). Naquele momento, a Frente não aspirava que a luta em defesa da saúde pública fosse, no limite, uma luta contra todos os tipos de privatização e mais além, uma luta anticapitalista. Portanto, apesar de a luta parecer inicialmente com causas pontuais, ela explicita, de fato, causas históricas e estruturais de grande magnitude (SILVA, 2014).

A FNCPS, desde que foi criada, vem organizando a luta contra os ataques ao SUS, denunciando a situação de subfinanciamento crônico (decorrente

do modelo de desenvolvimento econômico que privilegia recursos para o Sistema da Dívida Pública, em detrimento das políticas sociais), desfinanciamento (corte direto, medidas que alteram o montante de recursos, destinação dos mesmos ao setor privado) e privatização do setor da saúde no Brasil. Esta situação se expressa de diversas formas, inclusive através dos chamados 'Novos Modelos de Gestão', de cunho privatizante (Organizações Sociais - OSs, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIPs, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, Fundação Estatal de Direito Privado, Serviços Sociais Autônomos, entre outros) (SILVA, 2014).

Silva (2014) acentua que a Frente Nacional atualmente é composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários, e que tem utilizado algumas estratégias de luta.

No campo jurídico, com ações civis públicas, Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) contra as leis municipais e estaduais, articulações com o Ministério Público Estadual (MPE) e Ministério Público Federal (MPF), e luta pela procedência da ADIn 1.923/98 (inconstitucionalidade da Lei 9.637/98 que cria as OSs) no Superior Tribunal Federal (STF). No âmbito do parlamento, articulando e pressionando os parlamentares a fim de impedir o processo de privatização da saúde, por meio de manifestações nas Câmaras e Assembleias, e denunciando publicamente os que têm votado contra o SUS e pela privatização. No conjunto da sociedade, realizando debates sobre a privatização com os trabalhadores da saúde e usuários do SUS. Nas ruas, com caminhadas, atos e manifestações. Nos espaços de controle social, através da pressão sobre os mecanismos institucionais – Conselhos e Conferências – para se posicionarem contra os 'novos' modelos de gestão. No âmbito da formação, com realização de cursos de atualização, debates, incentivo a pesquisas e trabalhos de extensão em torno da saúde pública e a formulação de Agenda para a Saúde. Nos meios de comunicação, através da produção de material para divulgação nas entidades, partidos, sindicatos, além da grande imprensa, bem como a utilização das redes sociais (BRAVO & CORREIA, 2012).

A Frente Nacional, tendo como referência o projeto da Reforma Sanitária, que concebe a saúde como direito de todos e dever do Estado, vem se posicionando contra a privatização da saúde, em defesa da saúde pública estatal e universal, procurando articular as lutas no campo da saúde a um novo projeto societário. Esse movimento também expressa solidariedade internacional à luta dos uruguaios contra a privatização do Hospital de Clínicas de Montevideu (Uruguai), através do mecanismo de Parceria Pública-Privada (PPP).

Destaca-se que a principal luta da FNCPS é:

(...) a defesa intransigente do caráter público estatal da saúde, com investimento público na ampliação da rede pública de serviços. O caminho estratégico é conduzir uma ruptura com as bases privadas do setor público de saúde, pressupostos que se opõem à redução da atuação do Estado e à regulação da saúde pelo mercado (BRAVO & CORREIA, 2012, p. 146).

Essa frente já conseguiu mobilizar diversas forças sociais, tais como: sindicatos de funcionários públicos; algumas centrais sindicais (CSP-Conlutas; Central Sindical Popular; Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora; Instrumento de Luta, Unidade da Classe e de Construção de uma Central; Central de Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil - CTB); professores universitários de diversas instituições (Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Universidade de São Paulo - USP, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, CESTEJ/ENSP/FIOCRUZ, Universidade Federal Fluminense – UFF, Universidade Federal de Alagoas - UFAL, Universidade Estadual de Londrina - UEL, dentre outras); entidades estudantis da área de saúde (Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Farmácia); algumas entidades nacionais (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS, Conselho Federal de Serviço Social - CFESS, Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior – ANDES, Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras - FASUBRA, Associação dos Servidores da Fundação Oswaldo Cruz - ASFOC, Consulta Popular, Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde - FENTAS, Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social - FENASPS); alguns partidos políticos

(Partido Comunista Brasileiro - PCB, Partido Socialismo e Liberdade - PSOL, Partido Socialista dos Trabalhadores Unificado - PSTU, Partido dos Trabalhadores - PT, Partido Comunista do Brasil - PC do B, Partido Democrático Trabalhista - PDT). Para Silva (2014),

A Frente, enquanto sujeito político coletivo, é defensora do projeto de RSB formulado nos anos 1980, que tem como elemento fundamental a radicalização da democracia, implicando na construção de uma nova racionalidade, de um novo projeto civilizatório (SILVA, 2014, p. 165).

Nessa perspectiva, Silva (2014) identifica que,

Os sujeitos políticos coletivos, que na década de 1980, formularam propostas da RSB enquanto perspectiva de transformação social, projeto civilizatório e luta de caráter democrático popular, na atualidade apresentam propostas incompatíveis com a universalidade e a integralidade, uma vez que o enfoque passa a ser no crescimento econômico com o desenvolvimento social, mas com vistas à focalização. Para tanto, as preocupações se voltam para o acesso, cuidado e qualidade, justiça social, Reforma Sanitária enquanto Reforma "Solidária" e para a transformação por dentro do SUS. Tais perspectivas não fortalecem o projeto de RSB enquanto projeto político-emancipatório, ou seja, civilizatório e de lutas popular-democráticas, do contrário, tendem a fortalecer a tendência privatista e o processo de contrarreforma em curso, seguindo as orientações dos organismos internacionais (SILVA, 2014, p. 160).

Para compreensão dessas relações, que se situam e determinam diretamente a materialização das políticas sociais no geral, faz-se necessário refletir acerca do processo de contrarreforma do Estado Brasileiro. Um conjunto de mudanças, ajustes e direcionamentos que não se estruturaram de maneira positiva do ponto de vista de melhorias substanciais na qualidade e modo de vida da sociedade. Muito pelo contrário, um processo de aprofundamento das dificuldades e percalços que historicamente assolaram a classe trabalhadora.

Para Behring (2008), a expressão 'reforma do Estado' tem um sentido totalmente ideológico. Tratar-se-ia, ao contrário, de uma 'contrarreforma' do Estado. A contrarreforma do Estado se caracteriza, portanto, como uma reação burguesa conservadora, de natureza claramente regressiva. Haja vista, que o discurso do plano da reforma se fundamenta apenas em elementos fiscais.

Tendo em vista o processo de contrarreforma do Estado no Brasil e a conjuntura em que o SUS foi criado, Montaño (2002) ressalta a desresponsabilização do Estado na questão social (e a saúde é um direito social) e a racionalização dos gastos na área da saúde. É nesta seara que, ao 'terceiro setor', corporifica-se a figura das OSs, que aparece na formulação e principalmente na implementação da gestão das políticas públicas de saúde.

Conforme Behring (2008), "(...) esta opção implicou uma forte destruição dos avanços, mesmo que limitados, sobretudo se vistos pela ótica do trabalho, dos processos de modernização conservadora que marcaram a história do Brasil" (BEHRING, 2008, p. 198).

De fato, trata-se de "(...) uma contrarreforma conservadora e regressiva, diferente do que postulam os que a projetaram entre as paredes dos gabinetes tecnocráticos e inspirados nas orientações das agências multilaterais" (BEHRING, 2008, p. 171). A reforma do Estado, segundo Behring, tem impacto em três dimensões, a saber: privatizações, seguridade social e flexibilização das condições de trabalho.

Para a mesma autora, a contrarreforma do Estado Brasileiro concretiza-se em alguns aspectos, a saber: na perda da soberania, com aprofundamento da heteronomia e da vulnerabilidade externa; no reforço deliberado da incapacidade do Estado para impulsionar uma política econômica que tenha em perspectiva a retomada do emprego e do crescimento, em função da destruição dos seus mecanismos de intervenção; na parca vontade política e econômica de realizar uma ação efetiva sobre a iniquidade social, no sentido de sua reversão, condição para uma sociabilidade democrática.

Por outro lado, a própria 'reforma' do Estado também tem sido geradora de desemprego, por meio de mecanismos como os programas de demissão voluntária e a instituição das Organizações Sociais e Agências Executivas, cuja relação trabalhista não se pauta pela estabilidade.

O ataque à Seguridade Social passou também pela política de abertura econômica, no que diz respeito a baixar o 'custo Brasil', de uma força de trabalho

que é uma das mais baratas do mundo – em termos de salários indiretos/diretos sociais, para que as unidades produtivas transnacionais se instalem no país com mais facilidade. Para Fiori (2000),

(...) a "reforma do Estado", tal como está sendo conduzida, é a versão brasileira de uma estratégia de inserção passiva e a qualquer custo na dinâmica internacional e representa uma escolha político-econômica, um não caminho natural diante dos imperativos econômicos. Uma escolha, bem ao estilo de condução das classes dominantes brasileiras ao longo da história (FIORI, 2000, p. 7).

Rezende (2007) mostra que o modelo de gestão da saúde via OSs foi propalado em várias partes do Brasil. No entanto, esse modelo, mesmo sendo defendido pelo Estado (pela ampla maioria dos governantes e pelos teóricos da Reforma do Estado), não foi implementado sem resistências da sociedade:

Com base nesta concepção de Estado e nesta justificativa, vários estados (Tocantins, Rio de Janeiro, Bahia e Roraima) e municípios (São Paulo, entre outros) passaram a transferir serviços de saúde a entidades terceirizadas tais como cooperativas, associações, entidades filantrópicas sem fins lucrativos (ou com fins lucrativos), entidades civis de prestação de serviços etc., qualificadas como organizações sociais (OSs). Assim, por meio de contratos de gestão ou termos de parcerias, transferiu-se serviços diversos ou unidades de serviços de saúde públicos a entidade civil, entregando-lhe o próprio estadual ou municipal, bens móveis e imóveis, recursos humanos e financeiros. Deu-lhe, também, autonomia de gerência para contratar, comprar sem licitação, outorgou-lhe verdadeiro mandato para gerenciamento, execução e prestação de serviços públicos de saúde, sem se preservar a legislação sobre a administração pública e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Houve inúmeras manifestações contrárias e impugnações em razão dessa terceirização de serviços de saúde públicos (quase todos os Conselhos Estaduais de Saúde, inúmeros Conselhos Municipais e conferências de saúde), representações junto à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e às Procuradorias Regionais dos Direitos dos Cidadãos nos Estados, por Confederações, Federações, Sindicatos, parlamentares, CONASEMS, entre outros (REZENDE, 2007, p. 40).

Behring (2008) destaca que a contrarreforma do Estado vem atingindo a saúde desde a década de 1990, por meio da restrição do financiamento público e da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade através da criação de dois subsistemas: o subsistema de entrada e controle, ou seja, de atendimento básico, de responsabilidade do Estado, uma vez

que esse atendimento não é de interesse do setor privado; e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade, na sua grande maioria transformadas em Organizações Sociais.

Pierantoni (2001) observa que o setor de saúde, no Brasil, não esteve imune às alterações decorrentes da nova ordem de organização produtiva, nem tampouco aos reflexos da reformulação do papel do Estado. Essas mudanças são relativas às dimensões estruturais (composição e distribuição da força de trabalho), regulatórias (representadas por diferentes atores e grupos de interesses na área da saúde e que envolvem sistema formador, corporações, entre outros) e gerenciais (sistemas centralizados de financiamento, legislação e trabalho, entre esferas de governo).

Nesse sentido, o mesmo autor ressalta que a área de recursos humanos (RH) ocupa uma temática estratégica da discussão e implementação da política de saúde há pelo menos três décadas (PIERANTONI, 2001).

Na sua origem, a questão central parte da observação de que as intervenções realizadas na área da saúde foram capazes de modificar, de forma irreversível, organizações estatais e reorganizar pactos federativos e sociais, *mas não alcançaram, de forma similar, os responsáveis pela execução dessas políticas – os recursos humanos (RH)* (PIERANTONI, 2001, p. 342) **(Grifo nosso)**.

Para Closs (2013), a relevância da adoção de iniciativas direcionadas à qualificação de trabalhadores para a atuação no SUS é demarcada pela necessidade de mudanças no processo de trabalho e no modelo de reorientação assistencial em saúde, tendo em vista efetivar práticas qualificadas que contemplem o conceito ampliado de saúde, a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade.

2.3. O desafio da integralidade e da interdisciplinaridade no contexto da formação e do trabalho em saúde

Em suas origens, o debate sobre a integralidade em saúde remete aos anos 1960, época em que surgiram grandes questionamentos e críticas sobre as atitudes fragmentadas no ensino médico, adotadas pelas escolas nos Estados Unidos. Mattos (2001) relata que isso ocorreu em função da demanda da chamada "medicina integral" (MATTOS, 2001, p. 44).

No Brasil, a integralidade é um dos princípios básicos do SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988. "O termo integralidade origina-se do grego *hole ousia*, apontando para o sentido de ser saudável e completo" (CHEADE, 2013, p. 593). A integralidade é apreendida como um conjunto articulado e contínuo de ações que visam à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade, propondo um modelo assistencial pautado no indivíduo, na família e na comunidade.

Foi por meio da Constituição de 1988, considerada um marco teórico para a consolidação de uma nova consciência social de promoção da saúde, que o SUS foi criado, tornando-se uma das maiores conquistas do Movimento Sanitário Brasileiro (BRASIL, 1988). A base do sistema de saúde brasileiro é estabelecida no capítulo da Ordem Social da Constituição Federal de 1988, que integra conceitualmente, sob a denominação de Seguridade Social, o conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, como expresso no Art. 194:

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988, p. 140).

Essa Constituição apresenta a cidadania como bandeira de luta, ao reconhecer a saúde como um direito de todos e um dever de Estado, mediante políticas sociais e econômicas que, sem detrimento das atividades assistenciais,

priorizam atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme exposto no Art. 196 da CF/88:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 142).

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), a integralidade é entendida como:

(...) um princípio fundamental do SUS. Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis e complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 2005, p. 192).

Campos (2003) pondera que a integralidade não pode ser definida apenas como uma diretriz básica do SUS e, nesse aspecto, a literatura traz reflexões sobre a integralidade pautadas em três grandes conjuntos de sentidos: o primeiro refere-se aos atributos das práticas dos profissionais de saúde; o segundo refere-se a atributos da organização dos serviços; e o terceiro relaciona-se às respostas governamentais aos problemas de saúde.

Em relação aos atributos das práticas dos profissionais de saúde, segundo Ceccim & Feuerwerker (2004); Mattos (2001; 2004); Brasil (2005); Araújo, (2007) verifica-se que a integralidade propõe: a) o foco da atenção passa a ser o indivíduo, a família e a comunidade e não simplesmente as doenças; b) a necessidade de se olhar o indivíduo de forma integral, não o considerando como um conjunto de partes que adoecem; c) a importância da valorização dos aspectos cotidianos da vida dos sujeitos, minimizando as práticas centradas apenas nas doenças; d) a valorização dos contextos familiares, sociais e culturais em que cada indivíduo se encontra inserido e constrói sua história de vida; e) a valorização e o reconhecimento do diálogo como potencial instrumento para dar voz aos diversos atores envolvidos, possibilitando-os serem ouvidos em suas necessidades.

No tocante aos sentidos pertinentes à organização dos serviços, bem como às respostas governamentais, verifica-se que a integralidade visa: a) proporcionar maior satisfação das necessidades de saúde da população, por meio da organização do processo de trabalho em saúde; b) garantir acesso às técnicas de diagnóstico e tratamento quando necessários, a fim de promover maior resolutividade da atenção; c) oferecer respostas a problemas de saúde, por meio da construção de políticas especificamente programadas.

Essas respostas governamentais aos problemas de saúde da população devem incorporar ao tratamento e reabilitação outras possibilidades de promoção e prevenção em todas as esferas da atenção, nos âmbitos Federal, Estadual ou Municipal.

De acordo com Mattos (2004), o que caracteriza a integralidade é a apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente a habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação na qual se dá o encontro com a equipe de saúde.

No entanto, para a efetivação dos princípios e diretrizes anteriormente citados, torna-se indispensável repensar o direcionamento da produção dos serviços em saúde que historicamente vem sendo desempenhada sob a orientação hegemônica do modelo médico-assistencial privatista, voltado para a cura do corpo individual, em suas manifestações patológicas, o que a caracteriza fragmentadora, curativista e pontual.

Erdmann (2001) discute o cuidado enquanto sistema complexo que vai além da simples interação e integração dos saberes, e aponta para a superação das fronteiras disciplinares, ao mesmo tempo em que reflete e amplia as discussões acerca das múltiplas dimensões que envolvem o ser humano.

O sistema de cuidados no processo saúde-doença é um coletivo constituído pela totalidade das práticas, das atitudes e do conhecimento dos vários profissionais que dão sustentação à dinâmica do cuidado. A organização do sistema de cuidados deve, portanto, sustentar-se na ação e no saber compartilhado dos vários profissionais e no trabalho em equipe, que se expresse na cumplicidade da

teia entre usuários e profissionais, e que aponte para práticas interdisciplinares na intenção de alcançar a integralidade do ser humano.

A ação interdisciplinar se estabelece como uma ação dialógica entre disciplinas e não deve ser confundida com a justaposição arbitrária de disciplinas e conteúdos. Frigotto (2001) considera que:

(...) é necessária uma atuação crítica à forma fragmentada da produção da vida humana em todas as suas dimensões e, especificamente, na produção e socialização do conhecimento e na construção de novas relações sociais que rompam com a exclusão e alienação (FRIGOTTO, 2001, p. 47).

Nesse sentido, o grande desafio a ser enfrentado pelo setor de saúde consiste em romper com a lógica do sofrimento manifesto, da queixa-conduta e da fragmentação das intervenções terapêuticas, passando a trabalhar sob uma ótica integral, isto é, (re)pensando as práticas em saúde a partir da leitura ampliada da realidade de vida dos indivíduos, garantindo que as intervenções se deem em consonância com as singularidades de cada um deles.

Outro desafio a ser assumido pelos profissionais de saúde é a valorização das relações interpessoais em suas práticas cotidianas. Isso se torna indispensável à medida em que suas prerrogativas apontam para um maior vínculo e o fortalecimento das relações entre os profissionais de saúde, bem como das interações destes com os usuários dos serviços, o que, inevitavelmente, acarretará em significativas transformações no pensar/fazer saúde.

A integralidade, além de ser uma diretriz do SUS, é um conjunto de ações livre do reducionismo, em que a assistência deve cuidar do sujeito imbuído de sentimentos, desejos, preocupações. Portanto, para Ferreira & Campos (2009), o "atendimento integral vai além do tratamento da doença, e o cuidado deve ser considerado nas suas dimensões técnica, política, social, econômica, cultural e espiritual" (FERREIRA & CAMPOS, 2009, p. 369).

Assim, Mattos (2005a) sistematizou três conjuntos de sentidos sobre a integralidade que têm por base a gênese desses movimentos, quais sejam: a

integralidade como traço da boa medicina, a integralidade como modo de organizar as práticas, e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

Ao discutir a integralidade relativa à maneira como se organizam as práticas de saúde, inicia-se questionando: de que forma, então, o Estado quer chegar a estabelecer uma assistência integral se a base da produção dos serviços de saúde hoje corresponde a programas verticalizados, focalizados, que não respondem às necessidades e à realidade local? Essa questão-problema se torna um elemento chave, uma vez que, na perspectiva da integralidade, os serviços devem dar conta das necessidades ampliadas de saúde da população. Nessa concepção, as intervenções em saúde requerem que o espaço singular de vivência dos indivíduos seja respeitado, aspecto este que uma assistência planejada de 'cima para baixo' não nos permite perceber.

Outra reflexão pertinente é que o caráter imprevisível dos elementos do processo saúde-doença, determinantes da cura e da morte dos indivíduos, é marcado pelo alto grau de subjetividade das relações entre profissionais e usuários e daqueles com os serviços. Essa subjetividade e imprevisibilidade não devem ser negadas sob o risco de estarmos excluindo elementos socioculturais essenciais para a compreensão das dificuldades enfrentadas pelas instituições de saúde.

Finalmente, como argumento definitivo contra a ideia de conformação do espaço da atenção básica como preventivo e do hospital como essencialmente curativo, aponta-se que a integralidade do cuidado, como possibilidade de respeito às reais necessidades de um sujeito social, frequentemente ultrapassa os limites hierárquicos do sistema de saúde brasileiro. Não há integralidade se essa assertiva não se tornar verdadeira.

Nesse sentido, a integralidade, para Mattos (2006) pode ser atingida em rede quando uma equipe, em um serviço em particular, articula suas práticas e consegue escutar e atender as necessidades de saúde trazidas pela população individual e coletivamente. Nessa ótica, é preciso romper com a lógica do hospital como espaço exclusivo de e para cura e reconhecê-lo enquanto copartícipe e corresponsável pelo processo de mudança das condições de vida da população.

Assim, dois instrumentos mostram-se como imprescindíveis para assegurar a recomposição das práticas neste espaço: o mecanismo de referência e contrarreferência, e a articulação intersetorial. Tais instrumentos são importantes para uma prática integral na rede assistencial, já que, conforme discutido anteriormente, a integralidade se faz dentro de uma instituição, mas também deve ultrapassar as paredes desta, visto a complexidade das demandas trazidas pela população. Complexidade esta gerada em todas as contradições e conflitos da sua gênese sócio-histórica.

Portanto, pensar a integralidade no espaço hospitalar requer a (re)significação da prática assumida historicamente pela instituição, essencialmente atrelada à utilização de equipamentos e aparelhagem sofisticada como garantia exclusiva de uma assistência de qualidade.

Nesse sentido, a melhor expressão que traduz a necessidade acima descrita vem de Camargo Jr. (2005), demonstrando que o atendimento integral potencializado pelas equipes deve compreender a "prática de sujeitos que cuidam de outros sujeitos" (CAMARGO JR., 2005, p. 42).

Sena & Silva (2008) suscitaram reflexões sobre as tecnologias e a forma de organização do trabalho. Para as autoras:

(...) construir a integralidade do cuidado em saúde implica assumir o agir em saúde como princípio educativo em uma nova forma de aprender/ensinar em saúde, que rompe com o saber formatado e descontextualizado. Significa (...) estabelecer uma prática de saúde entendendo o processo saúde-doença e o ser humano inserido nesse processo influenciado por valores, crenças, determinações políticas, econômicas e sociais (SENA & SILVA, 2008, p. 55).

Sousa et al. (2006) ressaltam que a integralidade e a interdisciplinaridade destacam-se como importantes ferramentas para o cuidado em saúde e como exigência imediata para o enfrentamento do real, no contexto das práticas de cuidado. Sob essa perspectiva, deve-se discutir a integralidade e a interdisciplinaridade como ferramentas para o cuidado em saúde, e a responsabilidade como o princípio ético que deve permear as ações de cuidado.

Considera-se que essas categorias poderão desencadear nos profissionais a transcendência das velhas práticas, uma vez que um sistema de cuidados é multifacetado, multidimensional e, portanto, complexo.

O conceito de clínica ampliada pressupõe valorizar a escuta qualificada, ou seja, tentar compreender os diversos saberes/competências que o usuário desenvolve acerca da sua doença, discutindo junto com ele as possibilidades do diagnóstico e de seu próprio tratamento. Isso traz autonomia e protagonismo aos usuários, fortalecendo sua participação efetiva no processo. Contrariando o que muitos pensavam há um tempo atrás, quanto mais forte a relação de afeto entre o profissional e o usuário, maior a corresponsabilidade assumida, por ambas as partes, no tratamento, o que aumenta as chances de sucesso (BRASIL, 2009).

No modelo de clínica ampliada está expressa a valorização dos diversos saberes profissionais e do trabalho em equipe, como forma de possibilitar a complementaridade do tratamento, atendendo todas as necessidades de saúde do sujeito, ou seja, não só as que foram o motivo da visita do usuário ao serviço.

Nesse horizonte, a integralidade é o pilar e princípio do SUS, reforçando a concepção ampliada de saúde. Essa diretriz nos indaga sobre a materialidade do sistema que se pretende construir sob o ideário da Reforma Sanitária, podendo ainda ser compreendida como um selo distintivo dos diferentes projetos direcionados ao setor de saúde (MATTOS, 2006).

Em 2011, o Decreto nº. 7.508 reafirmou que a integralidade da assistência à saúde inicia-se e completa-se na Rede de Atenção à Saúde (RAS), mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual (BRASIL, 2011).

Contudo, como o próprio SUS sofreu grandes transformações ao longo do tempo, assim também as interpretações dos princípios que o regem. Dessa forma, a integralidade é entendida em várias dimensões. Na esfera político-administrativa, diz respeito tanto à forma de organização dos sistemas e serviços de saúde na perspectiva do atendimento nos níveis de atenção, como à integração com os demais setores e serviços disponíveis para a atenção integral à saúde. Na esfera da atenção à saúde, diz respeito à produção de saúde, como a relação entre equipe e

usuários dos serviços e ações de saúde, considerando a necessária integração de saberes e práticas. Ainda na esfera da atenção à saúde, uma das mais conhecidas dimensões atribuídas à integralidade refere-se ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa. Assim, contrapõe-se à lógica estritamente biomédica ao entender que o ser é indissociável do seu meio. Tal concepção vai ao encontro do paradigma de determinação social do processo saúde/doença, trazendo como consequência a consideração dos fatores socioeconômicos, políticos e culturais como determinantes da saúde e da proteção social e, principalmente, sugerindo um modelo integral de atenção (PINHEIRO; MATOS, 2001).

Originado do Movimento de Reforma Sanitária, o SUS não foi implantado para dar acesso à consulta e cura de doenças aos usuários. A proposta do SUS foi construída sobre as bases da concepção ampliada de saúde, que está inserida na Constituição Federal, quando se refere ao modelo de atenção à saúde em que o princípio da integralidade³¹ articula as manifestações do processo saúde/doença a determinantes sociais.

Na atenção no serviço de saúde, a equipe precisa visualizar a articulação com outros serviços da rede complexa, que é composta pela totalidade dos serviços e instituições públicas, privadas e filantrópicas. Assim, é necessário que os articuladores das políticas de Saúde, Educação, Assistência Social, Habitação, Cultura, entre outras, utilizem-se de diversas práticas profissionais interdisciplinares e articulem-se através de diferentes serviços e instituições (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

Neste contexto, integralidade pressupõe intersectorialidade³², como a articulação com diversas áreas externas à saúde, mas que são parceiras por terem

³¹ Trata-se de uma abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais. É um dos princípios constitucionais do SUS, que garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade (continuidade da assistência) até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção de saúde. Prevê-se a cobertura de serviços em diferentes eixos, o que requer a constituição de uma rede de serviços (integração de ações) capaz de viabilizar uma atenção integral (BRASIL, 2008).

³² A intersectorialidade não se confunde com integralidade, sendo, entretanto, considerada como uma das dimensões da integralidade.

sob sua responsabilidade campos e ações que se refletem na saúde integral dos usuários e comunidades. Entende-se que, para produzir saúde, a integralidade pressupõe uma ação interdisciplinar e intersetorial.

Aliada ao conceito de integralidade surge a abordagem interdisciplinar em saúde, que, por sua vez, caracteriza-se por distintos saberes articulados em um projeto comum, onde cada indivíduo envolvido em sua prática profissional busca estratégias para que seja possível uma atuação integralizada, que contemple as múltiplas dimensões presentes nas questões da saúde e contribua para as transformações que se impõem nesse campo.

O conceito de interdisciplinaridade surgiu no século XX e só a partir da década de 1960 começou a ser enfatizado como necessidade de superar o conhecimento fragmentado, embora sempre tenha existido, em maior ou menor medida, certa aspiração à unidade do saber (MINAYO, 1991).

Severino (2010), em suas análises, aponta que a conceituação de interdisciplinaridade é uma tarefa inconclusa. Para o autor, a experiência da interdisciplinaridade não foi vivenciada e explicitada em sua prática concreta, sendo ainda um processo de elaboração do saber em todas as áreas, seja no âmbito do ensino, da pesquisa ou na prática social. Portanto, a busca de uma atitude interdisciplinar corresponde a um desafio.

Thiesen (2008) salienta que no Brasil o conceito de interdisciplinaridade chegou pelo estudo da obra de Georges Gusdorf (1967), e posteriormente pelos estudos de Piaget (1973). Gusdorf (1967) influenciou o pensamento de Hilton Japiassu no campo da epistemologia e o de Ivani Fazenda no campo da educação.

De acordo com Furtado (2007), no Brasil, os pesquisadores Hilton Japiassu³³ e Ivani Fazenda são considerados os precursores nas pesquisas sobre interdisciplinaridade, cujas contribuições têm subsidiado análises de outros estudiosos a respeito da temática, seja para compartilhar ideias ou contrapô-las.

³³ Japiassu, durante o seu doutorado na França, conviveu com Jean Piaget e foi fortemente influenciado por Georges Gusdorf, que prefaciou uma das suas principais obras, "Interdisciplinaridade e patologia do saber", lançada em 1976. A obra constitui um marco da introdução do tema em nosso país, resultado de seu doutoramento em Paris, no início da década de 1970.

Gusdorf (1976) justifica a necessidade da interdisciplinaridade por várias razões: por proporcionar troca de informações e de críticas entre os cientistas; ampliar a formação geral dos especialistas e questionar a possível acomodação; preparar melhor para a formação profissional; preparar e engajar os especialistas na pesquisa em equipe; e desenvolver a formação permanente.

O livro de Japiassu representou a referência mais citada em estudos epistemológicos sobre o tema. Segundo Furtado (2007), compartilhando boa parte das ideias desse autor, Fazenda (2001; 2002) desenvolveu vários estudos sobre interdisciplinaridade na educação ao longo das últimas décadas. Juntos, os dois autores se constituíram referência obrigatória sobre o tema no Brasil (FURTADO, 2007).

A interdisciplinaridade representa o grau mais avançado de relação entre disciplinas, se considerarmos o critério de real entrosamento entre elas. Nesse caso, seriam estabelecidas relações menos verticais entre diferentes disciplinas, que passariam, também, a compartilhar uma mesma plataforma de trabalho, operando sob conceitos em comum e esforçando-se para decodificar o seu jargão para os novos colegas. Deve-se perceber que, aqui, não há simples justaposição ou complementaridade entre os elementos disciplinares, mas uma nova combinação de elementos internos e o estabelecimento de canais de trocas entre os campos em torno de uma tarefa a ser desempenhada conjuntamente (FURTADO, 2007, p. 242).

Não obstante, Furtado (2007) relata que alguns autores, na tentativa de tipificar as diferentes formas de aproximação e trocas entre saberes e disciplinas, desenvolveram conceitos delineando os modos de interação disciplinar, firmando-os em entre dois polos: por um lado, quase nenhum contato entre as disciplinas, e no outro extremo, grande intercâmbio entre elas. Algum grau de interação entre disciplinas próximas sempre acontece, porém a forma e intensidade desse intercâmbio podem diferir significativamente.

Assim, na perspectiva de Japiassu (1976), a conceituação do termo interdisciplinaridade baseia-se em diferentes pressupostos. Para caracterizar esse conceito deve-se definir a *disciplinaridade*, a *multidisciplinaridade*, a *pluridisciplinaridade* e a *transdisciplinaridade*, por considerar que existe graduação, cooperação e correlação entre esses conceitos, que representariam,

respectivamente, graus cada vez maiores de interação e troca entre universos disciplinares distintos.

O autor define disciplinaridade:

"Disciplina" tem o mesmo sentido que "ciência". E "disciplinaridade" significa a exploração científica especializada de determinado domínio homogêneo de estudo (...) o conjunto sistemático e organizado de conhecimentos que apresentam características próprias nos planos de ensino, da formação, dos métodos, e das matérias; esta exploração consiste em fazer surgir novos conhecimentos que se substituem aos antigos (JAPIASSU, 1976, p. 72).

Acerca de multidisciplinaridade, refere que esta:

Só evoca uma simples justaposição, num trabalho determinado, dos recursos de várias disciplinas, sem implicar necessariamente um trabalho de equipe e coordenado. Quando nos situamos no nível do simples multidisciplinar, a solução de um problema só exige informações tomadas de empréstimo a duas ou mais especialidades ou setores de conhecimento, sem que as disciplinas levadas a contribuir por aquela que as utiliza sejam modificadas ou enriquecidas. Em outros termos, a démarche multidisciplinar consiste em estudar um objeto sob diferentes ângulos, mas sem que necessariamente tenha havido um acordo prévio sobre os métodos a seguir ou sobre os conceitos a serem utilizados. Tanto o multi quanto o pluridisciplinar realizam um agrupamento, intencional ou não, de certos 'módulos disciplinares', sem relação entre as disciplinas (o primeiro) ou com algumas relações (o segundo): um visa à construção de um sistema disciplinar de apenas um nível e com diversos objetivos; o outro visa à construção de um sistema de um só nível e com objetivos distintos, mas dando margem a certa cooperação, embora excluindo toda coordenação (JAPIASSU, 1976, p. 72-73).

Japiassu (1976) demonstra que os conceitos de *pluridisciplinaridade* e *multidisciplinaridade* realizam apenas um agrupamento entre os módulos disciplinares localizados no mesmo nível hierárquico, com algumas relações existentes entre eles, dando margem a certa cooperação, apesar de excluírem toda coordenação.

A conceituação de *transdisciplinaridade*, segundo o autor, foi elaborada por Piaget (1973) para significar:

A etapa das relações disciplinares, podendo esperar que se suceda uma etapa superior, que não se conteria em atingir interações ou reciprocidade

entre pesquisas especializadas, mas que situaria essas ligações no interior de um sistema total, sem fronteiras estabelecidas entre as disciplinas (JAPIASSU, 1976, p. 35).

Japiassu (1976) reconhece que o vocábulo interdisciplinaridade não possui ainda, "um sentido epistemológico único e estável. Trata-se de um neologismo, cuja significação nem sempre é a mesma e cujo papel nem sempre é compreendido da mesma forma" (JAPIASSU, 1976, p. 72).

Em que pese a construção de Japiassu, em 1976, do termo interdisciplinaridade para descrever os contornos e a conceituação da questão interdisciplinar, acima mencionados, é preciso dizer que não permanecem na atualidade. Interdisciplinaridade não é apenas um neologismo. Deve-se levar em conta, ao mesmo tempo, o uso que se afigura mais adequado e difundido, vinculado à sua relação temporal e histórica. Considera-se que o neologismo deve-se a problemas de terminologia que muito dificultam o entendimento das questões relacionadas à ação interdisciplinar e, portanto, a dissensão entre o autor e a pesquisadora.

Conforme Japiassu (1976),

Passamos por graus sucessivos de cooperação e de coordenação crescentes antes de chegarmos ao grau próprio ao interdisciplinar. Este pode ser caracterizado como o nível em que a colaboração entre as diversas disciplinas ou entre setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz *a interações propriamente ditas* (...) a uma certa reciprocidade nos intercâmbios, de tal forma que, no final do processo interativo, cada disciplina saia enriquecida. Podemos dizer que nos reconhecemos diante de um empreendimento interdisciplinar todas as vezes em que ele conseguir *incorporar os resultados de várias especialidades, que tomar de empréstimo* a outras disciplinas certo instrumentos e técnicas metodológicas, fazendo o uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber, a fim de fazê-los *integrarem e convergirem*, depois de terem sido *comparados e julgados*. Donde poderemos dizer que o papel específico da atividade interdisciplinar consiste, primordialmente, em lançar uma ponte para religar as fronteiras que haviam sido estabelecidas anteriormente entre as disciplinas com o objetivo preciso de assegurar a cada uma seu caráter propriamente positivo, segundo modos particulares e com resultados específicos (JAPIASSU, 1976, p. 75) (grifo nosso).

Importa assinalar que, para Japiassu (1976), "a interdisciplinaridade se caracteriza pela *intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de*

integração real das disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa" (JAPIASSU, 1976, p. 74). O autor destaca, ainda:

(...) do ponto de vista integrador, a interdisciplinaridade requer equilíbrio entre amplitude, profundidade e síntese. A amplitude assegura uma larga base de conhecimento e informação. A profundidade assegura o requisito disciplinar e/ou conhecimento e informação interdisciplinar para a tarefa a ser executada. A síntese assegura o processo integrador (JAPIASSU, 1976, p. 65-66).

De acordo com Fazenda (1979), "a interdisciplinaridade não se ensina, não se aprende, simplesmente vive-se, exerce-se, e por isto exige uma nova pedagogia, a da comunicação" (FAZENDA, 1979, p. 08). Nessa abordagem, a interdisciplinaridade tem como função precípua interligar as fronteiras entre as disciplinas.

Nesse horizonte, a interdisciplinaridade, para Sampaio (2010),

(...) é uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida frente ao problema do conhecimento (...) substituir a concepção fragmentária pela unitária do ser humano, (...) possibilitando o diálogo onde as diversas disciplinas levam a uma interação (...) condição para a efetivação do trabalho interdisciplinar (SAMPAIO, 2010, p. 82-83).

Vale destacar que Japiassu (1976) demonstra que o conceito da multidisciplinaridade aproxima-se da pluridisciplinaridade pela integração de conteúdos numa disciplina, alcançando a integração de métodos, teorias ou conhecimentos.

Para Sampaio (2010),

"a transdisciplinaridade seria o nível mais alto das relações iniciadas nos níveis de multi, pluri e interdisciplinaridade. A multi e a pluridisciplinaridade constituem etapas para a interação e para a interdisciplinaridade" (SAMPAIO, 2010, p. 83).

Para Lenoir (2012) é essencial pensar a interdisciplinaridade como um meio de garantir a integração do aprendizado entre os fundamentos teóricos e sua aplicabilidade prática, o que dá sentido ao conhecimento produzido.

Mishima (2003) aponta que o trabalho em si é sempre intencional e encontra-se pautado em um contexto social e histórico. Assim, o trabalho em saúde apresenta como principal objetivo o atendimento das necessidades de saúde. Ou seja, a intenção é sempre buscar caminhos possíveis para a melhoria das condições de saúde de uma determinada população. Para isso, esse trabalho é orientado tanto por uma concepção de homem, quanto por uma concepção de saúde-doença-cuidado, delimitando um procedimento ligado ao atendimento das necessidades individuais e/ou coletivas, em conformidade com os processos político e econômico.

Pensar no trabalho em saúde é pensar em trabalho coletivo, portanto, este não deveria nem poderia ser realizado de forma compartimentalizada, na qual cada grupo profissional se organiza e presta parte dos cuidados separado dos demais. A complexidade do trabalho de assistência à saúde requer uma refinada e bem organizada articulação entre os membros da equipe, a fim de garantir a integralidade do cuidado.

De acordo com Peduzzi (2001), o "(...) trabalho em equipe³⁴ consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes desta equipe" (PEDUZZI, 2001, p. 103). Dessa forma, o trabalho em equipe na saúde traz em sua essência uma real possibilidade de alcançar a integração de diferentes áreas profissionais e também disciplinares.

Para Peduzzi (1998), cada equipe é estruturada a partir de arranjos organizativos possíveis, considerando aspectos conceituais do modelo assistencial proposto, da necessidade assistencial que emerge do processo de cuidado dos

³⁴ Para Peduzzi (1998), o termo 'equipe' deriva do francês *esquif*. Seu significado encontra-se relacionado às filas de barcos amarrados uns aos outros e rebocados por cavalos ou homens. Como os homens que se encarregavam de puxar esses barcos trabalhavam coletivamente em busca de um objetivo comum - rebocar filas de barcos amarrados - compartilhando sua tarefa, acabou-se por utilizar o termo equipe de trabalhadores para designar o trabalho coletivo, compartilhado com vários trabalhadores no desenvolvimento de uma tarefa, entendida como a meta comum do grupo.

sujeitos, das possibilidades financeiras e estruturais do próprio serviço e da disposição das pessoas que compõem o trabalho. Ainda segundo a mesma autora, a partir disso surgem inúmeras composições possíveis de equipes profissionais, e delas, diferentes modos de produzir saúde. E como uma maneira de responder às necessidades de recomposição dos trabalhos especializados aparecem a multidisciplinaridade³⁵, a interdisciplinaridade³⁶ e a transdisciplinaridade³⁷.

Na visão de Peduzzi (2007), os conceitos de trabalho em equipe, assim como sua importância tornam-se elementos fundamentais para se atingir o sucesso na área da saúde. Para que haja sucesso e efetividade nessa iniciativa é fundamental um processo de formação e educação permanente tutoriado pelos profissionais de saúde a todos os profissionais residentes, dando aporte técnico-científico e assistencial. A autora aponta que são esses aportes que permitirão responder ao desafio que a perspectiva de saúde integral traz, demandando uma atuação multiprofissional através de uma construção interdisciplinar.

Peduzzi (2007) aponta que o trabalho em equipe também exige o reconhecimento e o entendimento das práticas dos demais profissionais. A ideia de integralidade à saúde converge com o reconhecimento de que o conhecimento do outro é útil e indispensável à compreensão das demandas apresentadas pelas populações, uma vez que o processo saúde-doença é apreendido em suas diversas dimensões. A integralidade, então, torna-se fator motivador preponderante para o trabalho em equipe.

³⁵ Considera-se a equipe como sendo multidisciplinar, quando existe um conjunto de profissionais com formação em diferentes disciplinas, envolvidos em um mesmo projeto, porém o desenvolvimento do trabalho ocorre de forma independente, isolada. Na multidisciplinaridade observam-se as diferentes disciplinas tratando da mesma questão, sem apresentar, no entanto, relação entre os profissionais envolvidos. Observa-se a justaposição das disciplinas numa situação de trabalho onde a cooperação é ausente (ALMEIDA FILHO, 1997).

³⁶ ROSENFELD *apud* PERINI et al. (2001) define a interdisciplinaridade como a possibilidade do trabalho conjunto na busca de soluções, respeitando-se as bases disciplinares específicas. Uma das características da equipe interdisciplinar é o planejamento da assistência, que é realizado com a participação de todos os profissionais da equipe de forma ativa.

³⁷ Para Piaget (1973), a etapa das relações disciplinares, podendo esperar que se suceda uma etapa superior, que não se conteria em atingir interações ou reciprocidade entre pesquisas especializadas, mas que situaria essas ligações no interior de um sistema total, sem fronteiras estabelecidas entre as disciplinas.

Segundo a mesma autora (2001; 2007) é a partir da comunicação que a interação entre os agentes torna-se possível, bem como a articulação dos trabalhos. Sem interação não se pode falar em trabalho em equipe. Dessa forma, a dimensão comunicativa pode ser considerada intrínseca ao trabalho em equipe, podendo ser considerada seu denominador comum. A mediação da linguagem articula as atividades e a integração dos saberes técnicos, tornando possível a interação entre os membros da equipe (PEDUZZI, 1998; 2001).

A discussão sobre a materialização do trabalho e a formação profissional dos atores sociais nas residências multiprofissionais deve ocorrer de forma articulada com a afirmação da integralidade em saúde. Isso implica, necessariamente, a problematização do campo de valores e princípios que norteiam a práxis profissional.

Entende-se que a formação dos profissionais de saúde deve ser percebida no contexto de uma política mais ampla de ensino, considerando-se o processo de mudanças sociais, nas quais se situam o conhecimento e a informação.

Esta formação, articulada ao contexto social, não se esgota na graduação, levando à necessidade de capacitar os profissionais para investigação e conhecimento da realidade junto ao público demandatário do SUS. Faz-se necessário pontuar que o trabalho em equipe também convida seus integrantes a avaliarem sua disponibilidade para o novo, para o inesperado, elementos constitutivos das relações humanas.

CAPÍTULO III

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: UMA PROPOSTA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE PARA O SUS

Discutir no âmbito do SUS as perspectivas que se abrem no processo de implementação e qualificação de políticas públicas, incluindo a integração ensino-serviço e a formação profissional no ambiente de trabalho, sinalizam a necessidade de compreender as especificidades das organizações públicas que produzem serviços de saúde em razão dos seus elementos constitutivos e da sua complexidade.

A efetivação do PRIMUT no HUGO a partir da integralidade e interdisciplinaridade na perspectiva da formação em saúde é uma nova discussão, na qual essa visão do trabalho e do trabalhador deve ser repensada decorrendo em nova agenda ampliada e integrada acerca da qualificação para o trabalho no SUS.

Esse dispositivo de formação de profissionais pode ser entendido como um avanço na busca da concretização de novas propostas e práticas em saúde, e suas formas de organização, bem como a consolidação da proposta de formação de trabalhadores para o SUS. Considerando sua complexidade, a educação na saúde como política pública faz-se necessária para a legitimação e a conformação de um sistema nacional no campo da saúde: o SUS. Por isso, esse sistema propõe diferentes bases teóricas, diretrizes e princípios específicos, entre os quais prevê o desenvolvimento de práticas de ensino no campo.

Como já evidenciado, a Lei nº 8.080/90 dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde no Brasil, estando incluída, ainda, no campo de atuação do SUS, a ordenação da formação de recursos humanos. Nesse contexto, cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos em saúde, por meio da aproximação de políticas de educação e de saúde (BRASIL, 1990).

O Ministério da Saúde tem utilizado diversas estratégias para reestruturar a educação profissional em saúde. A integração entre teoria e prática tem sido

preconizada como componente fundamental para promover mudanças na forma de ensinar e aprender no campo da saúde no Brasil. Assim, as discussões acerca da formação de recursos humanos ampliaram-se no MS, em conjunto com o Ministério da Educação, numa tentativa de superar o modelo *flexneriano*³⁸ fortemente presente na formação.

São expressões dessas iniciativas: as DCNs, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE); o Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Reforsus); a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), pelo Ministério da Saúde; e, finalmente, a Lei nº 11.129 de 2005, que criou a residência em área de saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e, nessa, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), com a finalidade de ordenar a formação de trabalhadores para a área da saúde, propondo a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) como um projeto nacional (BRASIL, 2004a; 2004b). Para Ceccim (2006):

A proposta das Residências em Saúde como multiprofissionais e como integradas ao SUS apresenta-se no cenário brasileiro participativo como uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e as diretrizes da integralidade da atenção e da intersectorialidade do SUS, com as demais políticas que incidem nos determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva e da equidade no acesso e no direito à saúde. Promove não só o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da

³⁸ Até a Constituição de 1988, quando, por força legal, foi prescrito o novo modelo denominado Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo clínico/biológico/*flexneriano* era adotado oficialmente como paradigma da saúde. Este modelo consolidou-se em virtude das recomendações apontadas por Abraham Flexner (1866-1959) em relatório encomendado pela Fundação Carnegie dos Estados Unidos, em 1910 (Novaes, 1990), cujas conclusões tiveram amplo impacto na formação médica em quase todo o continente americano. O modelo *flexneriano*, baseado num paradigma fundamentalmente biológico e quase mecanicista para a interpretação dos fenômenos vitais, gerou, entre outras coisas, o culto à doença e não à saúde, e a devoção à tecnologia, sob a presunção ilusória de que seria o centro de atividade científica e de assistência à saúde. "O paradigma flexneriano é coerente com o conceito de saúde como ausência de doença e constitui uma âncora que permite sustentar a prática sanitária da atenção médica" (Mendes, 1996, p. 239). A formação médica e o modelo de assistência em proposição neste paradigma revelava diversas influências (Mendes, 1996; Novaes, 1990), como o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização e o curativismo.

formação, mas possibilita mudanças no modelo tecnoassistencial a partir da atuação *multiprofissional* ou *integrada* adequada às necessidades locais, constituindo um processo de *Educação Permanente em Saúde* que possibilite a afirmação do trabalhador em seu universo de trabalho e na sociedade em que vive (CECCIM, 2010, p. 20).

No Ministério da Saúde, a Política da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde possui como objeto as necessidades de saúde da população e tem como objetivo a educação voltada para a transformação da realidade. Utiliza, dessa forma, estratégias da Educação Permanente (EP) como eixo transversal e transformador da realidade e a regulação da formação conforme a necessidade do SUS.

A Constituição Federal de 1988, no art. 200, inciso III, estabelece que ao SUS compete ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988). A política de formação em saúde é tratada na Lei nº 8.080/90, no Art. 14 e no Art. 27, que dispõe sobre a integração entre os serviços e as instituições de ensino profissional e superior, considerando a importância dos recursos humanos para a viabilização de um Sistema de Saúde de qualidade (BRASIL, 1990):

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições (BRASIL, 1990, p. 5).

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (BRASIL, 1990, p. 10-11).

Tendo em vista o incentivo à formação em saúde, no ano de 2004, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Desde a sua criação, a PNEPS sofreu avaliações e foi orientada por duas

portarias, a primeira foi a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de Fevereiro de 2004, e a segunda, ainda em vigor, a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de Agosto de 2007. No ano de 2009, o MS resolve "definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde" (BRASIL, 2009a, p. 8).

Desse modo, a PNEPS foi criada com a finalidade de produzir mudanças na gestão, atenção, formação e participação social na saúde, modificando os procedimentos de trabalho no SUS e promovendo a integração dos processos de desenvolvimento de pessoas, numa perspectiva multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

Essa política apresenta, entre suas prioridades, a articulação ensino e serviço, e assume a regionalização da gestão do SUS como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das carências e necessidades do sistema, através da transformação das práticas. Propõe-se o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, promovendo a interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços.

A PNEPS legisla sobre metodologias de ensino no SUS e o potencial pedagógico a ser explorado nas estruturas organizativas das residências em saúde, para a formação de um saber coletivo.

Dessa forma, a Educação Permanente em Saúde (EPS) apresenta-se como uma estratégia fundamental para a formação de trabalhadores por embasar-se nas seguintes concepções: clínica ampliada, intersetorialidade, gestão compartilhada, integralidade, interdisciplinaridade, controle social, além da implementação de uma formação que proporciona uma análise crítica e reflexiva permanente nos espaços coletivos de trabalho - fator fundamental quando se pensa na pluralidade de organizações e coletivos de saúde no Brasil. Ceccim (2005) destaca que, para fins de debate, é central à Educação Permanente em Saúde³⁹:

³⁹ Ceccim (2005) faz a escolha pela designação Educação Permanente em Saúde e não apenas Educação Permanente, porque, como vertente pedagógica, esta formulação ganhou o estatuto de política pública apenas na área da saúde. Este estatuto se deveu à difusão, pela Organização Pan-Americana da Saúde, da proposta de Educação Permanente do Pessoal de Saúde para alcançar o desenvolvimento dos sistemas na região, com reconhecimento de que os serviços de saúde são

(...) sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção) (CECCIM, 2005, p. 162).

Na ótica de Ceccim e Ferla (2008), a Educação Permanente (EP) se apoia no conceito de 'ensino problematizador', que considera que a produção de conhecimento ocorre no cotidiano das instituições de saúde, tendo como base os problemas vivenciados pelos diferentes profissionais.

Um dos eixos estruturantes da política de educação na saúde praticada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) é:

(...) a integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, caracterizada por ações que visam à mudança das práticas de formação e atenção, do processo de trabalho e da construção do conhecimento, a partir das necessidades dos serviços (BRASIL, 2006a, p. 9).

Desde 2002, o MS tem financiado Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, na modalidade de pós-graduação *lato sensu*, cujo objetivo principal é qualificar os profissionais da saúde para atuarem em sistemas e serviços públicos, a partir da inserção destes em atividades de diferentes níveis de complexidade: Gestão e Políticas de Saúde, Atenção Básica em Saúde da Família e Atenção em Rede Hospitalar. Nestes serviços é possível realizar práticas que integrem ensino, pesquisa, extensão, assistência e gestão, alinhadas aos princípios do SUS, sendo a integralidade do cuidado um dos referenciais, e o trabalho em equipe, o princípio operador.

As RMS são voltadas para a educação em serviço e têm como atributo a formação de profissionais com habilidades e especialidades distintas, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e

organizações complexas em que somente a aprendizagem significativa será capaz de promover a adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano.

regionais identificadas, de forma a contemplar os eixos norteadores mencionados na Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de Novembro de 2009. Trata-se de uma cooperação entre os Ministérios da Educação e da Saúde, concebida para favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no SUS e, particularmente, em áreas prioritárias na busca da integralidade da atenção à saúde.

No art. 13 da Lei nº 11.129, de 30 de Junho de 2005, a Residência Multiprofissional de Saúde e em Área Profissional da Saúde, é definida como "modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica" (BRASIL, 2005, p. 2). Consta ainda, no mesmo artigo que esta atividade é desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde.

Esses programas abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 1998).

Sob essa nova perspectiva, a EP é concebida como algo que vai muito além do que já se pratica, especialmente nos países desenvolvidos, a saber: a interface entre a formação e a compreensão do conceito ampliado de saúde, o que leva a avaliar a articulação entre a prática educacional e profissional na perspectiva do processo de trabalho. Nesse aspecto, Mota (2006) relata que o MS, ao:

(...) incorporar algumas críticas dos trabalhadores e intelectuais da área da saúde coletiva sobre os fundamentos que orientam o Sistema Único de Saúde, decide incentivar mudanças nos cursos de graduação das chamadas *profissões da saúde* (...) (MOTA, 2006, p. 7) **(Grifos da autora)**.

De acordo com a PNEPS, seu objetivo central é a transformação das práticas de saúde, das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, para que sejam estruturadas a partir do próprio processo de trabalho. São apontadas várias estratégias para mudanças e qualificação da atenção à saúde, das

organizações, dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas, a fim de adequá-los às necessidades e dificuldades do sistema público de saúde (BRASIL, 2004a).

Nessa direção, Ceccim (2005) analisa que:

Ao propor a educação na saúde como política de governo, o gestor federal do SUS alterou a ordem do dia no setor e somou novos parceiros; uma nova etapa anunciou o cumprimento de compromissos até então postergados pelas áreas e setores de recursos humanos da saúde. Colocar a Educação Permanente em Saúde na ordem do dia para o SUS pôs em nova evidência o trabalho da saúde, um trabalho que requer: trabalhadores que aprendam a aprender; práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social; compromissos de gestão com a integralidade; desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde, além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento (CECCIM, 2005, p. 977-979).

Com relação à formação de trabalhadores no modelo residência, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS) (BRASIL, 2003a) preconiza:

(...) regulamentar, manter, reestruturar e ampliar as residências já existentes na área da Saúde e criar novos programas adequados às necessidades do SUS e das equipes multi e transdisciplinares de saúde. As propostas de cada curso devem ser apresentadas e deliberadas pelos conselhos de saúde da área de abrangência (do município ou do estado), de acordo com as necessidades locais (BRASIL, 2003a, p. 61).

Nesse sentido, as RMS constituem um processo de formação em saúde para diferentes profissões, além da medicina, desde o final dos anos 1970. Elas são apontadas pela NOB/RH-SUS como uma estratégia para colocar em ação a modificação dos processos de formação de trabalhadores de saúde, aproximando o mundo do trabalho e da produção cotidiana de cuidados em saúde, consonantes com os princípios que orientam o SUS (BRASIL, 2003a).

3.1. HUGO: um espaço público de criação e experimentação coletiva em ensino-serviço

Há um reconhecimento da violência como um problema de saúde pública, embora não específico da área da saúde, uma vez que é resultado de uma complexa interação de diversos fatores, que podem ser individuais, sociais, econômicos, culturais, dentre outros. Por isso, a sua abordagem deve ser interdisciplinar, apoiada no avanço dos conhecimentos científicos e na superação das desigualdades, implicando na articulação da segurança, da saúde e do desenvolvimento social, devendo ser enfrentada pelos diversos setores da sociedade e do Estado (BRASIL, 2005).

O aumento dos casos de acidentes e a violência no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade, na mortalidade da população e também sobre o SUS e o conjunto da sociedade. O tema está incluído no conceito ampliado de saúde que, segundo a Constituição Federal e a legislação infraconstitucional, abrange não só as questões médicas e biomédicas, mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais nos quais a sociedade brasileira vive, trabalha, relaciona-se e projeta seu futuro.

Considerando o quadro brasileiro de morbimortalidade relativo a todas as urgências, inclusive às relacionadas ao trauma e à violência, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências infere sobre a necessidade de qualificar a assistência e promover a capacitação continuada das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, de acordo com os princípios da integralidade e humanização (BRASIL, 2001; 2003).

Na Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) são instituídas como componentes fundamentais a capacitação e a educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção. Isso se dá a partir de um enfoque estratégico promocional, abarcando toda a gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo os profissionais de nível

superior e os de nível técnico, de acordo com as diretrizes do SUS, alicerçadas nos Polos de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2011).

Ressalta-se que a Portaria GM/MS nº 737 de 16 de Maio de 2001 foi elaborada como resposta ao elevado número de acidentes e suas complicações, principalmente entre os indivíduos em fase economicamente produtiva. Assim, a portaria apresenta que:

Os esforços deverão centrar-se na formação de profissionais especializados em emergências, clínicas traumáticas, cirúrgicas e atendimento pré-hospitalar (...) Deverá ainda ser enfocada a especialização em gerenciamento de serviços de saúde. A formação desses profissionais contemplará, além dos aspectos clínico, cirúrgico e gerenciais, a abordagem psicossocial nos casos de violência (BRASIL, 2001, p. 18).

Nesse mesmo sentido, a Portaria GM/MS nº 1.864, de 29 de Setembro de 2003 estabelece que os projetos dos Núcleos de Educação em Urgências (NEU) devem: promover processos de capacitação e de educação permanente dos trabalhadores da saúde para o adequado atendimento às urgências e emergências, em todos os níveis de atenção do sistema; estimular a adequação curricular nas instituições formadoras, de forma a atender às necessidades do SUS e da atenção integral às urgências; implantar Laboratórios de Ensino de Procedimentos de Saúde como parte dos NEU; e envolver de forma interinstitucional os órgãos formadores e os prestadores, para desenvolver uma abordagem temática em urgência no âmbito de todos os Polos de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2003).

Nesse contexto, o Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma (PRIMUT) da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO) é resultado de uma análise que se baseia em indicadores e determinantes de mortalidade e morbidade decorrentes de causas externas (acidentes e violência). A ênfase 'Urgência e Trauma' hoje é um componente prioritário da assistência e linha de cuidados à saúde.

Considerando o disposto na Portaria GM/MS nº 1.600 de 07 de Julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede

de Atenção às Urgências (RUE) no SUS, o PRIMUT da SES/GO busca fomentar a implantação de um modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas cuidadoras, baseado na gestão de linhas de cuidado, garantido pela qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, na perspectiva da integralidade e interdisciplinaridade.

A ideia de criar a primeira Residência Multiprofissional em Saúde da SES/GO, em Urgência e Trauma, foi sendo construída a partir das reflexões dos profissionais de saúde do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) e da Escola de Saúde Pública Candido Santiago (ESAP), nascendo em resposta a duas demandas: uma demanda interna, deflagrada pela necessidade de ampliar a formação e a capacitação de profissionais para a rede de serviços, sentida pelos próprios profissionais; e uma demanda externa ao serviço, em resposta à política governamental de Educação Permanente em Saúde (EPS) (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2012).

O PRIMUT/HUGO, área de concentração Urgência e Trauma, se propõe a contribuir com a formação que supera a perspectiva do modelo hospitalocêntrico fragmentado por patologias e especialidades. Tem como objetivo estabelecer a troca de saberes multiprofissional e interdisciplinar, e proporcionar atendimento integral e humanizado ao usuário do SUS. O cenário principal de atividade prática proposto para o PRIMUT da SES/GO é o HUGO, hospital integrado à rede de saúde regional, com possibilidade de referenciar e contrarreferenciar os pacientes (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2012).

O HUGO, unidade pública estadual de saúde vinculada à SES/GO, foi criado pelo Decreto 2.740 de 11 de Junho de 1987, e estruturado pelo Decreto 3.522 de 19 de Setembro de 1990. Em 12 de Junho de 1991, a Lei nº 11.460 alterou a nomenclatura inicial dada à unidade para 'Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz', homenagem ao médico pediatra que deixou seu nome ligado à medicina goiana.

Os serviços do hospital foram disponibilizados à sociedade em Dezembro de 1991, nas gestões do Governador de Goiás Dr. Henrique Antônio Santillo e do

Secretário de Saúde Antônio Faleiros Filho. Sua estrutura compreende uma área de 28.541,60 metros quadrados, com 407 leitos de internação (inclusive para observação e UTI) e centro cirúrgico com dez salas em funcionamento. Referência no Planalto Central, é o único na área de urgências e emergências que atende todo o Centro-Oeste e outros Estados, sendo todos os seus leitos dedicados exclusivamente ao SUS. Apesar de ter sido idealizado para prestar atendimento apenas em caráter de urgência e emergência, ao longo dos anos, o HUGO tem atuado nos níveis primário, secundário e terciário, em função das deficiências apresentadas pela rede básica de saúde.

Através de contrato de gestão, o Poder Público transferiu a execução do serviço prestado no HUGO para o Instituto de Gestão em Saúde (Gerir), entidade privada, em consonância com as diretrizes da Lei Federal nº 9.637, de 15 de Maio de 1998 e da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de Dezembro de 2005, que dispõem sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais.

Na particularidade da SES/GO, foco desse estudo, as Residências Multiprofissionais em Saúde foram implantadas no ano de 2013, nas seguintes unidades: Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), Hospital Alberto Rassi (HGG) e Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT), oferecendo inicialmente 36 vagas anuais em três áreas de concentração (Urgência e Trauma, Atenção Clínica Especializada – Endocrinologia, e Atenção Clínica Especializada – Infectologia).

Em 2014 foram implantadas 14 novas vagas, oferecidas no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), na área multiprofissional com ênfase em Saúde Funcional e Reabilitação, e também no Hospital Materno Infantil (HMI), na modalidade uniprofissional em Enfermagem Obstétrica. Esses programas incluem as seguintes áreas profissionais: Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

A UniEvangélica – Centro Universitário de Anápolis é a instituição formadora do PRIMUT, que tem o Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) como instituição executora e principal cenário de prática da residência.

Para a implantação do Programa foram estabelecidas parcerias com as Secretarias Municipais de Saúde de Goiânia e de Aparecida de Goiânia, e o projeto foi apresentado à Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES), previsto na Lei nº 8.080/1990, na Portaria GM/MS nº 1.996/2007 e pactuado na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e no Conselho Municipal de Saúde (CMS).

O Programa de Residência em Área Profissional da Saúde Modalidade Multiprofissional - Área de Concentração Urgência e Trauma tem como público-alvo profissionais da área de saúde graduados em Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição e Serviço Social. *Especialista em Urgência e Trauma* é a titulação conferida ao profissional da saúde residente nesta área de concentração.

O profissional egresso do Programa deve estar apto a: analisar criticamente o Sistema de Urgência e Emergência do SUS; contribuir com o atendimento eficiente e seguro; prestar assistência direta à população; desenvolver pesquisas nesta área de atuação; exercer as atividades assistenciais com base no rigor científico e intelectual; ser conhecedor da rede de serviços de saúde percorrida pelo usuário; ser capaz de conhecer e intervir na realidade concreta dos serviços de saúde; estar habilitado para o trabalho em equipe e multiprofissional, reconhecendo as necessidades do ser humano; e, conseqüentemente, prestar uma assistência integral e humanizada ao usuário (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2012).

Foi estabelecida, desde a elaboração deste projeto, a parceria com o Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Goiás (UFG), por ser o local que já contempla a Residência Multiprofissional em Saúde e, por isso, estar calcado de grande experiência. Os outros hospitais da rede estadual, a Rede de Atenção Básica do município e os diversos dispositivos da Rede de Atenção às Urgências e Emergências consistirão em campos complementares de prática do programa. Outras parcerias incluem as Superintendências da própria SES/GO, que atuam e corroboram na formação do profissional residente (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2012).

O Programa de Residência em Área Profissional da Saúde Modalidade Multiprofissional, ênfase Urgência e Trauma da SES/GO está articulado com as políticas de saúde locais. São referências para esta articulação os membros da Comissão de Acompanhamento à Contratualização da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, e os representantes da Universidade nos Conselhos de Saúde Estadual e Municipal. Os Planos Estadual e Municipal de Saúde reafirmam a necessidade de capacitar profissionais na atenção à saúde em Urgência e Trauma, respondendo, desta forma, às políticas locais.

A formação articulada ao contexto social não se esgota na graduação, tanto que o Ministério da Saúde, por meio das Universidades e Secretarias de Saúde, tem investido na formação em nível de pós-graduação, *lato sensu e stricto sensu*, o que reafirma o compromisso com as políticas governamentais, visando capacitar os profissionais para a atuação junto ao SUS. O objetivo, tal como figura no projeto do Programa é:

Promover a especialização de profissionais da saúde por meio da ação articulada entre diferentes profissões, tendo como eixo orientador os princípios e diretrizes do SUS e as necessidades locais e regionais, propiciando apoio à capacitação para o exercício profissional com excelência na área de cuidado integral à saúde no que tange a Urgência e Trauma, envolvendo a comunidade, a gestão, organização do trabalho e a educação na saúde (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2012, p. 36).

Compreendendo que a noção sobre o trabalho na saúde é norteadora das decisões políticas e técnicas que envolvem todos os componentes da formação profissional, a proposição de uma Residência Integrada Multiprofissional em Saúde cumpre o intuito de articular o mundo do trabalho e o da educação, criando mais um espaço de consolidação de saberes e práticas, bem como de responder à Política Nacional de Educação Permanente.

Para Ceccim e Pinheiro (2006), não basta uma formação ocorrer em serviços de saúde e com trabalhadores de diversos núcleos profissionais, como as

RMS, para assegurar invenção, novidade. O projeto formativo precisa contemplar dois aspectos principais: o caráter ético-político de pensar a formação como Educação Permanente em Saúde (EPS); e a dimensão da integralidade em saúde como eixo central na constituição de saberes e práticas. Entende-se que um dos aspectos fundamentais do currículo integrado do Programa é o seu referencial teórico-metodológico.

O referencial pedagógico norteador é aquele que permite ao residente construir conhecimentos através da análise de problemas a partir do território, compreender a realidade em sua complexidade e trabalhá-la a partir de um novo olhar dos problemas cotidianos. A concepção crítico-reflexiva do processo educacional é a que busca a articulação entre a teoria e a prática, a participação ativa do residente e a problematização da realidade através do diálogo no exercício multidisciplinar.

Destaca-se que, para o atendimento das diretrizes do programa de residência e da necessidade de propiciar uma experiência realmente problematizadora e construtivista aos profissionais da saúde residentes, são utilizadas metodologias ativas como eixo estruturante do processo pedagógico (BRASIL, 2012).

Tomando como base a realidade, a reflexão e a análise política do campo de intervenção, a implantação desta modalidade de residência na SES/GO justifica-se pela necessidade de oportunizar a integração das instituições de ensino e serviços de saúde, fazendo com que a proposta da formação, o caráter da atenção e gestão sejam reorientados, na perspectiva do fortalecimento do SUS e das políticas públicas de saúde vigentes no país.

O resultado da seleção do projeto da RMS do HUGO foi homologado por meio da Portaria Conjunta SGETS/SESU nº 07, de 27 de Novembro de 2012, da Secretaria de Gestão no Trabalho e da Educação na Saúde, no Diário Oficial da União (DOU) nº 230, de 29 de Novembro de 2012. A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde se manifestou favorável ao reconhecimento do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma através do

Parecer CNRMS: 49/2015, de acordo com a Resolução CNRMS nº 07, de 13 de Novembro de 2014.

Após dois anos de sancionada a Lei 11.129/2005, com intensa participação do Conselho Nacional de Saúde, foi criada a Portaria Interministerial nº 45 de 15 de Janeiro de 2007 e instituída a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). A Comissão, em 2012, estabeleceu a estrutura e as funções envolvidas na implementação dos Projetos Pedagógicos (PP) dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, que seriam constituídos por: Coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), Coordenação de Programa, Núcleo Docente-Assistencial Estruturante (NDAE), bem como por docentes, tutores, preceptores e profissionais da saúde residentes.

A função da Coordenação⁴⁰ do Programa deve ser exercida por profissional com titulação mínima de Mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos nas áreas de formação, atenção ou gestão em saúde.

O NDAE⁴¹ é constituído pelo Coordenador do programa, por representante de docentes, tutores e preceptores de cada área de concentração.

⁴⁰ Ao Coordenador do Programa compete: I. fazer cumprir as deliberações da COREMU; II. garantir a implementação do programa; III. coordenar o processo de autoavaliação do programa; IV. coordenar o processo de análise, atualização e aprovação das alterações do projeto pedagógico junto à COREMU; V. constituir e promover a qualificação do corpo de docentes, tutores e preceptores, submetendo-os à aprovação pela COREMU; VI. mediar as negociações interinstitucionais para viabilização de ações conjuntas de gestão, ensino, educação, pesquisa e extensão; VII. promover a articulação do programa com outros programas de residência em saúde da instituição, incluindo a médica, e com os cursos de graduação e pós-graduação; VIII. fomentar a participação dos residentes, tutores e preceptores no desenvolvimento de ações e de projetos interinstitucionais em toda a extensão da rede de atenção e gestão do SUS; IX. promover a articulação com as Políticas Nacionais de Educação e da Saúde e com a Política de Educação Permanente em Saúde do seu estado por meio da Comissão de Integração Ensino-Serviço - CIES; X. responsabilizar-se pela documentação do programa e atualização de dados junto às instâncias institucionais locais de desenvolvimento do programa e à CNRMS (BRASIL, 2012).

⁴¹ São responsabilidades do NDAE: I. acompanhar a execução do PP, propondo ajustes e mudanças, quando necessários, à coordenação; II. assessorar a coordenação dos programas no processo de planejamento, implementação, acompanhamento e avaliação das ações teóricas, teórico-práticas e práticas inerentes ao desenvolvimento do programa, propondo ajustes e mudanças quando necessários; III. promover a institucionalização de novos processos de gestão, atenção e formação em saúde, visando o fortalecimento ou construção de ações integradas na(s) respectiva(s) área de concentração, entre equipe, entre serviços e nas redes de atenção do SUS; IV. estruturar e desenvolver grupos de estudo e de pesquisa, que fomentem a produção de projetos de pesquisa e

Os docentes⁴² são profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no PP.

A função de tutor⁴³ caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, exercida por profissional com formação mínima de Mestre e experiência profissional de, no mínimo, três anos. A tutoria de núcleo corresponde à orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo profissional específico, desenvolvidas pelos preceptores e residentes. A tutoria de campo corresponde à orientação acadêmica voltada à discussão das atividades no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa (BRASIL, 2012).

A função de preceptor⁴⁴ caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se

projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para a qualificação do SUS.

⁴² Aos docentes compete: I. articular junto ao tutor mecanismos de estímulo para a participação de preceptores e residentes nas atividades de pesquisa e nos projetos de intervenção; II. apoiar a coordenação dos programas na elaboração e execução de projetos de educação permanente em saúde para a equipe de preceptores da instituição executora; III. promover a elaboração de projetos de mestrado profissional associados aos programas de residência; IV. orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU.

⁴³ Aos tutores compete: I. implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, realizando encontros periódicos com preceptores e residentes com frequência mínima semanal, contemplando todas as áreas envolvidas no programa; II. organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do PP; III. participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores; IV. planejar e implementar, junto aos preceptores, equipe de saúde, docentes e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde; V. articular a integração dos preceptores e residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde; VI. participar do processo de avaliação dos residentes; VII. participar da avaliação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento; VIII. orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU.

⁴⁴ Ao preceptor compete: I. exercer a função de orientador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde; II. orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor(es), o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP; III. elaborar, com suporte do(s) tutor(es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de

desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de Especialista. O preceptor deverá, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob a sua supervisão, estando presente no cenário de prática.

O profissional que ingressar em Programas de RMS recebe a denominação de Profissional da Saúde Residente⁴⁵.

A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), entre outras determinações, imputa a parceria entre unidade executora e unidade formadora para a realização dos programas de residência. A instituição formadora é a Instituição de Ensino Superior (IES) que oferece o programa de residência em parceria com as instituições executoras, locais onde se desenvolverá o maior percentual da carga horária prática do programa de residência.

férias, acompanhando sua execução; IV. facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática; V. participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS; VI. identificar dificuldades e problemas de qualificação do(s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando se fizer necessário; VII. participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão; VIII. proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral; IX. participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento; X. orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU, respeitada a exigência mínima de titulação de Mestre.

⁴⁵ Ao profissional da saúde residente compete: I. conhecer o PP do programa para o qual ingressou, atuando de acordo com as suas diretrizes orientadoras; II. empenhar-se como articulador participativo na criação e implementação de alternativas estratégicas inovadoras no campo da atenção e gestão em saúde, imprescindíveis para as mudanças necessárias à consolidação do SUS; III. ser corresponsável pelo processo de formação e integração ensino-serviço, desencadeando reconfigurações no campo, a partir de novas modalidades de relações interpessoais, organizacionais, ético-humanísticas e técnico-sócio-políticas; IV. dedicar-se exclusivamente ao programa, cumprindo a carga horária de 60 (sessenta) horas semanais; V. conduzir-se com comportamento ético perante a comunidade e usuários envolvidos no exercício de suas funções, bem como perante o corpo docente, corpo discente e técnico-administrativo das instituições que desenvolvem o programa; VI. comparecer com pontualidade e assiduidade às atividades da residência; VII. articular-se com os representantes dos profissionais da saúde residentes na COREMU da instituição; VIII. integrar-se às diversas áreas profissionais no respectivo campo, bem como com alunos do ensino da educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde; IX. integrar-se à equipe dos serviços de saúde e à comunidade nos cenários de prática; X. buscar a articulação com outros programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde e também com os programas de residência médica; XI. zelar pelo patrimônio institucional; XII. participar de comissões ou reuniões sempre que for solicitado; XIII. manter-se atualizado sobre a regulamentação relacionada à residência multiprofissional e em área profissional de saúde; XIV. participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento (BRASIL, 2012).

Nas resoluções da CNRMS, os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional são desenvolvidos com 80% (oitenta por cento) da carga horária total sob a forma de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas, com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social, e 20% (vinte por cento) sob forma de estratégias educacionais teóricas (BRASIL, 2014).

As estratégias educacionais práticas são aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das categorias profissionais da saúde. Devem acontecer obrigatoriamente sob supervisão do corpo docente assistencial. As atividades teórico-práticas são aquelas cuja aprendizagem se faz por meio de simulação em laboratórios, ações em territórios de saúde e em instâncias de controle social, em ambientes virtuais de aprendizagem, análise de casos clínicos e ações de saúde coletiva, entre outras, sob a orientação do corpo docente assistencial. Já as atividades teóricas são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudo individual e em grupo, e apresentação pública, em que o residente conta, formalmente, com orientação do corpo docente assistencial e convidados visando à aquisição e elaboração conceitual e técnica.

As estratégias educacionais teóricas, teórico-práticas e práticas dos programas devem necessariamente, além de formação específica voltada às áreas de concentração e categorias profissionais, contemplar temas relacionados à bioética, à ética profissional, à metodologia científica, à epidemiologia, à estatística, à segurança do paciente, às políticas públicas de saúde e ao SUS. A resolução aponta, ainda, a formação mínima de Especialista para o corpo docente-assistencial (BRASIL, 2014).

A Residência Multiprofissional em Saúde no HUGO se configura como uma modalidade de ensino que contempla trabalho e formação, buscando primordialmente o reconhecimento das necessidades de saúde da população como eixo norteador da qualificação dos profissionais, além de primar pelo trabalho em equipe (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2012). Ressalta-se que a criação dessa residência busca responder à política governamental, bem como possibilitar um movimento institucional de transformação, pois a educação

permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais seja baseada na reflexão crítica das práticas reais na rede de serviços.

Os princípios do PRIMUT da SES/GO são pautados em articulação à produção do conhecimento, à assistência e à gestão. Alicerça-se também na compreensão que a atenção à saúde não se efetiva a partir da prática profissional isolada, mas impõe uma aprendizagem multiprofissional, na perspectiva de construção da interdisciplinaridade (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2012).

A partir de uma análise da realidade locorregional, em consonância com as estratégias do SUS de Educação Permanente e a Política Nacional de Atenção às Urgências, e ainda, atendendo à Política de Formação do Ministério da Educação (Programa de Residência Multiprofissional) foi idealizado o Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. A Residência Multiprofissional em Saúde no HUGO iniciou suas atividades em 01 de Março de 2013.

3.2. Mapeamento do universo de profissionais da saúde residentes, preceptores e tutores da Residência Multiprofissional em Saúde do HUGO

O Programa de Residência Integrada Multiprofissional, área de concentração Urgência e Trauma, na SES/GO caracteriza-se como um programa de formação em saúde que fortalece, consubstancia e prioriza um dos campos estratégicos para o SUS. Seu objetivo primário é formar profissionais de saúde, por meio da educação em serviço, para atuar em equipe multiprofissional na atenção às urgências e emergências fundamentadas nos princípios e diretrizes propostos pelo SUS.

Todo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) tem características singulares, com diferenças no que se refere às profissões, às áreas

de concentração e aos locais de prática/estudo que o compõem. Optou-se por realizar a coleta de dados apenas em uma RMS, que tem como foco a Atenção Hospitalar, ênfase em Urgência e Trauma, e situa-se em Goiânia (GO). Na cidade, esta é a que possui o maior número de vagas e maior variedade de categorias profissionais. O programa tem duração de dois anos e formou, em suas três primeiras turmas, 17 egressos.

O universo de investigação deste estudo foi composto por 50 profissionais de saúde do PRIMUT do HUGO em 2016, sendo: 22 profissionais da saúde residentes, 22 preceptores e seis tutores, sendo um para cada núcleo profissional. Destes, 17 profissionais (seis residentes, seis preceptores e cinco tutores) responderam à entrevista, caracterizando-se como participantes do estudo. À época, as profissões que compunham o programa eram: Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.

Tabela 1 - Distribuição do número de vagas para residentes, no Projeto de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma do Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), em 2012.

Ênfase	Categorias Profissionais	Nº de Vagas
Urgência e Trauma	Enfermagem	2
	Fisioterapia	2
	Fonoaudiologia	2
	Nutrição	2
	Psicologia	2
	Serviço Social	2
Total de Vagas		12

FONTE: Projeto de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2012).

A RMS no HUGO dispõe de 22 preceptores para o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas, caracterizadas por supervisão direta das atividades realizadas pelos profissionais da saúde residentes na unidade hospitalar onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de Especialista. O preceptor é, necessariamente, da mesma área do profissional da saúde residente sob a sua supervisão, estando presente no cenário de prática. Cabe, ainda, ao preceptor, exercer a função de orientador de referência para o desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção em saúde (BRASIL, 2012).

Para a realização da pesquisa empírica foram entrevistados 17 profissionais, sendo seis residentes, seis preceptores e cinco tutores, contemplando todos os núcleos de saberes da residência, à época.

Ao analisar os dados, verificamos que todos os participantes da pesquisa possuem ensino superior, por ser esta uma condição para ingressar na Residência Multiprofissional em Saúde, e ainda, que eram 100% (cem por cento) do sexo feminino. Essa predominância condiz com as tendências e implicações do processo de feminização das profissões e ocupações de saúde em geral, fenômeno que ocorre de maneira acentuada nos últimos anos, e que representa mais de 70% (setenta por cento) de inserção da mulher em postos de trabalho no campo da saúde. Isso se dá notadamente pelo caráter de cuidado e papéis estereotipados relacionados historicamente a essas profissões (MATOS, TOASSI & OLIVEIRA, 2013). Este resultado corrobora com estudos semelhantes de Machado et al. (2006) e Fajardo (2011), com o objetivo de compreender a expansão do mundo do trabalho e das especificidades das ocupações.

De acordo com as Diretrizes Gerais para a Educação dos Profissionais de Saúde no Século XXI, a diversidade e a complexidade dos campos de atuação destes profissionais exigem um novo delineamento para o âmbito específico de cada profissão. No entanto, todos deverão estar dotados de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que possibilitem a sua interação e atuação multiprofissional, tendo como beneficiários os indivíduos e a comunidade, promovendo a saúde para todos. Estas competências são: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente (OLHO MÁGICO, 1999).

Quanto à idade dos participantes da pesquisa, foi utilizado o intervalo de cinco anos, de acordo com parâmetros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os residentes pertencem à faixa etária de 22 a 27 anos, com idade média de 24,3 anos. Essa faixa etária os caracteriza como jovens profissionais que praticamente têm na residência sua primeira experiência de trabalho depois da graduação, cumprindo o papel da Lei nº 11.129/2005 (BRASIL, 2005).

Esse achado coaduna com o instituído no Programa Nacional de Inclusão de Jovens no Mercado de Trabalho, destinado aos estudantes de educação superior, prioritariamente com idade inferior a 29 anos. O Programa visa à vivência, ao estágio da área da saúde, ao aperfeiçoamento e à especialização em área profissional como estratégias para o provimento e a fixação de profissionais em programas, projetos, ações e atividades, e em regiões prioritárias para o SUS (BRASIL, 2005).

Em relação à idade dos preceptores, os dados mostram que prevalece a faixa etária de 30 a 49 anos. E ainda, que a idade mínima é de 30 e a máxima de 52 anos. Em relação à idade dos tutores, constatou-se que variou entre 30 e 47 anos (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da população pesquisada (residentes, preceptores, tutores do Projeto de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma do Hospital de Urgências de Goiânia, SES/GO, segundo os grupos de idade.

Faixa Etária	Residente	Preceptor	Tutor
20 a 24 anos	4	0	0
25 a 29 anos	2	0	0
30 a 34 anos	0	2	2
35 a 39 anos	0	1	0
40 a 44 anos	0	2	1
45 a 49 anos	0	0	2
50 a 54 anos	0	1	0
Total	6	6	5

FONTE: A autora.

No tocante à origem dos pesquisados, os dados evidenciam que 66,7% dos residentes são do Estado de Goiás (Cidade de Goiás, Goiânia, Quirinópolis); 33,3% são de outros Estados como: Minas Gerais (João Molevade) e Tocantins (Colinas). Quanto aos preceptores, os dados revelam que 83,3% são do Estado de Goiás (Goiânia, Hidrolândia, Nazário) e 16,7% do Estado de Minas Gerais (Chumbo). Em relação aos tutores os dados demonstram que 60% são do Estado de Goiás (Goiânia, Inhumas e Iporá) e 40% são de outros Estados da federação (Minas Gerais - Araguari) e do Rio de Janeiro (capital).

Em relação ao estado civil dos entrevistados destaca-se que 66,7% dos residentes são solteiros e 33,3% são casados. Ao passo que 83,3% dos preceptores são casados e 16,7% são solteiros. Os dados revelam ainda que 100% dos tutores são casados.

Quanto ao questionamento a respeito de filhos, os dados demonstram que os profissionais da saúde residentes não possuem filhos. E que a maioria dos preceptores e todos os tutores têm filhos.

Em relação à Instituição de Ensino Superior (IES) salienta-se que, dentre os entrevistados, 83,3% dos residentes se formaram em Instituição de Ensino Superior privada, e que 16,7% são egressos do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Goiás (UFG) - Regional Goiás (GO).

Quanto aos preceptores, 66,7% se formaram na Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), e 33,3% se graduaram em universidade pública, sendo um na Universidade Federal de Goiás (UFG) e o outro na Universidade Estadual de Goiás (UEG).

Entre os tutores entrevistados, 60% se graduaram em universidade pública: um na Universidade Federal de Goiás (UFG), um na Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) e o outro na Universidade de São Paulo (USP). E 40% dos tutores se formaram na Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás).

Quanto ao ano de conclusão da graduação, os dados da pesquisa revelam que a maioria dos residentes concluiu a graduação no período compreendido entre um a dois anos antes do ingresso na Residência Multiprofissional em Saúde, correspondendo a 83,3%, e apenas 16,7% terminaram a graduação há cinco anos. Ressalta-se que este dado coaduna com as diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde, haja vista que visam "favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, preferencialmente recém-formados, particularmente em áreas prioritárias para o SUS" (BRASIL, 2012, p. 1).

Em relação aos preceptores, observa-se que pequena parte deles se graduou entre os anos de 1989 e 1998; a grande maioria se diplomou entre os anos

2000 e 2010; e apenas um se formou no ano de 2010. Os preceptores apresentam de seis a 27 anos de formados. Quanto aos tutores, três se formaram na década de 1990, e dois ao longo dos primeiros anos da década de 2000. Os tutores apresentam de seis a 24 anos de graduados.

Evidencia-se que todos os residentes, a maioria dos preceptores e dois tutores se graduaram na vigência das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde (Resoluções nº 03/2001; nº 04/2001 e nº 03/2002, Câmara de Educação Superior/Conselho Nacional de Educação). Isso representa importante avanço alcançado, a partir da construção coletiva, pelo Movimento da Reforma Sanitária, que clamou por mudanças no modelo de formação dos profissionais de saúde, na perspectiva do atendimento às necessidades sociais da população brasileira, e da formação de um profissional generalista, reflexivo e comprometido com os princípios do SUS, da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde (CES/CNE, 2001; 2002).

No tocante à pós-graduação, os dados da pesquisa demonstram que a maioria dos residentes não cursou pós-graduação *lato sensu*, anterior à Residência Multiprofissional em Saúde (apenas dois haviam cursado). Quanto aos preceptores da instituição, todos têm formação mínima de Especialista na área de saúde e/ou correlata, e um preceptor entrevistado possui Mestrado em Ciências da Saúde. O tempo de conclusão dos cursos de pós-graduação *lato sensu* varia de quatro a 12 anos. Dois preceptores são egressos de Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Um na área de concentração em Cancerologia da Liga Paranaense de Combate ao Câncer/LPCC – no Hospital Erasto Gaertner/HEG, e o outro do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da SES/GO, área de concentração Urgência e Trauma no HUGO.

Observou-se que as funções de preceptor e tutor no serviço de saúde onde se desenvolveu a pesquisa, são vinculadas à instituição formadora ou executora. Todos os tutores têm formação em pós-graduação *stricto sensu* na área de saúde e/ou correlata, sendo quatro Mestres na área de saúde e um Doutor em epidemiologia. Os tutores apresentam de quatro a 22 anos de conclusão de pós-graduação. Os dados coadunam com as diretrizes gerais para a criação e operacionalização dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área

Profissional da Saúde, "em âmbito nacional, cuja função deve ser exercida por profissional com formação mínima de Especialista para preceptoria e de Mestre para tutoria, conforme preconiza a Resolução CNRMS nº 2, de 13 de Abril de 2012" (BRASIL, 2012, p. 3-4).

No tocante à moradia atual salienta-se que, dentre os residentes entrevistados, a maioria mora com pais e irmãos, correspondendo ao percentual de 83,3% - isso pode ser justificado pelo fato de que os residentes são jovens, solteiros, sem filhos, e no início da carreira profissional - e 33,3% moram com o cônjuge. Evidencia-se que os preceptores, em sua maioria, residem com o cônjuge e filhos, correspondendo ao percentual de 66,7%; sendo que 16,7% residem apenas com o cônjuge; e 16,7% residem sozinhos. E todos tutores residem com os cônjuges e filhos.

Em relação ao tempo de serviço no HUGO, constatou-se que os preceptores laboram de quatro a 240 meses na instituição. O tempo de trabalho dos tutores variou de quatro a 180 meses. A partir disso, pode-se afirmar que a grande maioria dos preceptores e tutores trabalha na instituição pesquisada entre dois e 20 anos. Ressalta-se que todos os preceptores e tutores apresentam experiência profissional na área de formação. Os resultados evidenciam que os participantes da pesquisa possuem, em sua maioria, uma experiência profissional significativa em unidade hospitalar, com ênfase em urgência e emergência.

Quanto ao tempo de trabalho no PRIMUT do HUGO, observa-se que os preceptores e os tutores possuem de quatro a 36 meses de tempo de atuação. Ressalta-se que a grande maioria dos entrevistados se encontra na RMS desde a elaboração do projeto e implantação da Residência Multiprofissional, em Março de 2013.

No que concerne ao vínculo empregatício, destaca-se que todos os residentes são vinculados ao Ministério da Saúde, com recebimento de bolsas. A minoria dos preceptores é de celetistas, correspondendo a 16,7%, com vínculo empregatício regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com a Organização Social - Gerir (Decreto-Lei nº 5.452, de 01/05/43). Os dados demonstram, ainda, que 83,3% dos preceptores e todos os tutores são servidores

públicos, efetivos, estáveis e têm sua relação funcional regulamentada pelo regime jurídico estatutário (Lei nº 10.460/1988).

No que se refere à política de pessoal em saúde, há que se admitir que, sob o SUS, pouco se avançou. Com efeito, o desafio ainda é formular e implantar uma Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Essa política, no que toca à educação, deve ter como objetivos centrais ampliar o quantitativo de profissionais formados e adequar seus perfis às necessidades de saúde da população (PIERANTONI e cols., 2008).

Para tanto, toda a rede de serviços deve tornar-se espaço de formação, o que viabiliza também as práticas de educação permanente. Com relação à gestão do trabalho, o provimento e a distribuição dos profissionais de saúde devem ser baseados no dimensionamento da necessidade de pessoal, em termos quantitativos e qualitativos, a partir das demandas de saúde, em um processo contínuo de planejamento concentrado entre as três esferas de governo. Além disso, a garantia de condições apropriadas de trabalho passa pela revisão do atual sistema de regulação profissional, excessivamente marcado pela defesa dos interesses corporativos.

3.3. Vozes e percepções dos atores sociais da pesquisa

Este subitem objetiva evidenciar as vozes e percepções dos três atores sociais envolvidos no cenário deste estudo: profissionais da saúde residentes, preceptores e tutores do PRIMUT/HUGO.

Aqui, faremos a análise das entrevistas realizadas na pesquisa. Foram expostos os trechos de fala dos entrevistados⁴⁶ que melhor os representassem. Os trechos das entrevistas são apresentados sempre acompanhados de identificação

⁴⁶ Os trechos de fala das entrevistas seguiram o padrão de formatação para citação. Quando algum dado da fala foi omitido ou substituído para não identificar o participante, parênteses indicaram a alteração feita.

numérica e não nominal. Dados que poderiam expor a identidade dos sujeitos entrevistados e quebrar o sigilo foram omitidos.

Dos grupos entrevistados, temos que: o primeiro é o de Residentes (R), ou seja, os profissionais da saúde em formação nesta modalidade; o segundo é o de Preceptores (P), os profissionais da mesma área dos residentes que atuam na instituição executora do programa e têm como função principal a supervisão direta das atividades práticas realizadas; o terceiro é o de Tutores (T), os profissionais com titulação mínima de Mestre e experiência de no mínimo três anos, e sua função consiste em realizar orientações acadêmicas de preceptores e residentes.

No que tange à motivação para a busca da formação em serviço no PRIMUT do HUGO, os pesquisados apontam:

A experiência prática aliada ao suporte teórico. Também pelo fato de ser bem recomendado por professores da academia e por oferecer auxílio financeiro (R 3).

A possibilidade de ingresso no mercado de trabalho (...) Também porque o ensino em serviço dá mais segurança para o recém-formado trabalhar na área (R 5).

Foi o modo que encontrei para continuar estudando. Também tive boas referências da residência multiprofissional, de modo geral. Optei pelo HUGO devido à gama de enfermidades graves e agudas tratadas aqui, o que considero enriquecedor (R 6).

A possibilidade de por em prática o conhecimento que aprendi e por cuidar de pacientes (R 9).

Sempre tive interesse na área da saúde e considero a residência a melhor formação após a graduação (R 11).

Em relação à motivação para a formação em serviço no PRIMUT, as respostas dos residentes são heterogêneas. As falas evidenciam a busca de conhecimentos relacionados à experiência prática, suporte teórico, qualificação para o trabalho e também as boas recomendações dos seus mestres. Os residentes consideram, ainda, a pós-graduação *lato sensu* na modalidade ensino-serviço na

área de saúde como um dos processos educativos que permite adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais, bem como facilitar a inserção futura no mercado de trabalho.

Destaca-se, ainda, a motivação pela RMS como uma forma de continuidade dos estudos e qualificação profissional atrelada à realização de uma pós-graduação, além do aporte financeiro que oportuniza ao residente estudar e sobreviver. Vale ressaltar que para os residentes que ingressarem na RMS é destinada Bolsa para a Educação pelo Trabalho⁴⁷, cujo valor é igual para todos, e sobre o qual incidem a contribuição previdenciária e as deduções fiscais, na forma da lei.

As falas acima situam a insuficiência da formação na graduação, ao passo que indicam a expectativa de que esta fosse satisfatória em lhes capacitar profissionalmente. Naturaliza-se a distância entre a graduação e o que é possível encontrar a respeito da prática, o que legitima a necessidade da RMS.

Como os cursos de graduação têm apresentado fragilidades na formação de profissionais, a especialização por meio da Residência transformou-se em complementação indispensável à prontidão para o exercício profissional. É somente aí, depois da graduação, que existe a possibilidade de aquisição de habilidades e a incorporação de conhecimentos específicos acompanhados dos necessários critérios de importância, relevância e de maneira articulada com a prática (FEUERWERKER, 2009).

Sobre a opção pelo processo formativo que integra ensino e serviço, Parente et al. (2006) destacam que:

⁴⁷ Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – PróJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de Maio de 2003, e 10.429, de 24 de Abril de 2002; e dá outras providências. Art. 15 da Lei nº 11.129/2005 - É instituído o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, destinado aos estudantes de educação superior, prioritariamente com idade inferior a 29 (vinte e nove) anos, e aos trabalhadores da área da saúde, visando à vivência, ao estágio da área da saúde, à educação profissional técnica de nível médio, ao aperfeiçoamento e à especialização em área profissional, como estratégias para o provimento e a fixação de profissionais em programas, projetos, ações e atividades e em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005).

A vivência do residente em saúde (...) deve ser a de compreender e interagir em um dado território (...) na sua área de atuação. Não se trata de observar as atividades, o fazer dos profissionais, mas ser sujeito ativo que pensa, problematiza, elabora e faz com base na realidade local de forma participativa e orgânica com a população, com a equipe (...) e com as várias instituições que atuam no território, com a devida supervisão, apoio e suporte de aprendizagem técnica (PARENTE et al., 2006, p. 86).

No tocante às atividades teóricas (eixos teóricos, estudo individual e em grupos, comuns à área de concentração/transversal e a cada núcleo profissional), que contam com o apoio obrigatório de docentes ou convidados, os entrevistados referem:

Com certeza a prática agrega valor à teoria. Considero importante contar com a experiência profissional de outras pessoas (R 5).

O eixo transversal foi enriquecedor e, agora, o eixo de concentração agrega valor a ele, principalmente por contar com professores convidados. Também nós, residentes, ganhamos protagonismo, apesar de ser muito trabalho para o pouco tempo de que dispomos (R 6).

Contribui. Acho que metade das aulas deveria ser ministrada por convidados específicos de cada disciplina, que têm mais vivência prática e teórica, e a outra metade, pelos residentes, na forma da metodologia ativa (R 11).

Sim. Contribui com conhecimento, atualidade e informações sobre o SUS, na área de atuação do residente (R 15).

As falas dos entrevistados apresentam unanimidade. Relatam, ainda, que as atividades teóricas subsidiam, atualizam e agregam valor ao conhecimento. Os conteúdos teóricos são divididos em atividades comuns a todas as profissões e, se necessário, atividades específicas de cada profissão, com carga horária total de 1.152 horas. O residente deverá cumprir uma carga horária mínima de 85% (BRASIL, 2014).

Essas atividades são importantes, haja vista que na nossa formação (...) tem-se conhecimento específico da área fim (...) esses espaços propiciam o compartilhamento de outras informações, de novos conhecimentos (...). Então é de suma importância a realização das atividades teórico-práticas, visando à integralidade, e a residência propicia esses momentos na prática,

no nosso fazer cotidiano (...) há uma integração maior com o grupo e a residência oportuniza conhecer outras áreas de formação (R 5).

A residência agrega a teoria e a prática. O conhecimento teórico tem que ser apreendido para refletir na prática (...) para que a prática possa se efetivar (R 6).

(...) a oportunidade de compartilhar com outras áreas e ao mesmo tempo receber/ouvir das outras áreas aquilo que elas têm a acrescentar (...) traz uma compreensão muito melhor de cada atividade proposta (R 11).

A realização das atividades teórico-práticas (estudo individual/coletivo e apresentação/análise de casos clínicos) propicia o aprofundamento de temas relacionados às atividades de formação em serviço, vivenciados no cotidiano. As falas dos residentes referem que as atividades teórico-práticas possibilitam o compartilhamento do conhecimento entre os núcleos de saberes.

Percebe-se que, para os residentes pesquisados, as atividades teórico-práticas voltadas para a realidade concreta são capazes de criar novas conexões e elaborações, favorecendo o desenvolvimento de processos de análise, síntese, abstrações e realizações.

Sim, propiciam, pois cada residente aprende com o ponto de vista do outro. Seria melhor ainda se todas as especialidades acontecessem num mesmo local de prática (R 3).

Essas atividades são importantes porque permitem compartilhar o conhecimento com outras áreas do saber. As atividades teórico-práticas proporcionam a integração do conhecimento (R 5).

Com certeza, pois permite compartilhar o conhecimento com outras áreas, melhorando a compreensão de cada caso. Principalmente em grupos variados (R 11).

A questão da multiprofissionalidade é um objetivo exposto pelo projeto de Residência Multiprofissional em Saúde para possibilitar a interação e interlocução entre as diferentes áreas. Parece haver um consenso de que a formação do profissional de saúde não oferece o conhecimento basal para isso, ou seja, no geral, os conteúdos acadêmicos não privilegiam o manejo da interdisciplinaridade.

A RMS, por sua vez, é compreendida como dispositivo de educação permanente, com a finalidade de transformação das práticas profissionais em saúde, por meio da articulação cotidiana entre ensino e serviço, com base nos princípios da integralidade do cuidado, conduzido por ações interdisciplinares.

Os residentes, quando indagados se há vivência prática entre os núcleos de saberes de diferentes profissões, relataram:

Sim. Há espaço para discussões interdisciplinares, mesmo na prática profissional. Entre os grupos de residentes, essa abertura permite compartilhar, perguntar e buscar conhecimento (R 5).

O atendimento em conjunto é melhor porque permite vivenciar outras áreas de conhecimento com o mesmo paciente (R 6).

Dentro das especialidades profissionais atuantes no hospital, o contato acontece diariamente (R 11).

Observa-se a construção de um coletivo que pensa e que aprende conjuntamente sobre a RMS. Na visão dos entrevistados, a vivência prática entre os núcleos de saberes das diferentes profissões acontece, possibilita a integração entre as especialidades, permite ações resolutivas e evidencia a potencialidade de práticas formadoras como caminho fecundo para o desenvolvimento dos profissionais, o favorecimento do ensino-aprendizagem, as trocas e saberes compartilhados.

Feuerwerker (2009) justifica a formação por esta modalidade de ensino-aprendizagem, pois esta pode contribuir para a inovação das práticas em saúde e tem como componente essencial o encontro entre as profissões, oportunidade rara nas graduações, habitualmente pensadas por categoria. A mesma autora enfatiza, ainda, a importância de que a RMS esteja legalmente garantida e normatizada para que a formação não seja, em algum momento, capturada por interesses outros que não os do sistema de saúde.

O conjunto das falas dos entrevistados sinaliza que as atividades realizadas pelo residente no cenário de prática, descritas na matriz curricular, são

supervisionadas por preceptores. A função de preceptoria é exercida por profissionais vinculados à instituição executora do programa, no cotidiano da atenção em saúde.

Sim. Há, inclusive, preceptores exclusivos da residência (...), pelo menos, que nos acompanham todo o tempo (R 5).

Sim. Na (...) os preceptores passam as visitas conosco (R 6).

Sim. Eles supervisionam o aprendizado na prática e tiram dúvidas. Todos os dias passamos os casos dos pacientes juntos (R 9).

Há supervisão em todos os momentos da (...). Na (...), a supervisão é diária, de modo que a preceptoria tem uma visão melhor da atividade do residente (R 11).

Uma singularidade da RMS, ênfase Urgência e Trauma no HUGO, em relação às outras residências multiprofissionais da SES/GO é a supervisão exclusiva de preceptores por núcleo profissional. Para Fajardo e Ceccim (2010), os preceptores:

(...) são aqueles que ressituaem seu conhecimento e sua experiência em área profissional para a atuação docente junto aos residentes no ambiente de trabalho, articulando aprendizagem e práticas cuidadoras com os usuários, com as famílias e com os cidadãos em interrelação com a instituição (FAJARDO; CECCIM, 2010, p. 192).

Para Mills (2005), o preceptor é o profissional que não é da academia, mas que possui um importante papel na inserção e socialização dos residentes no ambiente de trabalho. Segundo Armitage (1991), o preceptor tem o papel de estreitar a distância entre a teoria e a prática. Encontram-se diferentes definições para a atividade de preceptor na literatura, entre elas: ensinar, orientar, dar suporte, desenvolver habilidades práticas, compartilhar experiências, entre outros (BOTTI; REGO, 2008). Os residentes obrigatoriamente desenvolvem suas atividades práticas nos diferentes níveis de atenção. No primeiro e segundo ano, têm a oportunidade de conhecer a dinâmica da rede de atenção à saúde e de realizar intercâmbio com

outras instituições de saúde no município da RMS, ou em outros Estados, na área de concentração do programa. Simultaneamente, desenvolvem suas atividades em sistema de rodízio nas unidades hospitalares.

A função de mediador entre teoria e prática evidencia a necessidade de estabelecer relações pedagógicas, ou seja, relações que conduzam à aprendizagem prática do residente (REGO, 1994). Sendo assim, o preceptor possui um papel fundamental na apropriação, por parte dos residentes, de competências para a vida profissional, incluindo conhecimentos, habilidades e atitudes (BARRETTO, 2011).

Em relação aos cenários de prática, os entrevistados relataram sobre o rodízio:

O rodízio acontece a cada dois meses. Tentamos passar em todas as unidades do hospital que têm demanda pelo nosso serviço (R 3).

Os rodízios são organizados para que o residente possa conhecer o serviço do hospital como um todo, em todos os locais. Acontece em grupo, facilitando a integração entre os profissionais (R 5).

Os rodízios do ano todo são informados com antecedência. Estão previstos porque são realizados em grupos (R 11).

A RMS consiste em um curso de pós-graduação *lato sensu*, que se materializa por meio do exercício profissional supervisionado, realizado em ambientes favoráveis à rotina de aprendizagem. Todas as atividades do programa são desenvolvidas de maneira que possibilite a integração das diferentes áreas do conhecimento, constituídas por equipes e fundamentadas em prática sanitária voltada para a Atenção às Urgências e Emergências; haja vista que há o entendimento de que a RMS deve oferecer aos profissionais em formação a oportunidade de desenvolver seus saberes de núcleo⁴⁸ e campo. O núcleo demarca a identidade de uma área do saber e de prática profissional; e o campo, um espaço

⁴⁸ Os conceitos de campo e núcleo de competências e responsabilidades foram desenvolvidos por Campos (2000b) para distinguir os saberes e práticas peculiares a cada profissão (núcleo), dos saberes, práticas e responsabilidades comuns a todos os profissionais de saúde (campo). Haveria uma sobreposição de limites entre cada especialidade e cada prática de saúde, sendo o campo este espaço de intersecção entre as diferentes áreas.

de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000).

Quando indagados se a organização didático-pedagógica da matriz curricular do programa propicia a articulação entre assistência, ensino e pesquisa, os entrevistados disseram:

Sim, as atividades são todas interligadas. A prática está bem ligada à teoria e ao ensino (R 3).

A pesquisa poderia ser mais aprofundada para aproveitar o cenário de um hospital e seus recursos. Mas a maior ênfase é para o TCR (Trabalho de Conclusão de Residência) (R 6).

Eu penso que poderia contribuir mais (...) mas, no geral, é bem coerente. A articulação entre a assistência, ensino e pesquisa existe (R 11).

Sim. Acontece a interação de todas as áreas da residência e o que é proposto está sendo cumprido na prática. A organização da matriz curricular do programa propicia a articulação entre a assistência, o ensino e a pesquisa. Os três caminham juntos (R 15).

A organização didático-pedagógica da matriz curricular do programa é desenvolvida por meio de módulos onde os conteúdos são articulados com a prática em serviço, aproximando, assim, teoria e prática. Isso promove uma reflexão crítica acerca da realidade do processo de trabalho em saúde. Portanto, não há disciplinas, mas sim módulos de ensino com o desenvolvimento de estudos de caso e vivências práticas.

As atividades são sequenciadas de modo a permitir a interação gradual com o objeto e o desenvolvimento da capacidade de generalização e abstração. São exatamente estes aspectos que justificam a opção metodológica, na medida em que o processo didático transcende o simples repasse de conhecimento e se constitui numa recriação do saber necessário para instrumentalizar a prática transformadora dos profissionais nos serviços de saúde.

De acordo com Araújo (2007), o currículo deve ter como função primordial apresentar as intenções no plano de ação do projeto educacional, com informações sobre os conteúdos e objetivos, a ordenação e sequência dos mesmos, e a maneira de estruturar as atividades para alcançar os objetivos propostos em relação aos conteúdos selecionados. Também apresenta informações sobre o que, como e quando avaliar. Os currículos inovadores são centrados no residente, baseados em problemas, e enfatizam habilidades e atitudes.

A implementação das diretrizes exige que cada instituição elabore seu próprio PP, pois a educação dos profissionais de saúde não se restringe à transmissão de um saber especializado, mas é também um processo de construção de comportamentos, valores e atitudes profissionais para o exercício da cidadania (BRASIL, 1997). As diretrizes pedagógicas e a estratégia metodológica da RMS pautam-se na multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, integralidade, integração ensino-serviço-comunidade, produção científica e disseminação do saber.

No que diz respeito ao corpo docente-assistencial (docentes, preceptores e tutores), os residentes entrevistados relataram que os profissionais possuem formação pertinente às atividades programadas na matriz curricular, conforme destacado abaixo:

Todos estão aptos a nos ensinar e a maioria possui formação (R 3).

Possuem, mas podem buscar mais. Eles são competentes, mas seria bom ter mais convidados para discutir conosco os temas, se a estrutura financeira assim permitisse (R 5).

Sim, todos têm especialização, alguns têm mestrado e o tutor tem doutorado e vivência prática (R 9).

Nem sempre. Apesar de a tutora ter a formação exigida e entender do assunto, seu mestrado é em área que não abrange nossa residência no eixo urgência e trauma. Os preceptores não têm formação voltada ao ensino. Seria ideal que o corpo docente assistencial tivesse formação didático-pedagógica (R 11).

Sim, ainda não vi nada que desmerecesse o corpo docente-assistencial. Atende a todos os requisitos da área (R 15).

O desenvolvimento de uma Residência Multiprofissional em Saúde precisa de alguns elementos essenciais, sendo um destes a presença de preceptores inseridos nos ambientes de trabalho onde a formação especializada ocorre (FAJARDO; CECCIM, 2010). Embora a definição das políticas voltadas para a formação dos recursos humanos para o SUS represente avanço significativo, sua implementação enfrenta enormes desafios, relacionados a diversos fatores. Um ponto crucial na RMS é a nítida necessidade de capacitação destes profissionais (preceptores e tutores) que cumprem um papel de grande importância dentro deste processo de formação.

Em contrapartida ao que foi verificado acima, observa-se que o grupo de preceptores apresenta potencial que deve ser reforçado pela tutoria, na medida em que os mesmos têm conhecimento e domínio da prática assistencial.

Como toda metodologia problematizadora, a avaliação não visa exclusivamente à classificação do residente, mas à sua formação. O sistema avaliativo da residência é amplo, participativo e contínuo. As informações são obtidas por meio de avaliações realizadas pelos preceptores, tutores e pelo programa. Da mesma forma que os residentes, os preceptores e tutores também são avaliados periodicamente em relação a aspectos teóricos, teórico-práticos, práticos e relações interpessoais (SES/GO, 2012).

Quanto às avaliações no âmbito da residência, os profissionais da saúde residentes entrevistados apontaram:

Há duas formas de avaliar: o preceptor avalia as atividades práticas no campo e o tutor avalia as atividades teóricas (R 3).

Os preceptores avaliam a prática. As avaliações do núcleo específico e do núcleo de concentração são realizadas pela tutoria, considerando as atividades desenvolvidas e as apresentações dos residentes (R 5).

A avaliação das atividades do eixo específico, de teoria, são feitas pelo tutor, na forma de provas escritas e orais. As atividades práticas são avaliadas semanalmente pelo preceptor (R 6).

A prática é avaliada pelo preceptor, considerando a adequação das normas e regulamentações do hospital, a atuação profissional, a ética, o conhecimento prático e a vivência. A parte teórica é avaliada pela tutoria, e versa sobre o conteúdo, a participação e a coerência das apresentações (R 11).

Em relação às avaliações, os entrevistados evidenciam uma tradição sólida de realização de processos avaliativos permanentes, além da sistematização das informações e abertura para discussão com os residentes. Sobre os processos de avaliação dos quais dispõem, os entrevistados se remetem com mais frequência aos instrumentos formais.

Foram levantadas questões como a pontualidade, as relações estabelecidas entre residentes e equipes da instituição, o desempenho quanto ao processo de trabalho, considerando-se as competências almejadas no PP; e ainda, sobre a adequação à Norma Regulamentadora nº 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), que estabelece as "diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral" (BRASIL, 2005, p. 1).

Ainda no que tange ao processo avaliativo, observa-se que o residente é avaliado continuamente pelo seu preceptor e que todos levam em consideração questões relativas ao desempenho, à avaliação de conhecimentos e escala de atitudes. A avaliação é realizada por meio de uma ficha de desempenho do residente na vivência prática, considerando as seguintes competências: assiduidade; pontualidade; apresentação pessoal; autodesenvolvimento; iniciativa; relacionamento interpessoal; ética profissional; conhecimento técnico, científico e raciocínio clínico; atitude ou trabalho em equipe; atendimento ao cliente; produtividade no trabalho; organização no trabalho; registros e evolução pertinentes ao trabalho e elaboração de relatório mensal.

A avaliação de desempenho do residente tem caráter formativo e somativo, com utilização de instrumentos que contemplam os atributos cognitivos, atitudinais e psicomotores estabelecidos pela COREMU da instituição (BRASIL, 2014).

A avaliação somativa subsidia a tomada de decisão sobre a progressão do residente, em termos de aprovação ou reprovação, a partir do produto dos conhecimentos, habilidades e atitudes. Em geral, envolve testes formais. A avaliação formativa tem função diagnóstica. Ela é planejada, mas pode ser realizada sempre que necessário. O foco é a aprendizagem do residente. Esta avaliação identifica pontos fortes e fracos, ao longo do processo pedagógico, a partir do reconhecimento do processo de apropriação dos saberes (PANÚNCIO-PINTO; TRONCON, 2014).

A sistematização do processo de avaliação é semestral, e os resultados compartilhados com os envolvidos, e conta com a participação ativa do residente em todas as fases. A promoção para o ano seguinte depende do cumprimento da carga horária teórica, teórico-prática e prática, da aprovação por meio dos resultados das avaliações, com nota mínima de 7,0 (sete), bem como da apresentação e qualificação do projeto de pesquisa com o aceite do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição.

Para a conclusão da residência, ao final do programa, o residente deve apresentar individualmente Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), em consonância com a realidade do serviço em que se oferta o programa, sob a orientação acadêmica do corpo docente assistencial, e que seja coerente com o perfil de competências estabelecido pela COREMU. A defesa do TCR acontece em sessão pública, em local, data e hora previamente divulgados pela COREMU, perante uma banca examinadora e a comunidade.

Como requisito para a obtenção do certificado, há ainda a obrigatoriedade de submeter o artigo científico final a periódicos científicos, referente ao projeto de pesquisa desenvolvido na RMS, e este deve ser entregue juntamente com o comprovante de protocolo de envio à publicação.

Em relação ao conhecimento do regimento interno do programa, os residentes informaram que têm conhecimento de forma pontual:

Conheço pouco (...) mas conheço (R 3).

Sim, entregaram um manual para a gente no começo deste ano. No ano passado, quando nos receberam, explicaram tudo direitinho (R 9).

Conheço, apesar de não ter decorado. Já li algumas vezes a parte dos deveres dos residentes, para não incorrer em erro passível de penalidade (R 11).

Quanto ao manual do residente, os entrevistados relataram que possuem conhecimento e o utilizam de maneira consultiva, conforme abaixo mencionado:

Sim. Também nos foi repassado junto com o regimento (R 5).

Conheço. Ele tem sido reformulado.(R 6).

Conheço o manual do residente, mas o uso para consultas apenas (R 11).

Quanto ao desenvolvimento de pesquisa, os residentes apontaram a relevância dessa atividade na RMS. O Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) está diretamente ligado à participação dos mesmos nas atividades de pesquisa realizadas na instituição. Em geral, os temas escolhidos são recortes da realidade vivenciada na RMS.

Estou fazendo meu Trabalho de Conclusão de Residência, uma pesquisa com os profissionais da (...) (R 5).

Estou desenvolvendo o TCR. Estou com um pôster que versa sobre um estudo de caso já aceito em uma jornada a acontecer em um hospital da SES/GO (R11).

Os entrevistados consideraram importante o envolvimento em pesquisas durante a residência para aumentar o conhecimento e melhoria do currículo do pesquisador, de acordo com as falas abaixo:

Sim. É importante para o currículo e para aumentar o conhecimento (R 3).

Considero as pesquisas muito importantes, tanto para o hospital quanto para o currículo do pesquisador (R 6).

Com certeza. Acho que é uma das propostas da residência. Estou completando três, mas gostaria de ter tempo para pelo menos mais uma pesquisa durante a residência. Pesquisa proporciona aprendizado, publicações e experiência em desenvolver estudo próprio (R 11).

Dentro dos pilares construtores de uma boa formação estão poderosas fontes de conhecimento: o ensino, a pesquisa e a extensão. Estes componentes são facilmente reunidos em formas acadêmicas claras e objetivas de construção e excelência: os grupos de pesquisa. Os residentes relataram a importância acerca de se envolver com ações e projetos advindos de grupos de pesquisa e a diferença que estes fazem na vida acadêmica, bem como em sua futura profissão. Participar de pesquisas é de suma relevância para a visualização da aplicação prática dos conhecimentos teóricos, além disso, o envolvimento neste tipo de atividade influencia fortemente o futuro profissional dos participantes, seja para praticarem a profissão escolhida com rigor científico, seja para se tornarem pesquisadores (BARROS et al., 2011).

Os pesquisados elencaram o que consideram importante para que o processo de ensino-aprendizagem na residência seja assegurado:

O mais importante é estar cercado de pessoas envolvidas em projetos e dispostas a compartilhar conhecimento (R 3).

Uma estrutura física adequada, recursos financeiros suficientes e recursos humanos qualificados. No meu ponto de vista, a residência é de suma importância, principalmente para quem acaba de sair da universidade e vai ingressar no mercado de trabalho (...). Ela (a residência) propicia um conhecimento teórico e prático indispensável (...) muito relevante (R 5).

Preceptores e tutores capacitados e dispostos a ensinar. E residentes motivados para aprender (R 6).

Da parte do residente, é importante conhecer o que é residência, o que se espera dele e dos demais. O preceptor e o tutor também têm de conhecer seus papéis, de modo que todos possam interagir bem, cada qual sabendo o que espera de si e o que esperar dos demais (R 11).

Nas falas são apontadas como importantes questões estruturais e recursos financeiros para o serviço de saúde; recursos humanos qualificados como fator importante para a interação efetiva, tanto dos profissionais assistenciais como dos preceptores e tutores na integração ensino-serviço; e ainda, o conhecimento e estabelecimento dos papéis de cada ator social na residência. Sendo assim, é preciso investir na sensibilização dos atores inseridos nos cenários onde se desenvolvem os cuidados e o processo de ensino-aprendizagem. Os profissionais do serviço devem sentir-se corresponsáveis pela formação dos futuros profissionais e considerá-los parte do serviço de saúde.

Se considerarmos que os cenários de aprendizagem são de potencial importância como *locus* da formação em saúde, espaços privilegiados para a incorporação da integralidade no processo de ensino-aprendizagem, a redefinição das práticas e papéis ganha relevância e passa a ser identificada com os princípios políticos e pedagógicos definidos pelos atores do processo educativo. Mas esses fatores também precisam ser olhados pelos atores do processo de produção do cuidado, como espaço concreto em que as mudanças podem acontecer mutuamente, influenciando e trazendo novos sentidos ao trabalho multiprofissional.

Predomina ainda, nas nossas ciências, uma ideia de que seria possível construir uma compreensão do todo através de uma articulação externa do conhecimento produzido por meio das diversas disciplinas. Ou seja, existiria entre elas uma ordem de subordinação hierárquica que possibilitaria construir naturalmente uma cadeia unidirecionada de explicações, sem dependências recíprocas, a partir dos múltiplos conhecimentos fragmentados (LÜCK, 1994).

No entanto, essa construção do todo não acontece. As disciplinas isoladamente não dão conta de produzir as respostas necessárias a um mundo que é composto de uma multiplicidade de fatores que não são mutuamente excludentes, e sim, explicados uns em relação aos outros.

Nesse sentido, Bellodi (2005) considera que no processo de aprendizagem é fundamental que os tutorandos também possuam algumas características, entre elas: proatividade, capacidade de articular e comunicar suas necessidades, de guardar um apropriado nível de autonomia e de discutir os

caminhos da relação ao longo do tempo, entre outros. É importante também que o tutorando seja capaz de acreditar em seus tutores e respeitá-los, e, ao mesmo tempo, desenvolver independência de julgamento e tomada de decisão ao longo do tempo, para começar a se separar intelectualmente e emocionalmente do tutor.

Quanto aos aspectos mencionados como dificultadores do processo de ensino-aprendizagem do residente no PRIMUT, os entrevistados ressaltaram:

A carga horária excessiva, o espaço físico não é adequado, não há local para a realização das atividades propostas, para estudos ou repouso para os residentes que trabalham em regime de plantão. Também são poucas as pessoas disponíveis para ministrar as aulas (R 3).

A carga horária é muito extensa, não sobra tempo para dedicar aos estudos. Falta estrutura também, não temos acesso a computadores, a biblioteca é muito limitada, não temos salas de aula adequadas e nem um local para descansar (R 5).

A carga horária (60 horas semanais) é extenuante com o passar dos meses. O residente fica esgotado, produz menos, e estuda menos do que poderia. Na área da (...) faltam também equipamentos específicos, que favoreceriam a prática do residente. É um desafio ser resiliente na residência, porque o cansaço toma conta (R 6).

Não há consenso entre os profissionais de saúde acerca do que seja a residência, isso acaba atrapalhando. Há também sobrecarga de atividades, com algumas cobranças de atividades indevidas. O espaço físico não chega a atrapalhar, mas não é ideal para uma residência multiprofissional (R 11).

Foram apontadas questões importantes pelos entrevistados, como a carga horária exercida na residência, a deficitária estrutura física para o desenvolvimento de atividades teóricas, tais como indisponibilidade de locais e horários para atividades agendadas, e a ausência de espaços para repouso na instituição. Ressalta-se, que no processo de formação na RMS, a carga horária de 60 horas semanais foi avaliada negativamente por todos os residentes.

Na análise de Castro (2013), os programas de residência têm colaborado para qualificar o trabalho nos serviços de saúde, no entanto, é primordial problematizar o contexto de ataque às políticas de saúde e educação, a precarização dos serviços e a falta de condições de trabalho. Estes são fatores que impactam diretamente sobre a formação em saúde e a qualidade dos serviços prestados, trazendo desdobramentos para "a direção social do processo formativo e para a organização das profissões,

que passam a se pautar em uma lógica privatista e produtivista, secundarizando o ensino e a pesquisa" (CASTRO, 2013, p. 156-157).

Segundo estudos da mesma autora:

A ausência de condições de trabalho, o sucateamento das instituições e a limitação de recursos humanos também foram destacados como elementos que trazem dificuldades/desafios para a garantia de uma formação de qualidade e a defesa dos princípios e diretrizes do SUS. A falta de espaço físico (...) impacta no desenvolvimento de atividades grupais de educação em saúde, reuniões de equipe e atendimentos individuais. Em relação aos recursos humanos, viu-se que o reduzido quadro de profissionais, tanto no espaço hospitalar como na atenção secundária e básica, tem trazido claras dificuldades para que estes se disponibilizem para assumir a preceptoria da Residência. A forma de contratação dos profissionais é outro destaque importante, uma vez que parte dos trabalhadores da saúde possui contratos precarizados, flexibilizados, sem garantia de direitos trabalhistas (CASTRO, 2013, p. 157).

Ao serem indagados sobre quais os aspectos os preceptores consideravam como importantes para o exercício da preceptoria na RMS, assim se expressaram:

O preceptor deve ser um profissional que atua na prática, no caso, a prática hospitalar. Ele deve ter vivência na assistência ao paciente, como profissional. Deve também conhecer de docência – nós não tivemos essa formação, mas considero um requisito para a preceptoria. Ele também deve conhecer de várias áreas, deve estar envolvido com a área médica e com as demais áreas da saúde. Deve ser uma pessoa que agrega as várias áreas da saúde (P 1).

É importante inserir o residente na unidade, deixando que ele mostre o que sabe, trocando conhecimento. Também orientar, mostrar como acontece na prática, que atitudes se espera dele frente a diversas situações. Devemos nortear o residente (P 10).

O mais importante para o preceptor é buscar formação, qualificação, para exercer um bom trabalho. Ele deve ficar em campo com o residente, sanar as dúvidas, ter bagagem vivencial para compartilhar (P 12).

Para se exercer o papel de preceptor da residência, tem de ter integralidade, profissionalismo, experiência com trabalho multiprofissional. Quando aprendemos a teoria, não temos ideia de sua aplicabilidade, então é necessário vivenciar a prática. O papel do preceptor é mostrar a integração da teoria com a prática (P 16).

Ter experiência profissional e título de especialista é essencial para o preceptor (P 17).

Os entrevistados avaliaram como fundamental ao preceptor ter vivência prática e ser capaz de integrá-la com a teoria (porque estas são complementares), além de possibilitar ao residente uma reflexão crítica e a apropriação de habilidades e competências para reconhecer e resolver problemas, preparando-o para uma ação transformadora. Também consideraram importante que o preceptor seja orientador de referência do residente nas atividades práticas assistenciais diárias.

Foram apontadas, ainda, como características necessárias ao preceptor: a relevância da sua formação didático-pedagógica; a qualificação profissional (título de Especialista); a sua capacidade de inserir e integrar o residente nos diversos âmbitos de cuidados na instituição; a integralidade da atenção à saúde, em consonância com os princípios do SUS; a concepção ampliada de saúde; o trabalho coletivo; o processo de aprendizagem ligado às relações de troca estabelecidas com o meio; a visão de totalidade e a necessidade do estabelecimento de relações efetivas sobre a organização do processo ensino-aprendizagem em saúde.

De acordo com Marins (2011), a formação de preceptores para atender tanto à necessidade de formação profissional adequada aos princípios do SUS, quanto às Diretrizes Curriculares Nacionais, torna-se de fundamental importância na atualidade visando subsidiar os debates e a construção coletiva de propostas que adaptem os modelos pedagógicos às práticas dos serviços de saúde.

Para esse mesmo autor, a formação pedagógica de preceptores é norteada por três eixos:

O primeiro refere-se às competências e ao desempenho no trabalho em saúde. O segundo eixo diz respeito aos desafios da ação pedagógica na preceptoria. Estes são grandes. Não temos tradição dessa formação pedagógica na maioria das nossas áreas profissionais. O terceiro eixo aborda quais estratégias poderão ser usadas para trabalhar a preceptoria. Esta ponderação nos remete à necessidade de definição de certos referenciais. (...) Serão muitos os fatores que estarão envolvidos na determinação do processo saúde/doença, além de se encontrarem ampliadas as abordagens de competências, de cenários e de práticas. (...)

Por isso reafirmamos que temos que estar atentos a essas necessidades, quando pensamos em formar um profissional de saúde para atuar no campo das práticas.(...) Precisamos repensar a organização da atenção em saúde (MARINS, 2011, p. 47-48)

Marins (2011) questiona:

O que é atenção integral? É uma ação que vai muito além da simples assistência sintomática para uma demanda. Devemos trabalhar o indivíduo como um todo, em todos os seus aspectos. Estamos em um momento de mudança do nosso modelo de assistência, de adequação da gestão do cuidado em saúde. (...) o SUS, enquanto na Lei Orgânica estão explicitadas suas diretrizes e a orientação de que a atenção à população deve ser integral. Nas Diretrizes Curriculares consta que devemos formar um profissional generalista, com capacidade crítica e reflexiva, que seja humano (MARINS, 2011, p. 48-49).

No que tange ao modo como ocorreu a inserção do residente nas atividades práticas, os preceptores apontaram:

O residente é um profissional formado e, como tal, é incluído na rotina de serviços, na estrutura e na política do hospital. Ele não só dará atenção à saúde do paciente hospitalizado, mas será inserido em todo o contexto, da gestão hospitalar até o núcleo de saber, em particular (P 1).

Ele é inserido na rotina hospitalar, a prática é inserida na semana padrão. O residente participa das discussões junto à equipe multiprofissional, e faz o levantamento das demandas dos pacientes em cada área (P 4).

Começamos pela teoria – todo dia discutimos os casos, juntamente com a prática. O preceptor atende junto, discute as atividades, orienta. Quando o residente fica mais seguro, ele começa a atender sozinho, sob supervisão (P 16).

Os preceptores, ao serem indagados sobre as estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas no campo de prática com os residentes, afirmaram:

Oriento quanto ao manejo, para que ele coloque em prática o conhecimento teórico que tem. Procuo fazer com que ele raciocine sobre o que precisa fazer em cada caso, segundo seu plano de cuidado. Em casos de maior complexidade, indico os caminhos de onde deve buscar informação, para

que ele tenha mais segurança no atendimento e pesquise sobre o assunto, seja no prontuário ou com outros profissionais. Ensino como fazer o protocolo de atendimento também, que é um modo de unir a teoria à prática. No final, o atendimento fica sistematizado e de qualidade (P 1).

Utilizamos, geralmente, a discussão de caso. O residente deve dizer qual seria sua conduta em cada situação, e a equipe discute os casos, não só com o (...), mas com as demais áreas também, para que ele tenha visão da totalidade de cada acompanhamento (P 4).

Faço perguntas, como "Por que você está fazendo isso?", "Como que você faz?", "O que isso gera lá na frente, em termos de procedimentos?", "Você acha isso certo, de acordo com a fisiologia e com tal estudo, é certo você fazer isso?" e o residente dá sua opinião. Relação teoria-prática, realmente (P 10).

Ao preceptor compete o papel de mediador e facilitador do processo de formação do residente, compartilhando a responsabilidade pelo desenvolvimento do conhecimento. As estratégias didáticas devem permear essa prática, pois apenas o conhecimento sobre o conteúdo não é o suficiente. É necessário que o preceptor tenha *expertise* da prática pedagógica, além de outros saberes, como o conhecimento dos residentes, dos valores educacionais, do currículo e do contexto educativo (BOTTI, 2012).

Em relação à inserção do residente nas atividades práticas, os preceptores foram unânimes nas respostas, aludiram que: o profissional de saúde residente deve estar inserido em todo o contexto de atenção à saúde - na estrutura, na política institucional, nas rotinas do serviço, na particularidade de cada área de atuação, e no estudo de caso com a equipe multiprofissional - devido à singularidade, à diversidade e às especificidades no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano sob supervisão-assistencial.

No que concerne ao conhecimento do projeto pedagógico da residência, os preceptores, disseram que:

Conheço. Busca a metodologia problematizadora para desenvolver o raciocínio do residente em relação ao atendimento dos pacientes que este acompanha (P 4).

Estou conhecendo agora, por causa da estruturação em curso. Agora estou me inteirando do projeto pedagógico, dos eixos integradores constituintes do programa e da função de cada um – preceptor, tutor e residente (P 10).

Conheço o projeto parcialmente. Já estive como residente, quando conheci e li bem sobre o projeto. Parece que houve mudanças e não peguei o novo projeto para reler, ver as mudanças (P 17).

No item 'conhecimento do projeto político-pedagógico da residência', os preceptores apresentaram familiaridade e compreensão do formato das disciplinas integradas, dos desenhos metodológicos e das ações obrigatórias que compõem o programa. Todos, em conformidade, defenderam a utilização da educação permanente como proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial (BRASIL, 2004).

A coordenação e os tutores dos núcleos de saberes do programa têm realizado o esforço de garantir o direcionamento das diretrizes curriculares e o uso de metodologias ativas e participativas que privilegiem a integração teoria-prática do eixo específico e de concentração, uma vez que possuem autonomia na organização dessas atividades.

Quando os preceptores foram questionados se consideram que as atividades práticas da Residência Multiprofissional em Saúde estão coerentes com o que está proposto no projeto pedagógico, responderam:

Observo em especial os residentes (...) tem integração com outras áreas, foco no trabalho, na prática (...) a contribuição de cada área enriquece o todo da residência (P 12).

O projeto está de acordo (...) as propostas, as aulas, as vivências, as discussões, a metodologia, é tudo coerente (P 16).

A maior parte das 60 horas que o residente fica no hospital é no campo prático (...) isso amplia os conhecimentos do residente (...) julgo que está coerente com a proposta (P 17).

O conjunto de preceptores considera que as atividades práticas da residência são coerentes com a organização didático-pedagógica proposta pelo PRIMUT, haja vista que essas atividades são estruturadas e acontecem no cenário de prática hospitalar, formado por grupos de residentes de todas as especialidades, em caráter de rodízio, com o intuito de estabelecer a troca de saberes entre os núcleos e práticas multiprofissionais.

Foi questionado, ainda, se os preceptores consideram que tem havido integração dos residentes com a equipe multiprofissional de saúde no campo de prática. Sobre isso, disseram:

Consigo enxergar muita integração. A residência multiprofissional modificou o perfil de atendimento ao paciente. Os profissionais percebem que têm uma causa comum, em que todos têm um papel igualmente importante e quando há dúvidas, eles consultam os outros profissionais. Foi um avanço que veio para o HUGO com a residência multiprofissional (P 1).

Sim, percebemos a integração no dia a dia. Cada profissional sabe das informações pertinentes à sua área, não dá para trabalhar isoladamente. A residência fez o trabalho de integração da equipe multiprofissional do HUGO (P 4).

Percebo que o contato é bom. Houve casos em que compareceram até profissionais de outros programas. Fizemos boas parcerias. A integração, apesar de recente, ganhou espaço e respeito com a residência multiprofissional (P 12).

Na opinião dos preceptores há integração dos residentes com a equipe multiprofissional de saúde no campo de prática, e esta tem apresentado mudanças significativas nas relações de trabalho entre as especialidades, demonstrando a vocação multiprofissional do projeto como modalidade de formação em conjunto, tendo como finalidade a construção da integralidade e interdisciplinaridade pretendida. Verifica-se a existência de uma discussão que emerge na residência multiprofissional, na qual a perspectiva de integração multidisciplinar e interdisciplinar pode ser desenvolvida por meio de estratégias dialógicas, de organização dos serviços e do processo de ensino-aprendizagem.

Pizzinato (2012) entende por integração ensino-serviço:

(...) o trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, cuja finalidade é a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, a excelência da formação profissional e o desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (PIZZINATO, 2012, p. 171).

Questionados se tem havido integração com residentes de outros programas, os preceptores entrevistados relataram:

Em relação às outras áreas (...) entre os residentes, há integração. Eles têm procurado uns aos outros (P 4).

Aqui há muito envolvimento entre eles, sim. Já buscamos assistente social, ortopedista, neuro, psicólogo, acontece muito (P 10).

A integração com residentes de outros programas, na visão da preceptoria, tem existido e permitido construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde.

Os preceptores, quando inquiridos se tem havido integração com a equipe médica, apontaram:

Também há integração com a equipe médica. Há certa resistência por parte de alguns especialistas, mas isso tem mudado (P 1).

Há integração sim. Tem um respeito mútuo entre todos eles, eu vejo isso (P 10).

A gente não tem problema com a equipe médica. Eles são receptivos e abertos à discussão, principalmente algumas especialidades, a exemplo da geriatria. É bom ter essa integração (P 16).

Destaca-se que, em relação à integração com a equipe médica, houve melhoria no processo de comunicação organizacional, a articulação e a viabilização de ações conjuntas com a equipe multiprofissional, o fomento à produção de

projetos de pesquisa e projetos de intervenção voltados para a produção de conhecimento e a linha de cuidado do paciente.

Ainda existe resistência de algumas especialidades da corporação médica à integração em programas de formação dessa modalidade, o que representa um entrave para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar, conforme preconizado pelo SUS. A preceptoria percebe os resultados da participação dos médicos no programa, a abertura para mudanças no seu processo de trabalho e na modelagem de ensino-aprendizagem instituída com ênfase no trabalho em equipe, e sobre ele, o que causa impacto no cuidado em saúde.

O termo 'trabalho em equipe' foi manifestado pelos preceptores em concomitância com a multiprofissionalidade. Embora ambos os termos estejam relacionados à ação prática de mais de um profissional, não são sinônimos. Ao destacar a importância do trabalho em equipe, Feuerwerker e Sena (1999) referem que este:

Implica no compartilhar do planejamento, na divisão de tarefas, na cooperação e na colaboração, mas pode (e deve) acontecer entre profissionais de uma mesma disciplina, entre profissionais de uma mesma carreira e também dentro de uma equipe multiprofissional. No entanto, não implica necessariamente na construção de um novo saber ou de uma nova prática. O que cria a possibilidade do novo é a interação democrática entre diferentes (atores, saberes, práticas, interesses e necessidades) (FEUERWERKER; SENA, 1999, p. 6).

No que tange à integração com usuários e familiares, os preceptores mencionaram:

O residente da multi foi o que precisava para o familiar ficar mais seguro, ter confiança quanto ao tratamento do paciente. (...) Porque certas profissões não conseguiam fazer o papel da integralização. Era um profissional focado muito no corpo, na doença (...) mas as outras questões não conseguia fazer (...) o familiar às vezes tinha dúvidas sobre o tratamento do paciente (...) e a informação era muito técnica (...) com a residência multi melhorou de forma significativa esses quesito (P 1).

Existe integração e o vínculo (...) inclusive no pós-alta (...) o paciente vem ao ambulatório, os residentes avaliam, conversam. Tem essa interação (P 10).

Percebe-se que, com a implantação da residência multiprofissional, a integração, a comunicação, o acolhimento, a corresponsabilidade, o estabelecimento das relações entre os profissionais de saúde com usuários e familiares, bem como a acessibilidade à informação dos diferentes níveis de formação profissional no serviço de saúde, tem havido progresso na relação dialógica entre os profissionais. Na ótica da preceptoría, a residência é um dispositivo potente para induzir mudanças no modelo de assistência à saúde e no processo de trabalho em equipe. Enfatiza-se a relevância dessas competências para a construção da multidisciplinaridade visando atender o preceito constitucional da integralidade.

No tocante à integração do residente com estudantes da graduação, os participantes da pesquisa alegaram:

Vejo certa dificuldade da residência multiprofissional com os alunos da graduação, existe um distanciamento que não deveria ter. E isso, por um lado, prejudica o atendimento do paciente. (...) Se o paciente deve ser atendido dentro do princípio da integralidade, dentro das suas necessidades, (...) o graduando precisava de envolvimento. E o residente deveria apoiar, orientar esse aluno de graduação (P 1).

Eles (estudantes) mesmos buscam a residência como um esteio (...) 'Ah, me fala como é (...) Posso ir com você?' Os residentes estão ali, estão abertos (...) a minha categoria tem essa ligação (...) 'Ah, você é residente? Posso ir com você? Me ensina o que você sabe (...) o que eu posso fazer?' Sim, então tem muita interação (P 10).

Os residentes sempre colaboram, estavam sempre dispostos a auxiliar, mas o supervisor encontrava-se junto (P 16).

No contexto da Residência Multiprofissional em Saúde, entre os preceptores, não existe unanimidade quanto à integração do estudante de graduação e o residente. Mais de metade dos entrevistados afirmou que o estudante busca junto ao residente novos conhecimentos que subsidiem o desenvolvimento de sua capacitação para o trabalho. Outros entrevistados discordaram. Relataram que só em caso de extrema necessidade existe essa integração estudante-residente, até

porque, esses graduandos têm supervisão acadêmica do professor da IES no campo de prática.

Não obstante, ao se tratar de uma estratégia recente de formação de profissionais para a saúde, a RMS é permeada de desafios no sentido de permitir com que cada núcleo de saber seja conservado e estimulado ao trabalho, num campo que exige a abordagem multiprofissional, como o da saúde (BRASIL, 2006a).

Os preceptores, ao serem indagados se possuem formação pertinente às atividades programadas na vivência prática, relataram:

Formação, formação não! A gente não teve uma formação didática, para o ensino. Eu tenho, até hoje, dificuldades. Por que? Qual a metodologia que você usa no ensino? (...) a metodologia de ensino deveria ser igual para todos os preceptores, (...) claro que cada um aplicando na sua área. Realmente não tivemos formação didático-pedagógica (P 1).

Eu vejo que seria necessária uma formação específica (...) porque a exigência para ser preceptor é que seja um especialista. Então somos especialistas, técnicos para supervisão do residente (...) acredito que seria interessante que tivéssemos uma formação qualificada por meio da Escola de Saúde Pública sobre docência. Formação didática (P 4).

Em relação à formação para as atividades programadas na vivência prática, a preceptoria afirmou que não teve formação pedagógica para o exercício da função. Os entrevistados reiteraram a relevância da formação pedagógica e em docência para desempenhar com competência a atuação profissional.

Segundo Mohr (2011), a formação pedagógica é:

(...) indispensável para desempenhar com competência muitos aspectos da atuação profissional, não é tributária da formação técnica, não é inata, nem se adquire naturalmente com o tempo, nem deve ser improvisada. É preciso que currículos e formadores estejam convencidos de sua necessidade, que desenvolvam tais atividades, e que professores, estudantes e profissionais invistam tempo e esforço para sua consecução. Tal postura é essencial tanto na formação inicial quanto na continuada (MOHR, 2011, p. 57).

Para Mohr (2011), os currículos:

(...) precisam ser desenhados de forma a desenvolver dupla competência nos futuros profissionais: a competência técnica, sem a qual também não se ensina nada a ninguém, e a competência pedagógica, que significa conhecimentos e reflexões envolvidos no ato de ensinar (MOHR, 2011, p. 57).

Na visão de Cunha (2011), na maioria das vezes:

(...) essa formação é limitada ou inexistente, mesmo se considerarmos como preceptores somente aqueles da carreira docente. Ou seja, o primeiro passo é o reconhecimento dessa falha. A formação (...) é responsabilidade institucional e deve ser realizada por meio da gestão. Sendo assim, essa formação inclui um direcionamento político-pedagógico ou, como querem alguns, didático-pedagógico (...) deve estar em um contexto institucional, o qual, por sua vez, tem ou adota um projeto político-pedagógico (CUNHA, 2011, p. 78).

Quanto ao quesito 'avaliação da vivência prática no âmbito da residência', os preceptores entrevistados responderam:

Temos alguns instrumentos de avaliação da prática (...) a ficha de avaliação da vivência prática do residente. Essa ficha avalia aspectos que estão relacionados com a apresentação pessoal, assiduidade, pontualidade, equilíbrio emocional, (...) o que é muito subjetivo (...) equilíbrio emocional (...) difícil de ser avaliado. Ainda compreende relacionamento, sociabilidade, atitude ética, envolvimento, disciplina, responsabilidade e planejamento das atividades, (...) qual é a desenvoltura desse residente no cenário da prática, qual é a habilidade e o conhecimento técnico, o raciocínio clínico e a elaboração do relatório de prática. É uma ficha de avaliação que é boa, e ao mesmo tempo, é ruim (...) porque o residente fica preso a uma nota (...) Porém, em muitos momentos, não se consegue avaliar o residente com esse instrumento da vivência prática. A exemplo: um residente que está passando por problemas pessoais e vem para a vivência prática, (...) está presente todos os dias, (...) porém, o preceptor percebe que no íntimo, no interior dele, (...) não está envolvido completamente com as atividades. Agora, como que se avalia essa questão com esse instrumento? Como que você vai avaliar equilíbrio emocional com esse instrumento nessa situação? Outro exemplo: já que estamos falando de cenário de prática. Um residente que adoeceu e que naquele mês avaliado faltou ao cenário de prática, de três a quatro vezes (...) Por três, quatro vezes ele deixou de atender o paciente que era responsabilidade dele. Qual é o envolvimento desse residente com o serviço? Com o paciente? Como que o preceptor vai avaliar isso? É um instrumento que é bom, mas às vezes complexo para o preceptor avaliar (...) e muitas vezes, dentro de um mês, o que o residente chega pra gente e fala, 'mas você tá me dando nota regular no raciocínio clínico (...) só por isso?' (...) 'só porque aquele paciente?' (...) 'não fiz assim' (...) Então aquele paciente para o residente não representaria essa nota naquele mês. Eles (residentes) têm essa dificuldade (...) Porém pode ser que o preceptor, e aí estou falando do meu caso, não deveria fazer este tipo de julgamento (...) O preceptor não teve formação para avaliar isso aqui (...)

Como vai avaliar? (...) Eu tenho essa dificuldade. Eu considero que os instrumentos de avaliação que a residência multiprofissional possui ainda não são dos melhores para o preceptor avaliar (...) precisam ser revistos (P 1).

A avaliação da vivência prática é realizada junto com o residente (...) dando o retorno, *feedback* para ele, (...) ou seja, eu penso que é justo, porque o preceptor não está só julgando o desempenho do residente (...) A nota é discutida (...) Então ele sempre está sabendo o que aconteceu e o que pode ser melhorado (P 12).

Os depoimentos mencionaram com maior frequência os instrumentos formais de avaliação. Segundo os preceptores, são realizadas mensalmente avaliações, por meio de instrumentos que possuem alguns quesitos comuns para todos os núcleos de saberes. Além dessa avaliação igual, os núcleos de saberes têm seu instrumento de avaliação específico da prática, realizado semanalmente, e que é somado com a avaliação comum para todas as especialidades.

Quanto aos elementos que possibilitam o processo de ensino-aprendizagem entre os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões, na formação do residente, os preceptores identificaram:

A sessão clínica é um elemento que possibilita esse processo entre os vários núcleos. (...) Atualmente, o residente atende pacientes em comum com outros residentes de outros núcleos profissionais. A proposta da residência multiprofissional de todos os residentes dos diversos núcleos de saberes caminharem juntos facilita e possibilita o processo ensino-aprendizagem. Acredito que a forma é evitar que uma área trabalhe isoladamente da outra. Sempre que vou avaliar o residente, pergunto (...) 'mas e o (...)?', 'a (...)?', 'como que essas especialidades estão atuando durante o cuidado do paciente?' Eu sempre tento mostrar o que é (...), o porquê, se não o residente acaba tendendo a caminhar sozinho. E isso não pode acontecer. Penso que é papel do preceptor sempre estar mostrando esse caminho. Algumas aulas conjuntamente (em comum), entendo que é importante a participação de todos os núcleos. Será realizado um simpósio, a Jornada Médica e Multiprofissional, esse tipo de atividade também possibilita integração e ensino-aprendizagem (P 1).

Tem um ponto positivo na residência multi, que propicia o processo de ensino-aprendizagem (...) é a sessão clínica com todos os núcleos de saberes (...) Ela é muito especial (...) porque é o momento que há interação e integração de todos em um caso, (...) as discussões e contribuições são interessantes. (...) Acredito que a sessão clínica, ela consegue, ela propicia muito, muito, muito a formação na residência (P 12).

No geral, os elementos citados que possibilitam o processo de ensino-aprendizagem entre os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões, foram: a sessão clínica; os atendimentos conjuntos com todas as especialidades no cuidado; a prática coletiva; simpósios; aulas em comum; reuniões; discussões diárias de casos e temas junto com outras especialidades; a vivência prática no dia a dia; e a integração entre os residentes no atendimento e no cuidado ao paciente. A sessão clínica foi o item de destaque, como ferramenta que possibilita o ensino-aprendizagem entre as várias profissões.

Iamamoto (2002) é clara ao defender que a identidade das equipes profissionais, em torno de competências comuns, não exclui as particularidades. Consoante, Rodrigues (2016) ressalta que:

(...) programas de residência voltados à construção multiprofissional oportunizam ampliar a formação, onde o trabalho em equipe abre possibilidades de construção teórico-prática, sem perder de vista a especificidade presente na formação de origem (RODRIGUES, 2016, p. 75-76).

No que tange aos aspectos dificultadores para a concretização dos objetivos do PRIMUT no HUGO, os preceptores relataram:

Acredito que seja o fato da instituição ter sido terceirizada (...) então as empresas que estão aqui dentro do hospital, com esses serviços terceirizados (...) talvez não conheçam muito bem os objetivos do programa da residência multiprofissional, e isso dificulta. Dificulta o acesso a várias coisas, (...) acesso a serviços e informações. Então, existe uma burocratização que 'sempre existiu', mas hoje para o residente ficou pior. (...) Para quem está na assistência, o profissional que está aqui (COREMU), talvez nem tanto. Agora, o aluno da residência tem que se reportar demais. Outra condição que dificulta (...) é que a terceirização trouxe junto com ela alguns mecanismos de controle (qualidade, serviço) e com isso aumentou a rotina de trabalho de todos os profissionais. Partindo do princípio que o residente tem que estar inserido na prática hospitalar e no serviço, (...) também tem que executar a rotina do serviço. Aí que vai entrar a dificuldade do ensino-aprendizagem. (...) Talvez com relação ao tempo (...) vai dispensar um tempo maior para executar todas as rotinas pertinentes ao trabalho, ao serviço, e esquece um pouquinho da parte que ele precisa saber mais, que é o ensino. Então, acredito que ele - o residente - fica um pouco prejudicado. (...) E a política institucional talvez não entenda muito e gera conflitos (...) mesmo porque o residente sempre tem na cabeça, 'nós não somos mão de obra', e não é mesmo, não é pra ser mesmo. O residente está aqui numa outra condição (ensino-serviço). E muitas vezes o

sistema não enxerga ele como aluno. Então, são essas dificuldades que eu percebo, hoje (P 1).

Em relação aos aspectos dificultadores para a concretização dos objetivos do PRIMUT, um preceptor menciona que o processo de terceirização dificulta o entendimento dos objetivos do programa, o acesso a serviços, o aumento da burocratização, além dos mecanismos de controle e o aumento da rotina de trabalho de todos os profissionais. Essa questão muitas vezes afeta o processo de ensino-aprendizagem, pois o residente está na instituição em outra condição, para ser corresponsável pelo processo de formação e integração ensino-serviço.

Nessa perspectiva, a precarização e a terceirização dos recursos humanos evidenciam-se, a partir da ampliação da contratação de novas formas de gestão do trabalho na saúde. Trabalhadores esses que, por mais que exerçam funções de caráter público, obedecem às leis do mercado. Isto resulta na precarização das relações de trabalho, que se percebe nas diversas formas de contrato (por meio das cooperativas, fundações, organizações sociais). Essa situação, muitas vezes, inviabiliza a construção e a continuidade de um projeto de atuação e participação em formação (BRAVO, 2006).

Outros aspectos dificultadores foram citados, ainda, pelos preceptores, como a inadequação das instalações físicas para o corpo docente-assistencial:

A estrutura física para a residência no hospital é fundamental, e atualmente é inadequada. Tem que ter auditório disponível, sala de aula adequada, sala específica para reuniões (...). Não é um entrave, mas prejudica as atividades do residente. Falta muito espaço físico. Quantitativo maior de preceptores é fundamental para a quantidade de residentes, (...) até porque fazemos intercâmbio/rodízio com outras instituições parceiras. A supervisão assistencial direta fica inadequada (P 10).

Falta equipamentos (...) a residência multi necessita de mais espaço (...) auditório para realização de algumas atividades, seminários, ciclos de palestras, porque nosso espaço físico é muito limitado. Tem projeto de organizar um espaço para nós, mas que ainda não aconteceu, (...) nossa sala ainda é muito pequena, os equipamentos são restritos, poucos computadores e o espaço físico também (P 12).

Os preceptores relataram que as salas são insuficientes e não são equipadas segundo sua finalidade, atendendo insatisfatoriamente aos requisitos de dimensão, ventilação, conservação e comodidade.

Não existe local para repouso, falta *wi-fi* (...) e a carga horária da residência é extensa (...) são 12 horas dentro do hospital. Vejo como uma dificuldade a falta desses espaços físicos. Pouca quantidade de profissionais que estão envolvidos na preceptoria. Na grande maioria das vezes o tutor faz o papel de docente e acaba ficando sobrecarregado (P 4).

O programa não disponibiliza locais de repouso para os residentes do PRIMUT, além de os locais para estudos, reuniões e convivência não serem apropriados. O acesso a equipamentos de informática e à internet banda larga são limitados, não atendendo ao quantitativo de residentes.

Para Petta et al. (2015), a construção da identidade do preceptor passa pela definição de um perfil de competência que articule as dimensões de gestão, atenção e educação, capacidades necessárias ao exercício da prática da preceptoria. Esse novo perfil de preceptor deve:

(I) orientar a organização das práticas voltadas à construção de um cuidado integral, eficiente, efetivo e seguro, pautado pela garantia de acesso, continuidade, equidade e qualidade da atenção à saúde, especialmente por meio da aplicação de ferramentas e dispositivos da gestão da clínica; (II) promover a articulação do trabalho e da educação, participando de iniciativas de mudanças nas práticas educativas e de cuidado, orientadas para as necessidades de saúde da população; (III) facilitar processos de aprendizagem promovendo o pensamento crítico e reflexivo do educando, mostrando responsabilidade, tolerância e comprometendo-se com a educação como forma de intervenção no mundo e de transformação da realidade (PETTA et al., 2015, p. 19).

Para Marins (2011), o cenário está relacionado com a competência que se deseja atingir:

(...) é um espaço de embate constante entre a política, a ética, a pedagogia, assumindo elevado grau de importância na determinação dos possíveis caminhos a serem adotados. Então, na verdade, o cenário não é um espaço artificial, construído de forma perfeita. O cenário é onde se dá o conflito. É ali que o docente, junto com o estudante e o pessoal do serviço, junto com a

clientela, vai debater, discutir, porque nossa intenção não é deixar o que está. É tentar transformar (MARINS, 2011, p. 51).

Segundo Cerqueira (2011), dessa forma, estimula-se a produção do domínio do conhecimento específico e a da conquista de habilidades e atitudes profissionais, éticas e responsáveis para com as demandas da sociedade. A ideia é que a função 'dispositivo' da preceptoria acione processos formativos e práticas cuidadoras centradas na defesa da vida.

O preceptor, segundo Bain (1996) e Armitage (1991), tem a função de estreitar a distância entre teoria e prática. Os recém-formados chegam ao ambiente de trabalho com certa bagagem de conhecimentos e habilidades, mas deles são exigidas algumas competências consideradas mínimas, nem sempre já adquiridas no processo de formação. O preceptor tem, então, um relevante papel de suporte, orientação e direcionamento do novo profissional na sua formação no cenário de práticas, até que este tenha confiança e segurança em suas atividades cotidianas.

Corroborar-se, nesse sentido, com o pensamento de Mills (2005) e Ryan-Nicholls (2004), para os quais o preceptor tem importante papel na inserção e socialização do residente no ambiente de trabalho, com ênfase na prática e no desenvolvimento de habilidades técnicas e relacionais.

Agora, falemos sobre os tutores.

Perguntamos sobre os aspectos considerados importantes para exercer o papel de tutor, os entrevistados responderam:

Dominar a área de atuação, conhecer o serviço, (...) ser uma pessoa proativa, preocupado com a cientificidade, estar sempre em formação, buscar evidências científicas, novos *guidelines*, para que a residência aconteça da melhor forma possível (T 1).

Para o papel da tutoria é importante ter um bom relacionamento interpessoal, para lidar com residente, pessoas recém-formadas, lidar com essa situação de sair da graduação e entrar no serviço (...). É um momento de vida difícil (...). Ter habilidade de lidar com crises, com transformações (...). Organização é importante para o cumprimento das programações do programa e a formação é fundamental (T 07).

Ter capacidade técnica e ética, uma vez que o tutor tem a responsabilidade de formação e atualização tanto do residente quanto dos preceptores, (...) ter capacidade e habilidade de integração. Ter interesse nos aspectos acadêmicos, em aulas, em leituras, em pesquisa científica (...). E finalmente, tem que ter o desejo de fazer tudo isso (...) (T 13).

Precisa ter aptidão para o ensino, didática, habilidade de liderança, formação na área de atuação e gostar de lidar com o processo de aprendizagem do residente (T 14).

Na ótica dos entrevistados, os atributos de um tutor bem-sucedido são: experiência profissional e acadêmica; ética e humanismo; domínio do conteúdo; capacidade de ensino e preparo pedagógico; habilidade para enfrentar e conduzir desafios e/ou problemas cotidianos; reconhecer que a educação permanente deve acontecer no dia a dia, na reunião de equipe, na supervisão; buscar evidências científicas e novos *guidelines* (diretrizes para interfaces humanas); ter postura profissional resiliente, humanista, responsável, comprometida, flexível, dinâmica, empreendedora e proativa; exercer liderança; trabalhar em equipe; discutir casos e o plano de cuidados; reconhecer o saber dos profissionais da equipe e valorizar seus conhecimentos e opiniões. Cabe ao tutor não apenas desenvolver táticas que favoreçam o aprendizado profundo, como propiciar um clima adequado para que este aconteça, além de integrar preceptores e residentes.

O tutor tem o papel de possibilitar a integração dos saberes, visando transversalizar seu conhecimento técnico-instrumental, sócio-político, ético-humanístico com os demais saberes necessários à formação do residente. Espera-se da tutoria uma articulação entre a teoria e a prática, o ensino e os serviços de saúde, instigando novos olhares acerca da realidade e de suas formas de intervenção (RODRIGUES et al., 2016).

Com relação à inserção do residente nas atividades teóricas, teórico-práticas e práticas na residência, os tutores pesquisados informaram que:

A inserção na modalidade residência em urgência e trauma é desenvolvida tendo como eixos estruturantes da formação do residente a aprendizagem no trabalho, as necessidades de saúde e a integralidade. As atividades teóricas são formatadas dentro de três grandes eixos: o primeiro é o transversal, que são temáticas relacionadas às políticas de saúde e ao SUS; o segundo é o eixo de concentração, que abarca a urgência e trauma.

As atividades teóricas do eixo de concentração abrangem a RUE, as linhas de cuidado pertinentes à ênfase urgência e trauma e o eixo específico correspondente ao núcleo de saber de cada profissão. Avalio as necessidades de discussão e as deficiências que os residentes apresentam. As atividades práticas são pensadas dentro dos módulos previstos e descritos no PP. São grandes temáticas relacionadas à urgência e trauma, dentro da realidade locorregional. As atividades que não acontecem no nosso campo de prática são realizadas em intercâmbio/parceria com os campos de prática externos, a exemplo do Hospital Materno Infantil, local que executamos o módulo referente às urgências e emergências pediátricas. Encaminha-se o residente para esse hospital (T 2).

Nas atividades teóricas, sempre com vistas a garantir o aperfeiçoamento acadêmico que vem da graduação e vai refletir nas atividades práticas, (...) é a aplicação da teoria do ponto de vista prático. E as atividades teórico-práticas, acredito que integram e se diluem, porque a residência tem uma estrutura teórico-prática de formação (T 8).

Ressalta-se que as atividades teóricas, teórico-práticas e práticas são compostas por três grandes eixos norteadores: transversal, de concentração e específico. O eixo transversal abarca as atividades teóricas, teórico-práticas e práticas comuns a todas as áreas de concentração e núcleos de saberes do programa, a saber: o sistema de saúde brasileiro; atenção à saúde; gestão de sistemas e serviços de saúde; vigilância e epidemiologia em saúde; metodologia da pesquisa, do trabalho científico e de projetos de intervenção; bioestatística; bioética e ética em pesquisa; e docência no ensino superior.

O eixo da área de concentração abrange as atividades teóricas, teórico-práticas e práticas comuns aos núcleos profissionais, com delimitação e aprofundamento de uma área de conhecimento, no caso pesquisado, ênfase em urgência e trauma. O eixo específico engloba as atividades teóricas, teórico-práticas e práticas específicas de cada núcleo de saber, de forma a preservar a identidade profissional.

A avaliação da prática profissional do residente tem caráter formativo. É desenvolvida, contínua e periodicamente, pelos preceptores que acompanham os profissionais da saúde residentes no cotidiano. Nesse contexto, o portfólio é um instrumento de avaliação proposto por possibilitar o diálogo entre preceptores, residentes e tutores, na medida em que é compartilhado e enriquecido por novas informações, novas perspectivas e contínuo suporte afetivo e pessoal para a formação profissional. Isso auxilia na sistematização da avaliação processual das

experiências de ensino-aprendizagem e dos desempenhos. Desta forma, preceptor-residente-tutor podem ampliar e diversificar os olhares, estimulando a auto-avaliação e a busca de novas oportunidades de aprendizagens (BRASIL, 2006a).

As necessidades de aprendizagem de cada residente são, assim, identificadas individualmente, uma vez que, tanto nos rodízios como nos grupos, os residentes terão acompanhamento, possibilitando que essas necessidades sejam reveladas e/ou percebidas. A preocupação com a singularidade da aprendizagem, segundo as necessidades particulares de cada residente, caracteriza a abordagem pedagógica a ser utilizada (BRASIL, 2006a).

Segundo Peduzzi (2002), neste novo modelo de organização do trabalho há uma tendência a maior qualificação dos trabalhadores, pois o produto depende cada vez menos das operações diretas do trabalhador individual, e cada vez mais de trabalhos coletivos articulados. Este é um papel decisivo para garantir maior produtividade, ocorrendo assim uma crescente valorização da capacidade de inovação e da inventividade dos trabalhadores.

Esse novo trabalhador, no qual convergem a concepção e a execução do trabalho, necessita de uma qualificação que inclua habilidades cognitivas, de abstração e análise simbólica, comunicacionais, de inter-relação com clientes e demais trabalhadores, iniciativa e criatividade, capacidade de trabalhar cooperativamente em grupo e para a formação mútua no próprio local de trabalho, competência para avaliar o produto e tomar medidas de melhoria de qualidade, além de domínio das técnicas de planejamento e organização do trabalho. Portanto, necessita de uma sólida formação básica, além da capacitação profissional.

A RMS fundamenta-se na aprendizagem baseada na prática profissional, na educação de adultos e, portanto, na aprendizagem significativa. Ou seja, as atividades práticas orientam as atividades de teorização e reflexão crítica, propiciando a identificação das necessidades de aprendizagem de cada residente, a busca de informações, a percepção das melhores evidências para a investigação e o plano de cuidado, e a imediata aplicação do conhecimento visando à transformação da prática e a saúde das pessoas (BRASIL, 2006a).

Com relação ao conhecimento do projeto pedagógico da residência, os tutores afirmaram:

Sim. Particpei da construção do projeto da RMS. O projeto foi construído coletivamente, por um grupo de trabalho. Elaborado de forma bem árdua (...) tivemos que estudar, pesquisar, (...) realizar várias reuniões com a equipe do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, (...) e naquele momento embasar em outros projetos. Hoje, eu já vejo a necessidade de mudanças, de revisão e aprimoramento. Mas foi um projeto bem construído coletivamente, pautado em muito estudo. Todos os integrantes/especialidades da RMS tiveram um papel fundamental na formulação desse projeto (T 2).

Conheço. Fiz parte da elaboração desse projeto. Ele permeia desde a descrição do local do cenário de prática, os objetivos da residência, o perfil do ingresso e do egresso, o projeto político pedagógico, as metodologias de ensino, as formas de avaliação e os conteúdos desenvolvidos durante os dois anos de residência (T 8).

Pode-se afirmar que o projeto político-pedagógico da residência é conhecido pelos tutores. Observa-se o conhecimento e o conceito apreendido do PP por parte de todos eles. A sua construção foi coletiva, realizada e executada pela equipe de tutores do Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) e pela equipe responsável pela pós-graduação da Escola de Saúde Pública Cândido Santiago (ESAP). Os tutores relataram que a elaboração aconteceu de forma muito árdua e com a participação de todos os núcleos profissionais, que tiveram um papel muito importante em todo o processo.

Os tutores entrevistados analisaram que a proposta pedagógica contempla ações de articulação com os conteúdos trabalhados e acesso aos serviços existentes apoiados nas ações intersetoriais, com vistas a promover o cuidado à saúde dos usuários.

O projeto político do PRIMUT, como modalidade de ensino de pós-graduação, busca preparar, aperfeiçoar, atualizar e aprofundar os conhecimentos e a prática dos profissionais para atuarem na Rede de Urgências e Emergências e, conseqüentemente, na urgência e trauma. Deste modo, diminui o descompasso entre as políticas e projetos do SUS e os projetos pedagógicos das instituições de ensino. Diante do que já se construiu na direção da formação do trabalhador de saúde, no que se refere à legislação pertinente e no envolvimento dos atores com as

questões da área, não investir nesse projeto político, tanto financeiramente quanto na garantia de sua qualidade, seria uma contradição (DOMINGOS, 2012).

Indagados sobre como avaliam a articulação entre o projeto pedagógico da residência e os seus conteúdos trabalhados, os tutores relataram:

Eu avalio como positivo. A gente consegue captar as necessidades e articular os conteúdos trabalhados com o PP. Tem havido muita parceria, principalmente da residência médica, para discussão e sanar algumas dúvidas. Ainda, tem discussão de pareceres, de situações protocolares às vezes não existentes, mas de condutas, de rotinas (...). Essa parceria é fundamental para sanar as dificuldades, o viés. Acredito que essa relação, essa articulação é positiva (T 2).

O projeto político-pedagógico é o grande norteador e o condutor dos conteúdos trabalhados. Acredito que devido ao uso de metodologias ativas, talvez o nosso PP ainda esteja um pouco engessado e amarrado em metodologias mais tradicionais. Vejo necessidade de atualização e nova submissão para modificar alguns conteúdos, algumas competências (...) a tendência atual é trabalhar mais com competências, do que conteúdos em si (T 8).

Os tutores foram inquiridos se a metodologia de ensino definida para o desenvolvimento das atividades do programa explicita como serão desenvolvidos o eixo transversal, o eixo de concentração e os núcleos de saberes de cada profissão, de forma a especializar o residente em sua área de conhecimento e atuação profissional.

A tutoria relatou que tem como orientação os princípios da educação permanente e da problematização, em que o eixo estruturante da formação se dá a partir da reflexão da exposição do residente sobre a realidade concreta vivida, de modo que os saberes são buscados como insumos e construídos na tentativa de intervenção e transformação da realidade. Sobre isso, destacaram:

A nossa proposta é a problematização (...). Utiliza-se a Metodologia do Arco de Charles Maguerez e as propostas evidenciadas na literatura (...). Tem sido positivo, principalmente para o residente, (...) que apreende a realidade através da realidade, (...) busca as respostas para suas dúvidas, (...) consegue visualizar o problema e trazer as respostas que encontra. O residente, mesmo buscando o tutor e o preceptor, mas principalmente o tutor, neste momento molda as respostas deste com base na experiência

(...) e nas evidências que ele consegue encontrar na literatura. Considero que prepara o residente para um futuro mais promissor (T 2).

O discurso dos tutores entrevistados é homogêneo acerca da metodologia de ensino definida para o desenvolvimento das atividades do eixo transversal, do eixo de concentração e do eixo específico de cada profissão. Os tutores reiteraram a necessidade da utilização de metodologias ativas como elemento potencializador da aprendizagem. A estratégia de ensino e de estudo adotada é a Metodologia da Problematização, tendo como referência o Método do Arco, de Charles Maguerez, que considera como pré-requisito para a educação a realidade do indivíduo, suas vivências e experiências, seus saberes e conhecimentos prévios.

Tais metodologias rompem com uma prática pedagógica tradicional centrada no conteúdo e na figura do professor, o qual é visto enquanto suposto detentor do conhecimento, ao passo que o aluno representa apenas uma figura passiva. Numa perspectiva bastante diferente, a estratégia central adotada nas metodologias ativas é da problematização (BORDENAVE, 2005).

Na metodologia da problematização, como alternativa de ensino, de estudo e de trabalho, os problemas são extraídos da realidade pela observação realizada pelos residentes. Esse esquema é proposto por cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade, ou em recorte desta, a saber: observação; pontos-chave; teorização; hipóteses de solução; e aplicação à realidade prática. "Trata-se de uma concepção que acredita na educação como uma prática social e não individual ou individualizante" (BERBEL, 1998, p. 36).

Melo & Sant'ana (2012) ressalta que a metodologia ativa trabalha com uma proposta de ensino que utiliza o currículo integrado, de modo que facilite a articulação entre teoria e prática. O estudo baseado em problemas, identificado a partir da vivência do serviço de saúde, possibilita a integralidade do indivíduo nas dimensões biológica, psicológica e social. Esta metodologia propõe ao estudante a importância e a necessidade de um profissional crítico-reflexivo, capaz de modificar a realidade social do seu dia a dia. Logo, essa metodologia tem como protagonista o

estudante, buscando integração multiprofissional, habilidades de raciocínio clínico, tomada de decisão, construção de sua autonomia e autoaprendizagem.

Segundo Perrenoud (2000), a aprendizagem é disparada a partir da própria realidade em que aluno e professor estão inseridos, e o saber docente emerge como condição fundamental para um fazer competente, aliado a uma postura ética e à presença de habilidades relacionais. O papel discente também é ressignificado, onde a participação, a consciência do referencial teórico e a abertura para o diálogo são elementos essenciais. Logo, nas metodologias ativas, boa parte da dinâmica do ensinar e aprender depende da presença destas condições educativas.

Para Haddad et al. (2010):

(...) no campo da educação, revela-se a contraposição de concepções pedagógicas tradicionais expressas por pedagogias transmissoras e a emergência de concepções críticas, reflexivas e que problematizem a realidade social. (...) as instituições formadoras (...) têm apresentado propostas de análise e reformulação do ensino que fortalecem a incorporação do conhecimento tecnológico de alta complexidade e custos elevados tanto em práticas diagnósticas como terapêuticas, perpetuando modelos tradicionais de seleção de conteúdos e administração de cargas horárias segundo a importância das especialidades (HADDAD et al., 2010, p. 395).

O Ministério da Saúde enfatiza que a formação do indivíduo deve acontecer a partir do processo de trabalho, a fim de transformar as práticas profissionais e organizar o trabalho por meio da sua problematização, avaliando a sua capacidade de prestar atendimento qualificado que contemple as diversas dimensões das necessidades de saúde individual e coletiva (BRASIL, 2004c).

Ao serem interpelados se consideram que os conteúdos trabalhados nos eixos transversal e de concentração, comuns a todas as profissões envolvidas no programa, propiciam a interdisciplinaridade e o desenvolvimento do trabalho em equipes multiprofissionais, os tutores responderam que:

(...) os conteúdos tangem a multidisciplinaridade, não sei se propicia (...) principalmente, o eixo transversal que é desenvolvido pela escola. (...) O hospital é responsável pelo eixo de concentração que tenta englobar toda a RUE (...) é uma preocupação da RMS, mas considero que ainda precisa de mais esforços para ser interdisciplinar. (...) Julgo que ainda não está no formato que deveria (T 2).

(...) os conteúdos hoje trabalhados nos eixos transversal e de concentração, talvez pela imaturidade dos residentes em perceber a importância desses conteúdos, fica difícil, a princípio, a assimilação completa de conteúdos tão diferentes. (...) Tem uma questão de maturidade, de tempo, do momento desse aprendizado e eu penso que (...) o desenvolvimento do trabalho em equipe, ele é árduo. (...) O objetivo é propiciar, mas acredito que a prática propicia essa oportunidade, a sessão clínica favorece muito. (...) Mas ainda percebo a dificuldade que o residente tem de fazer a interação, porque a sessão clínica está na concentração, mas julgo que existe uma dificuldade quanto à interdisciplinaridade (T13).

Acerca dos conteúdos trabalhados nos eixos transversal e de concentração, os tutores ponderaram que estes são atravessados pelas relações que operam na realidade, no contexto de gestão, nas linhas de cuidado e possibilitam construir espaços coletivos para a reflexão. Assim, os conteúdos abarcam a importância das relações horizontais e do trabalho em equipe. Os entrevistados se alicerçaram também na compreensão de que a atenção à saúde não se efetiva a partir da prática profissional isolada, mas impõe uma aprendizagem multiprofissional na perspectiva da construção da interdisciplinaridade.

Para Peduzzi (2001), as características do processo de trabalho em saúde, como a complexidade dos objetos de intervenção, a importância da relação profissional-usuário e da interdisciplinaridade evidenciam a necessidade do cuidado em saúde prestado por uma equipe, em detrimento da atuação profissional isolada. A prática do cuidado começa a ser desenvolvida de modo diferente pelos trabalhadores a partir do momento em que estes atribuem um novo significado para o trabalho em equipe.

Ao serem indagados se a organização didático-pedagógica da matriz curricular do programa propicia a articulação entre assistência, ensino e pesquisa, os tutores informaram que:

(...) a organização didático-pedagógica direciona, mas observa-se que determinados grupos de residentes apresentam dificuldades em um determinado tema, outros na assistência, na pesquisa, (...) uma dificuldade específica (...) mas pondera-se que, de forma geral, é um mergulho no momento de vida deles. (...) Acredito que o residente sai com todas essas visões (...) no desenvolvimento técnico, na pesquisa, quanto no seu aprimoramento de ensino. (...) Como a metodologia ativa é utilizada nessa proposta, (...) o residente é protagonista do seu conhecimento, de trabalhar no desenvolvimento do seu aperfeiçoamento profissional e na assistência (...) porque o carro chefe da residência é a inserção no serviço, na assistência. Então, acredito que a matriz propicia essa articulação. (...) Porém, percebe-se que as dificuldades são peculiares para cada residente (T 7).

A nossa organização permite, uma vez que a residência sempre foi pensada nessa articulação teoria-prática e pesquisa.(...) Tem-se discutido bastante essa questão de cada vez mais alavancar e incentivar o desenvolvimento de pesquisa e mostrar os resultados. A outra ressalva é talvez adaptar as nossas metodologias para cada vez mais caminhar para essas atividades de pesquisa e extensão (T 8).

No tocante à organização didático-pedagógica da matriz curricular do programa e à articulação entre assistência, ensino e pesquisa, os tutores afirmaram que a proposta pedagógica que a residência propõe é enriquecedora para todos os atores envolvidos. E ainda, que essa tríade articula-se influenciando e sendo influenciada uma pela outra.

A pesquisa é fundamental para o desenvolvimento do residente, uma vez que possibilita que o profissional realize suas atividades com embasamento científico. Neste sentido, o mesmo participa de encontros de pesquisa no primeiro e segundo ano, com os tutores da área, para construção e discussão de projetos de pesquisa. O empenho de residentes e tutores vem trazendo resultados significativos. Até o momento, todos os artigos foram submetidos para publicação, publicados e apresentados em eventos científicos, sendo que alguns trabalhos receberam inclusive prêmios.

Luna (2000) explicita a importância e necessidade cada vez maior do papel social das pesquisas. Estas são tratadas não como simples constatações do pesquisador, mas como demonstração do conhecimento produzido de forma fidedigna teórica e socialmente. A busca da verdade vem sendo substituída pela tentativa de aumentar o poder explicativo das teorias.

Como reflexo das tendências nacionais e internacionais que propõem inovações na formação dos profissionais de saúde, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde, em geral, também propõem a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva desses profissionais, assim como competências e habilidades para o trabalho em equipe multiprofissional na busca pela integralidade da assistência (ROSSONI; LAMPERT, 2004).

Para tanto, as estratégias didático-pedagógicas devem contemplar um modo de ensinar problematizador, possibilitando o protagonismo ativo dos residentes, considerando a produção e a construção de saberes contemporâneos. O centro formador deve oportunizar ao residente cenários diversificados de prática na realidade local (OLIVEIRA, 2003).

Os tutores, ao serem questionados se o corpo docente-assistencial (preceptores, tutores e docentes) possui formação pertinente às atividades programadas na matriz curricular, afirmaram:

Acredito que não, principalmente preceptor. (...) Na minha área especificamente tem algumas deficiências importantes, (...) hoje o serviço é terceirizado e eu tenho que contar com o corpo assistencial existente, sem opções de escolha (...) preciso contar com esses profissionais para exercer essa função e nem sempre é o que tem maior qualificação e preparo metodológico para receber o residente (...). Acredito que nesse sentido melhoraria muito se pudéssemos ter preceptores com contratos não precarizados na residência, porque daí a qualificação exigida na contratação seria pertinente. Os docentes, a gente acaba lançando mão das pessoas que temos como referência, acaba convidando as pessoas que dominam os assuntos abordados. Então, já observa-se uma melhoria (...) mas, como é um programa que não subsidia custos, bônus para essas pessoas (...) conta-se com a boa vontade e nem sempre consegue-se ter o profissional de maior referência nas atividades. Mas com muito esforço temos conseguido profissionais bem gabaritados para a docência. A preceptoria acredito que é o grande gargalo. Na tutoria às vezes, falta complementação. A minha questão mesmo, hoje ter um mestrado, preciso galgar para um doutorado para que a cientificidade seja maior, melhor empregada, melhor implementada e ter avanço na RMS (T 2).

Sim, eu acredito que em questão de formação nós somos privilegiados por estarmos inseridos dentro do contexto de saúde onde são ofertadas atualizações, possibilidades de aperfeiçoamento, de formação, de certa forma mais facilitada do que vejo em outras áreas profissionais. Acredito que os profissionais da área de saúde são preparados para isso, o que pode dificultar é realmente o perfil desse profissional e não a formação propriamente dita. Formação nós temos, agora, o perfil do profissional para lidar com uma preceptoria, uma tutoria, é diferenciado. A seleção do

profissional com perfil para o exercício de uma tutoria, de uma preceptoria é mais difícil do que encontrar profissionais com formação para a área assistencial (T 7).

Sim, até porque quando a residência foi pensada, as próprias resoluções que a norteiam já garantem isso (...) o preceptor precisa ser minimamente especialista e os tutores com titulação mínima de mestre (T 8).

Temos preceptores e tutores que possuem a formação pertinente. Não temos docentes, daí acumulamos essa função. O tutor, ele possui a formação específica para o trabalho de tutoria, mas não possui formação específica para a docência. Então tem falha na questão didático-pedagógica. É algo importante fazer essa correção, mas aqui enfatizo também que não basta ter uma formação pertinente, é preciso ter o desejo de exercer essa atividade. Hoje conta-se com preceptores que não têm formação pertinente (T 13).

A maioria dos tutores pesquisados afirmou que o corpo docente-assistencial possui formação pertinente às atividades programadas na matriz curricular da residência. A residência tem sua estrutura curricular organizada por atividades de formação teórica e prática em serviço.

Segundo Almeida (2003), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação em saúde estabelecem que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.

Aos serem questionados sobre como são realizadas as avaliações no âmbito da residência, os tutores relataram que:

No eixo específico, os quesitos avaliados são: questão ética, pontualidade, assiduidade, desenvolvimento técnico na assistência, postura didática durante a apresentação dos conteúdos estudados, (...) e após ser trabalhado o conteúdo ainda tem uma avaliação escrita para verificar a fixação. As atividades práticas são avaliadas por meio de um instrumento de pontuação, é realizada avaliação à beira-leito. (...) Verifica-se a questão clínica, diagnóstico(s), desenvolvimento do plano de cuidados para aquele paciente, a questão assistencial, (...) é avaliado o potencial holístico do residente. É avaliada dessa forma a parte prática. O eixo de concentração também é avaliado de forma escrita. A elaboração e a avaliação desse instrumento são realizadas pelos tutores, e então é aplicado aos residentes (T 7).

As avaliações são teóricas, teórico-práticas e práticas. Do ponto de vista teórico, são as avaliações de aprendizagem objetivas, que são realizadas ao final das aulas do eixo específico. Em relação à avaliação teórico-prática são realizadas visitas técnicas, é selecionado um paciente com o intuito de discutir com o residente quais são as condutas, (...) utilizando-as como avaliação. No que se refere à prática, o preceptor seleciona um paciente e faz um estudo de caso com o residente. Daí então faz-se avaliação à beira-leito sobre questões pertinentes à avaliação e conduta no caso (T 8).

As avaliações práticas são realizadas pelos preceptores por meio de uma ficha específica de avaliação, e as avaliações teórica e teórico-prática são tarefa dos tutores, por meio de uma ficha específica de avaliação. Implantamos a prova escrita ou oral, que tem sido uma boa experiência. Porque a avaliação formal ainda provoca, mobiliza o residente nessa fase para que ele estude mais, para que ele tente integrar o conhecimento da prática com a teoria (T 13).

No âmbito da residência, os pesquisados relataram que as avaliações são realizadas por preceptores e tutores. A avaliação é considerada uma atividade permanente e crítico-reflexiva para o planejamento, desenvolvimento e acompanhamento do processo de ensino-aprendizagem. O processo avaliativo é continuado, valorizando tanto aspectos quantitativos quanto qualitativos, constituindo um meio e não um fim em si mesmo. A avaliação é sistematizada semestralmente compreendendo a formação em seus diferentes espaços de inserção, tanto na perspectiva teórica quanto prática, sendo realizada por preceptores e tutores no âmbito das equipes (BRASIL, 2010a).

A equipe de coordenação composta por membros das instituições envolvidas também participa desta avaliação, semestralmente, com objetivo de analisar o desenvolvimento das competências previstas, desta forma, possibilitando identificar falhas e buscar soluções oportunas ainda durante o processo.

Com relação aos elementos que possibilitam o processo de ensino-aprendizagem entre os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões, na formação do residente, os tutores destacaram:

O processo de ensino-aprendizagem entre as profissões oportuniza o compartilhamento de saberes (...) não seccionar o paciente e enxergar todas as suas necessidades e fazer essa transição para a assistência, de uma maneira que não se categorize o paciente, (...) ele é único, tem necessidades individuais (...) e a equipe deve assistir e elaborar um plano de cuidados e/ou plano terapêutico considerando sua singularidade. É ter

essa visão macro de equipe e trabalhar em prol da melhoria de saúde da população (T 7).

Acredito que os elementos são: a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe, as atividades teórico-práticas, que permitem agregar conhecimento teórico, que pode ser utilizado para melhorar a prática. Isso, em conjunto com a sessão clínica, nos permite socializar e dividir o conhecimento entre as áreas dos saberes (T 8).

O processo de estudar o mesmo paciente à beira-leito (visita clínica) de todas as especialidades é um elemento que possibilita a integração de saberes. Fazer estudo de caso no formato da sessão clínica possibilita essa integração entre os profissionais, (...) o rodízio dos residentes na mesma área (cenário de prática) para atendimento dos mesmos pacientes também propicia integração. Julgo que esses são os principais elementos, a convivência, a discussão, favorece sempre (T 13).

Como elementos facilitadores do processo de ensino-aprendizagem, a tutoria citou: a abordagem metodológica desenvolvida no programa que propicia a atuação do residente com ações resolutivas, a partir da sua aproximação e integração com os diversos núcleos de saberes; os estudos de casos; a sessão clínica para troca de experiências e geração de conhecimento; o rodízio em equipe no mesmo cenário de prática, que impõe desafios a esse processo; bem como o reconhecimento por parte do residente, do papel do profissional de saúde com visão da totalidade das múltiplas determinações que envolvem o processo saúde-doença do paciente.

Nesta perspectiva, Closs (2013) aponta para a concepção de que a rede de serviços do SUS constitui-se em *locus* de ensino-aprendizagem, o que demanda a educação permanente dos trabalhadores e iniciativas de integração entre ensino e serviço, no interior da rede de atenção à saúde, além de práticas de formação e de pesquisa. Trata-se de uma significativa mudança de perspectiva na abordagem dos serviços de saúde. Esses espaços de geração de novos conhecimentos e práticas voltados para a inovação assistencial são basilares. O espaço de formação deve ser, prioritariamente, o local de trabalho, em processo potencializado pela educação permanente. De acordo com o Ministério da Saúde:

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004, p. 9).

Batista et al. (2005) sublinham que aprender com pessoas de diferentes áreas de conhecimento parece ser uma experiência que amplia a compreensão do trabalho coletivo e da ambiguidade da realidade que se apresenta nos cenários em saúde. Segundo Merhy (1998), é imprescindível que os profissionais articulem de forma exata seus núcleos de competência específicos, assumindo seu compromisso como cuidadores:

(...) a produção do cuidado em saúde requer tanto acesso às tecnologias necessárias (duras, leve-duras e leves), comandadas pelas tecnologias leves, como, por outro lado, pressupõe o uso de diversos conhecimentos que cada profissional de saúde detém (MERHY, 1998, p. 113).

O modo como operam as lógicas de poderes (políticos, técnicos e administrativos) na sociedade contemporânea, os núcleos vinculados às tecnologias⁴⁹ duras e leve-duras encontram terreno favorável para se impor sobre os outros núcleos. Superar esta conformação exige operar com dispositivos que possibilitem redefinir os espaços de relações entre os vários atores envolvidos nestes processos, ampliando os modos de produzir atos de saúde. Novos arranjos, novas combinações tecnológicas em que o peso das tecnologias leves seja maior, e em que as necessidades dos usuários ocupem um lugar central (MERHY, 1997).

⁴⁹ Tecnologia dura, leve-dura e leve é como Merhy (1997) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. A leve refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. A leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

Ferla e Ceccim (2003) entendem que a educação pelo trabalho é uma das alternativas para o desenvolvimento de novos perfis profissionais que visem à integralidade. Ressaltam que a presença contínua nos locais de produção de ações e o estabelecimento de estratégias de aprendizagem coletiva e em equipe multiprofissional podem ser eficientes na formação dos trabalhadores para a integralidade da atenção na saúde.

Os tutores, ao serem indagados sobre que aspectos consideram como dificultadores para a concretização dos objetivos do PRIMUT do Hugo, apontaram:

Entender a concepção do programa de residência pelos atores envolvidos na instituição. Além da falta de suporte tecnológico e material, ainda necessita formação e fomento da instituição no que tange à pesquisa. Essa questão ainda é muito pequena dentro da nossa unidade, talvez por não ser um hospital escola (...) encontramos barreiras para construir e levar projetos adiante. Considero que precisa ainda crescer bastante. Barreiras tecnológicas e estruturais (T 2).

Aspectos dificultadores: (...) a questão financeira, a falta de profissionais com perfil para preceptoria, o pequeno quantitativo de preceptores lotados na COREMU para supervisão docente-assistencial, (...) contar somente com profissionais da assistência é um fator dificultador nesse processo. O profissional de saúde que precisa dividir o tempo de trabalho entre o ensino em serviço e a assistência direta, e ainda manter sua meta de produtividade é um fator dificultador para a concretização desses objetivos. O olhar da gestão que valoriza a RMS e o quanto essa atividade contribui com a qualidade da assistência e na atualização e educação permanente do profissional do serviço, isso é fundamental no âmbito hospitalar. A falta de condições estruturais para o desenvolvimento das atividades propostas, a exemplo, das salas de aula, espaço para reuniões, espaço para descanso dos residentes. Atualmente, esses são alguns fatores que dificultam atingir os objetivos da RMS (T 7).

Espaço físico, recursos humanos, principalmente em relação ao quantitativo de preceptores, e muitas vezes a integração do serviço com a residência, no sentido de entender quanto às propostas da residência (entendimento em si) (...) o que é ensino-serviço, sem caracterizar mão de obra ou a questão de serem profissionais que vieram para atendimento. Que não é só isso, mas ele (residente) atende, porém sempre no sentido de aprendizado e especialização na área do conhecimento que ele se propõe. Então, basicamente seriam esses dois aspectos: recursos humanos e estrutura física (T 8).

(...) a maior dificuldade é a falta de recursos financeiros, de recursos humanos, de apoio logístico para o profissional da saúde residente se capacitar e se especializar (...) (T 14).

Cabe ressaltar os fatores mencionados pela tutoria como aspectos dificultadores para a concretização dos objetivos do PRIMUT: obstáculos na execução do trabalho local, devido à escassez de recursos humanos e financeiros; problemas advindos de infraestrutura física inadequada; dificuldade de compreensão dos objetivos da residência por parte dos atores envolvidos, como ensino-serviço e não como mão de obra; carência de suporte tecnológico; falta de concepção, formação e fomento da instituição em relação à pesquisa; carência de profissionais com perfil e qualificação para a preceptoria; e falta de apoio e olhar visionário da gestão para o trabalho da residência enquanto educação permanente.

O PRIMUT é realizado na modalidade ensino/serviço, e pode ser considerado como educação permanente em saúde, pois não somente oportuniza a ação como também a reflexão constantes a partir da realidade vivenciada e demandas dos usuários do serviço. Tem-se a possibilidade de propor e executar mudanças que a rotina, muitas vezes extenuante de trabalho, não permite realizar.

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2009a, p. 20-21).

De acordo com Ceccim (2005), a EPS é definida como uma ação pedagógica com foco no cotidiano do trabalho em saúde, levando à autoanálise e à reflexão de processo. Ela progride na direção da multiprofissionalidade e na construção coletiva por meio de experiências vivenciadas de novos conhecimentos, podendo gerar novas práticas.

Ceccim e Feuerwerker (2004) apontam como alternativa de superação desses problemas a atenção integral na necessidade do trabalho interdisciplinar e multiprofissional para o estabelecimento de vínculos com todas as dimensões do processo saúde-doença e linha de cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação empreendida por meio de percurso teórico-metodológico abordou a Residência Multiprofissional em Saúde, a partir de um dos recortes possíveis: a formação dos profissionais da saúde de um Programa de Residência em Atenção Hospitalar.

Procurou-se identificar e analisar se a formação do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, área de concentração – Urgência e Trauma, no Hospital de Urgências de Goiânia – Dr. Valdemiro Cruz (PRIMUT/HUGO), propicia a integração 'ensino em serviço' entre os profissionais da saúde residentes, na perspectiva da integralidade e interdisciplinaridade.

Além dessa análise, a pesquisa objetivou: avaliar a formação em saúde em consonância com o PP; identificar os obstáculos e elementos facilitadores para a efetivação da RMS; conhecer o perfil sociodemográfico e profissional dos atores estratégicos; analisar os benefícios das práticas interdisciplinares no processo ensino-aprendizagem dos profissionais residentes; e fornecer elementos que contribuam para a formação profissional em saúde, em consonância com o PRIMUT/HUGO.

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) está atrelada à reorientação do modelo biomédico vigente na organização dos serviços e das práticas profissionais. O conceito de saúde e a visão do processo saúde-doença sofreram transformações norteadas, principalmente, pelas discussões do Movimento da Reforma Sanitária, a partir do final da década de 1970. Essas transformações possibilitaram a criação de outro modelo de atenção em saúde, pelo conjunto de atores sociais comprometidos com a reorganização dos serviços e a concepção de saúde em nível teórico e prático, para a efetivação de um sistema integral que pressupõe um profissional crítico, capaz de lidar com a realidade e a singularidade das pessoas.

À Constituição Federal de 1988 coube, por meio do artigo 200, explicitar ao SUS a incumbência de ordenar a formação de recursos na área da saúde (BRASIL, 1988). A promulgação da Lei Orgânica da Saúde estabeleceu para as três

esferas de governo a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, bem como a organização de um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. Determinou, ainda, que os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de práticas para ensino e pesquisa, respeitando normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, o processo de formação deve ser articulado com o mundo do trabalho, rompendo com a separação existente entre teoria e prática, e estimulando os profissionais da saúde a desenvolverem um olhar crítico-reflexivo que possibilite a transformação das práticas. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde afirmam que a formação do profissional deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.

A integralidade é fruto de um longo processo político que caracteriza a Política de Saúde existente, que ganhou espaço no cenário político brasileiro a partir do Movimento pela Reforma Sanitária, consolidado na década de 1980, em meio ao processo de redemocratização do Brasil. A integralidade tem sua relevância reconhecida ao apresentar-se como umas das diretrizes do SUS, presente na CF/88 e nas leis infraconstitucionais. O trabalho em equipe tem como objetivo fundamental o compartilhamento de saberes durante a formação profissional, promovendo uma estreita relação entre teoria e prática, de forma contextualizada, preservando suas especificidades e as do outro. A interdisciplinaridade viabiliza o ajustamento da linguagem entre as especialidades e favorece o relacionamento entre as diferentes disciplinas/profissões.

Os resultados da pesquisa mostram que a proposta pedagógica do Programa estabelece como objetivo a construção de um profissional de saúde crítico-reflexivo, com base no rigor científico, para atuar na Urgência e Trauma. Isso demonstra uma busca por parte dos formuladores do programa pela inovação nos processos educativos da Atenção às Urgências. Apreendeu-se que, no cotidiano, a efetivação da integração 'ensino em serviço' entre os profissionais da saúde residentes na perspectiva da integralidade e da interdisciplinaridade, mediada pelo

PRIMUT/HUGO, aparece obstaculizada. Concluiu-se pela existência de potencialidades e limitações na formação promovida pela Residência, em face do caráter complexo e multifacetado do trabalho profissional e dos problemas concretos de saúde da população atendida.

Pode-se afirmar que há, de fato, obstáculos políticos, estruturais e culturais para a efetivação da integralidade e da interdisciplinaridade na formação em serviço dos profissionais da saúde residentes no PRIMUT/HUGO, sem desconhecer as suas dificuldades e contradições.

Os fatores dificultadores mencionados pelos participantes da pesquisa não apenas sinalizam pontos para reflexão e aprimoramento do programa, mas também evidenciam uma posição implicada e crítica quanto à formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde.

Dentre os obstáculos, foram apontados: o subfinanciamento das políticas públicas de educação e de saúde; a lógica gerencial de mercado e os impactos que o direcionamento mercadológico das políticas de saúde tem gerado na instituição e no próprio processo formativo da residência; a precarização das condições de trabalho e a limitação de recursos humanos na instituição; a ausência de qualificação didático-pedagógica de tutores e preceptores, que traz desafios para a garantia de uma formação de qualidade; a falta de espaço físico, que impacta no desenvolvimento de atividades de educação em saúde, reuniões de equipe e atendimentos individuais; a carga horária de 60 horas semanais prevista para a Residência Multiprofissional, intensa/extenuante, uma vez que a legislação trabalhista coloca que a jornada deve ser de, no máximo, de 44 horas de trabalho por semana; a tensão nos serviços, muitas vezes em função da politização dos residentes e de articulações promovidas pelos mesmos; a ausência de locais de repouso para os residentes que cumprem jornada diária de 12 horas; a falta de locais adequados para estudos, reuniões e convivência dos profissionais; a limitação do acesso a equipamentos de informática e à internet banda larga, não atendendo ao quantitativo de residentes; por fim, as diferenças na compreensão acerca do que é a residência, do papel dos residentes nos serviços e dos pressupostos da formação em saúde.

Dentre as potencialidades para o trabalho interdisciplinar, foram assinaladas: a própria implantação do Programa de Residência no HUGO; alguns espaços já instituídos, como as reuniões de equipes, preceptores, tutores e Diretoria de Ensino e Pesquisa do hospital; a metodologia da problematização, enquanto alternativa de ensino, de estudo e de trabalho; a prática multiprofissional desenvolvida por meio de estratégias de organização dos serviços e do processo de ensino-aprendizagem, que mostra o potencial da RMS em formar profissionais da saúde para o trabalho em equipe e, conseqüentemente, para a transformação das práticas, com vistas à integralidade no cuidado; a formação mínima e experiência profissional dos preceptores e tutores; a dedicação exclusiva do preceptor e tutor para a supervisão docente-assistencial; o pagamento de gratificação, quando em efetivo exercício em uma destas funções, em jornada mínima de 20 horas semanais (em unidades de saúde que possuem programas de residência reconhecidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação, devidamente comprovada pela Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago ou instituição/setor responsável pelo Ensino da SES); por fim, a comunicação entre profissionais, que faz parte do exercício cotidiano de trabalho e permite articular as inúmeras ações executadas na equipe, no serviço e na rede de atenção à saúde.

À guisa de apontamentos finais, a pesquisa empírica identificou que o projeto pedagógico da RMS contempla a afirmação dos preceitos do SUS conectados com as necessidades de saúde da população, e reforça a articulação do tripé ensino, assistência e pesquisa. Analisamos que a integralidade requer a implementação clara e precisa de uma formação comprometida com o desenvolvimento de competências gerais necessárias a todos os profissionais de saúde.

Além disso, para que a interdisciplinaridade seja efetiva é imprescindível garantir espaços de reflexão, de diálogo, a adoção de posturas flexíveis, solidárias e democráticas. Há diversos pontos que podem ser aprimorados no PRIMUT/HUGO, indicando a necessidade de avanço nas políticas voltadas a esta temática e que dependem da corresponsabilização de atores das cenas de formação e trabalho que compõem a RMS (residentes, profissionais dos setores que recebem RMS, gestores, preceptores, tutores, coordenadores e instituições de ensino).

Nesses moldes, afirmamos, com base em Ceccim et al. (2007, p. 266), que "a formação e o exercício profissional não podem seguir linhas paralelas no desenvolvimento de sistemas de saúde, eles precisam de relações orgânicas".

REFÊRENCIAS

ALMEIDA, M.; (Org.) **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede Unida; 2003.

AMARANTE, Paulo; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; COSTA, Ana Maria. **Memória de um movimento: a revista Saúde em Debate e a reforma sanitária brasileira**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2023-2029, jul. 2015.

ANDERSON, Perry. **Balço do neoliberalismo**. In: GENTILI, Pablo; SADER, Emir (Orgs.). Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, p. 9-23, 1998.

_____. **Linhagens do Estado Absolutista**. 3. ed. 1ª reimpressão. São Paulo: Brasiliense. 1998.

_____. [Tradução de Alexandre Barbosa de Souza e Bruno Costa]. **O "Brasil de Lula"**. NOVOS ESTUDOS CEBRAP nº 91, São Paulo: Brasiliense, p. 23-52, nov. 2011.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, Ricardo José Soares and MARTINS JUNIOR, Tomaz. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil**. *Rev Panam Salud Publica* [online]. vol.8, n.1-2, pp.85-91, 2000.

ANTUNES, Ricardo e SIMIONATTO, Ivete, p. 19 e p. 82 In: Módulo 1: **Crise contemporânea, questão social e Serviço Social**. Brasília: CEAD, 1999.

ARAÚJO, D. E. **A Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde: uma análise, por coordenadoria regional de saúde do Estado do Rio Grande do Sul**. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2012.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G. de; BRASI, S. L. **Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade**. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.31, supl. 1, p. 20 -31, jun. 2007.

ARAÚJO, D. **Noção de Competência e organização curricular**. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, v. 31, supl. 1, p. 32-43, jun. 2007.

ARMITAGE, P. Burnard P. **Mentors or preceptors? Narrowing the theory-practice gap**. *Nurse Educ Today*; 11 (3):225-229, 1991.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Conferência de Abertura. Março de 1986.

_____. Antônio Sérgio da Silva. **Democracia é saúde**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p. 35-42, 1987.

BAIN, L. **Preceptorship: a review of the literature**. J Adv Nurs; 24(1):104-107, 1996.

BARROS, Wellington de M., ALVES, Niege, MENEZES, Jefferson, MELLO-CARPES, Pâmela B. **A importância da participação em grupos de pesquisa e a relação entre essa escolha e o futuro do integrante**. ANAIS DO SALÃO INTERNACIONAL DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, v. 3 nº 2, 2011.

BATISTA, N.; BATISTA S. H. B.; GOLDENBERG, P.; SEIFFERT, O.; SONZOGNO, M. C. **O enfoque problematizador na formação de profissionais de Saúde**. Rev. Saúde Pública; 39 (2):147-61, 2005.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Elaine Rossetti. **Política social no contexto da crise capitalista**. In: Serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS. 2009.

BELLODI, Patrícia L, MARTINS, Milton de A. **Tutoria: mentoring na formação médica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BOITO JR., Armando. **Política Neoliberal e Sindicalismo no Brasil**. Ed. Xamã, São Paulo, 1999.

BOTTI, Sérgio H. **O. Desenvolvendo as competências profissionais dos residentes**. Rev. Hosp. Univ. Pedro Ernesto. v.11(Supl.1):102-106, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Saúde e qualidade de vida. Políticas de Estado e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Relatório final).

_____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990**. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 1993.

_____. Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, DF, 83 p, 1995.

_____. **Decreto 2.026 de 10 de outubro de 1996**. Estabelece os procedimentos para o processo de avaliação dos cursos e instituições de ensino superior. Diário Oficial da União. Seção I, 11/10/96.

_____. Presidência da República. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília: Senado Federal, 1996.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. Departamento de Política de Ensino Superior. Comissão Técnica de Reforma Curricular de Farmácia. **Diretrizes Curriculares para a Educação Farmacêutica no Brasil**. Brasília, setembro de 1997 (versão preliminar).

_____. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 maio, 1998.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 287, de 08 de outubro de 1998**.

_____. Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde: efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção á saúde, com controle social: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 56 p., 2002.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.863, de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

_____. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 485, de 11 de novembro de 2005.** Aprova a Norma Regulamentadora n.º 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. (DOU de 16/11/05 – Seção 1).

_____. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.118, de 3 de novembro de 2005.** Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 414p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde,** Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 100 p, 2009. (CONASS Documenta; 18).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília, 2009a. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010, p. 88.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 jul. 2011a, p. 70.

_____. **Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012.** Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de

Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p. 24-25.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Resolução CNRMS nº 5, de novembro de 2014**. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem-trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BARRACHO, Carlos. **Temas e Ideias em Ciência Política: a questão do poder**. Lisboa: Clássica Editora, 2010.

BARRETO, Maria Inês. **As organizações sociais na Reforma do Estado**. In: O Público não estatal na Reforma do Estado. Rio de Janeiro: FGV. p.107 -151, 1999.

BARRETO, V. H. et al. **Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco – um Termo de Referência**. Rev. Bras. Educ. Med., v. 35, n. 4, p. 578-583, 2011.

BATICH, Mariana. **Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada**. São Paulo em Perspectiva, 18 (3) 2004.

BERBEL, Neusi A. N. **"Problematization" and Problem-Based Learning: different words or different ways?** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 2, n. 2, 1998.

BERLINGUER, G. **Medicina e Política**. São Paulo: Cebes, 1979.

BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA, Sonia M. Fleury; CAMPOS, Gastão W. S. **Reforma sanitária-Itália e Brasil**. São Paulo: Cebes/Hucitec, 207 p, 1988.

BILLIER, Jean-Cassien; MARYOLI, Aglaé. **História da filosofia do direito**. Trad. Maurício de Andrade. Bauru: Manole, 2005.

BOBBIO, Norberto. **Estado, governo e sociedade; para uma teoria geral da política**. Trad. Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Liberalismo e democracia**. Trad. Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: Brasiliense, 1988.

_____. **Locke e o direito natural**. 2 ed. Trad. Sérgio Bath. Brasília: Editora UNB, 1997.

_____. **Né com Marx né contro Marx**. Roma: Riuniti: 1997.

_____. **Teoria geral da política: a filosofia política e as lições dos clássicos**. Org. Michelangelo Bovero. Trad. Daniela Beccacia Versiani. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

_____; BOVERO, Michelangelo. **Sociedade e Estado na filosofia política moderna**. 4 ed. Trad. Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política**. 12 ed. Trad. Carmen C. Varriale, *et. al.* Brasília: Editora UNB, Volumes I e II, 2004.

_____. **O futuro da democracia**. São Paulo: Paz e Terra, (2006b).

BONAVIDES, Paulo. **Do estado liberal ao estado social**. 6 ed. São Paulo: Malheiros, 1996.

_____. **Teoria do Estado**. 4 ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

BONFADA, D. et al. **A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços**. Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, fev. 2012.

BOTTI, Sérgio H. de O.; REGO, Sérgio. **Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?** Rev. Bras. Educ. Med. v. 32. n. 3, p. 363-373, 2008.

BOTTI, Sérgio. H. de O. **Desenvolvendo as competências profissionais dos residentes**. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. v.11, Supl. 1, p. 102-106, 2012.

BRAGA, Ruy. O fim do lulismo. In: SINGER, André...[et al] (Org.). JINKINGS, Ivana, DORIA, Kim, CLETO, Murilo; [ilustração Laerte Coutinho] **Por que gritamos golpe? para entender o impeachment e a crise**. 1 ed. São Paulo: Boitempo, Tinta Vermelha, p. 55-60, 2016.

BRAVO, Maria Inês de S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez/UFRJ, 1996.

_____. & MENEZES, J. S. B. **Participação Popular e Controle Social na Saúde**. In: BRAVO, M. I. S. & MENEZES, J. S. B. (Orgs.) Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2011.

_____. Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios do controle social na atualidade**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 109, p. 126-150, mar. 2012.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Consenso do atraso**. Folha de S. Paulo. São Paulo, 10 jul. 1994. Caderno 1, p. 3.

_____. **Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado**. In: BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter. Reforma do Estado e administração pública gerencial. Rio de Janeiro: Ed. FGV, p. 21-38, 1998.

_____. **Gestão do Setor Público: estratégia e estrutura para um novo Estado**. In: BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter Kevin (org.). Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 22- 39, 2001a.

_____. **Instituições, bom Estado e reforma da gestão pública**. Revista Eletrônica sobre Reforma do Estado, Salvador, n. 1, Mar./abr./maio 2005.

BUSTELO, F. **Desarrollo económico: del Consenso al Post-Consenso de Washington y más allá**. Estudios em homenagem a professor Francisco Bustelo. Madrid: Editorial Complutense, 2003.

CAGNIN, Rafael F.; PRATES, Daniela M.; FREITAS, Maria Cristina P. de e NOVAIS, Luís F. **A gestão macroeconômica do governo Dilma (2011 e 2012)**. NOVOS ESTUDOS - CEBRAP nº 97, São Paulo, novembro 2013 p. 1-18.

CAMARGO JR, K. R. de. **Um ensaio sobre a (In) definição de integralidade**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Orgs.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3 ed., Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, p. 35-44, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner S. **O anti-Taylor e o método Paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional**. Tese de livre-docência. Campinas/SP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP), 2000.

_____. Gastão Wagner de S. **Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. In: Ciência & Saúde Coletiva – Abrasco. v.5, n.2.: p.219-230, 2000b.

_____. Gastão Wagner de S. **Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas**. Cadernos RH Saúde, Brasília v. 3, n. 1, p. 52-56, mar. 2006.

_____. Gastão Wagner de S. **O público e o privado na saúde brasileira.** In: Le Monde diplomatique – Brasil, S/l 04 mar 2008. Disponível em: Acesso em: 03/09/2011.

CAMPOS, C. E. A. **O desafio da Integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família.** Ciências e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.569- 584, 2003.

CANEZIN, Maria Teresa. **Introdução à teoria e ao método em ciências sociais e educação.** Goiânia: Ed. da UCG, 2001 (Série: Ensaios; 4).

CARDOSO, Fernando Henrique. **Discurso de Despedida do Senado Federal: Filosofia e Diretrizes de Governo.** Brasília: Presidência da República, Secretaria de Comunicação Social, 1995. 39 p.

_____. **Reforma do Estado.** In: BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter. Reforma do Estado e administração pública gerencial. Rio de Janeiro: Ed. FGV, p. 15-19, 1998.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil.** Estudos Avançados 27 (78), 2013.

CASTELO, Rodrigo. **O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 112, p. 613-636. out/dez. 2012.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. **O serviço social nos programas de residência em saúde: resultados iniciais do mapeamento da ABEPSS.** Temporalis, Brasília (DF), ano 13, n. 26, p. 153-171, jul./dez. 2013.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS: UERJ: ABRASCO, p. 197-210, 2003.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, L. C. M. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5), p.1400-10, 2004.

CECCIM, Ricardo B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2005; 9 (16): 161-168.

CECCIM, Ricardo Burg; PINHEIRO, Roseni. **Experenciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade.** In: CECCIM, Ricardo Burg; PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESQ – ABRASCO, p. 13-33, 2006.

_____, Ricardo B.; FERLA, Alcindo A. **Educação permanente em saúde**. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Julio C. F. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 162-168, 2008.

_____, Ricardo B. **Prefácio**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde; organização de Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 260 p. 17-22, 2010.

CHEADE, Maria de Fátima Meinberg, FROTA, Oleci Pereira, LOUREIRO, Marisa Dias Rolan, QUINTANILHA, Analice Cristhian Flavio. **Residência Multiprofissional em Saúde: a busca pela integralidade**. Cogitare Enferm. 2013 Jul/Set; 18(3):592-595.

CLOSS, Thaísa T. **O serviço social nas residências multiprofissionais em saúde: formação para a integralidade?** Curitiba: Appris, 302 p, 2013.

COHN, Amélia. **Caminhos da reforma sanitária**. Lua Nova, v.19, p. 123-140, 1989.

COHN, Amélia & ELIAS, Paulo E. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços**. São Paulo: Editora Cortez, 1996.

_____, Amélia & ELIAS, Paulo E. **Health reform in Brazil: lessons to consider**. Am J Public Health, v.93, n.1, p. p. 44-48, 2003.

CORDEIRO, H. A. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Nota Técnica n. 13/06**. Para entender o Pacto pela Saúde 2006 – Financiamento. Portaria 698/GM de 30/03/2006. Volume IV [Internet]. Brasília (Brasil): CONASS; 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução do CFM nº1451, de 10 de março de 1995**. Resolve sobre estabelecimentos de Prontos-Socorros Públicos e Privados, equipe médica, sala de emergência, recursos técnicos mínimos disponíveis, funcionamento e porte destes estabelecimentos. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 17 mar. 1995, p. 3666.

COSTA, N. do R. **Política e projeto acadêmico: notas sobre a gênese do campo da saúde coletiva**. Cadernos de História e Saúde. Rio de Janeiro, n.2, p. 125-136, 1992.

COSTA, Lucia Cortes. **Os impasses do Estado capitalista: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil**. Ponta Grossa: UEPG; São Paulo: Cortez, 2006.

COSTA, Nilson do Rosário; LAMARCA, Isabel. **Os Governos FHC e Lula e a política para a força de trabalho civil do Governo Central Brasileiro**. Ciência & Saúde Coletiva, 18(6):1601-1611, 2013.

DARDOT, Pierre. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. Tradução de Mariana Echalar. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2016 (estado de sítio).

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. **Processo comunicativo e humanização em saúde**. Interface: Comunicação, Saúde e Educação, v. 13, n. 1, p. 641-649, 2009.

DOURADO, Eliana Maria R. **"Análise da Política Nacional de Atenção às Urgências: uma proposta"**. Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. Brasília, 2013.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Ofensiva Capitalista, Despolitização e Politização dos Conflitos Sociais de Classe**. In: Temporalis/Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Nº 16. Brasília: ABEPSS, 2008.

ERDMANN, A. L, SOUSA, F. G. M, BACKES, D. S, MELLO, A. L. F. S. **Comprendiendo el sistema de cuidados desde la mirada de la complejidad**. Rev Panamericana de Enfermería; 3 (2): 108-13, 2005.

ESCOREL, Sarah. **Saúde e democracia, democracia e saúde**. Revista Saúde em Debate, n. 21, p. 51- 5, jun. 1988.

_____, Sarah.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. **As origens da reforma sanitária e o SUS**. In: LIMA, N.T. et al. (Orgs.). Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 59-82.

_____, Sarah. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária**. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 385- 434, 2008.

FAGNANI, Eduardo. **A política social do Governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica**. Texto para Discussão. IE/UNICAMP, Campinas, nº 192, jun. 2011.

_____, Eduardo. **Previdência social: reformar ou destruir?** In: SINGER, André...[et al] (Org.). JINKINGS, Ivana, DORIA, Kim, CLETO, Murilo; [ilustração Laerte Coutinho] Por que gritamos golpe? para entender o impeachment e a crise. 1 ed. São Paulo: Boitempo, Tinta Vermelha, p. 85-92, 2016.

FAJARDO, Ananyr Porto. **Os tempos da docência nas Residências em Área Profissional da Saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde**. Tese (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FALEIROS, Vicente de P. **Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil**. In: PROGRAMA de Capacitação Continuada para assistentes sociais: capacitação em serviço social e política social. CFESS-ABEPSS-CEAD/NED-UNB, Módulo (3), 2000.

FALEIROS, Vicente de Paula et al. **A Construção do SUS. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 297 p, 2006.

FALLETI, T. G. **Infiltrating the State. The evolution of health care reforms in Brazil, 1964- 1988**. In: MAHONEY, J.; THELEN, K. (Eds.). Explaining institutional

change: ambiguity, agency, and power. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

FERREIRA, Taysa Sant'Ana, CAMPOS, Luciana de Freitas. **O conhecimento veiculado em literatura nacional sobre integralidade em saúde.** Cogitare Enferm, 2009 Abr/Jun; 14 (2): 368-73.

FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. **Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária.** Rio de Janeiro: Cebes, 2007.

FONTES, V. **Sociedade civil no Brasil contemporâneo.** In: LIMA, J. & NEVES, L. M. W. (Orgs.) Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

FREITAS, Rosana de C. Martinelli. **O governo Lula e proteção social no Brasil: desafios e perspectivas.** Rev. Katályis Florianópolis v. 10 n. 1 p. 65-74 jan./jun. 2007.

FRIGOTTO, G. **A Interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais.** In: JANTSCH, A. P, BIANCHETTI, L. (Orgs.) Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito. 5ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2001.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. **Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe: sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida?** Revista Olho Mágico, Londrina, v. 5, n. 18, p. 5-6, mar. 1999.

FEUERWERKER, L. **No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a Residência multiprofissional em saúde.** Interface (Botucatu), 2009.

FRIEDMAN, Milton. **Capitalismo & liberdade.** Rio de Janeiro: Artenova, 1972.

FURTADO, Juarez P. **Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, vol. 11, n. 22, p. 239-255, maio/agosto 2007.

GOIÁS. **Lei nº 18.464, de 13 de maio de 2014.** Dispõe sobre o Plano de Cargos e Remuneração dos servidores efetivos da Secretaria de Estado da Saúde e dá outras providências.

GOMES, Ciro. **Por que o golpe acontece?** In: SINGER, André...[et al] (Org.). JINKINGS, Ivana, DORIA, Kim, CLETO, Murilo; [ilustração Laerte Coutinho] Por que gritamos golpe? para entender o impeachment e a crise. 1 ed. São Paulo: Boitempo, Tinta Vermelha, p. 39-41, 2016.

GONÇALVES, Reinaldo. **Novo desenvolvimentismo e Liberalismo Enraizado.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 112, p. 637-671. out/dez. 2012.

_____, Reinaldo. **Globalização e desnacionalização**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1999.

GRAMSCI, Antonio. **Concepção dialética da história**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

GRUPPI, Luciano. **Tudo começou com Maquiavel**. Porto Alegre: L&PM Editora, 1986.

GUSDORF, George. **Professores para que?** Lisboa: Moraes, 1967.

HADDAD, Ana Estela et al. **Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, jun. 2010.

HEGEL, G. W. F. **Princípios da filosofia do direito**. Trad. Orlando Vitorino. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

HOBBS, Thomas. **Leviatã**. [tradução Rosina D'Angina]. 1. ed. São Paulo: Martin Claret, 2014.

IAMAMOTO, Marilda V. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade**. In: CFESS-Conselho Federal de Serviço Social. Atribuições privativas do (a) assistente social. Brasília: CFESS, p. 13-50, 2002.

_____, Marilda V. **O serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.

QUINALHA, Renan. **"Em nome de Deus e da família": um golpe contra a diversidade?** In: SINGER, André...[et al] (Org.). JINKINGS, Ivana, DORIA, Kim, CLETO, Murilo; [ilustração Laerte Coutinho] Por que gritamos golpe? para entender o impeachment e a crise. 1 ed. São Paulo: Boitempo, Tinta Vermelha, p. 39-41, 2016.

LAURELL, Asa Cristina (Org.). **Estado e Políticas Sociais no neoliberalismo**. Revisão técnica de Amélia Cohn; Tradução de Rodrigo León Contrera. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LENOIR, Yves. **Didática e Interdisciplinaridade: uma complementariedade necessária e incontornável**. In: FAZENDA, Ivani C. A. (Org.). Didática e Interdisciplinaridade. 12ª ed. Campinas, SP: Papirus, 1998.

LÖWY, Michel. **Da tragédia a farsa: o golpe de 2016 no Brasil**. In: SINGER, André...[et al] (Org.). JINKINGS, Ivana, DORIA, Kim, CLETO, Murilo; [ilustração Laerte Coutinho] Por que gritamos golpe? para entender o impeachment e a crise. 1 ed. São Paulo: Boitempo, Tinta Vermelha, p. 61-67, 2016.

LUCHESE, P. T. R. **Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde**:

retrospectiva 1990/1995. Brasília: IPEA, p. 75-152, dez. 1996. (Planejamento e Políticas Públicas, n. 14).

LÜCK, Heloísa. **Pedagogia interdisciplinar - fundamentos teórico-metodológicos.** 2ª edição. Rio de Janeiro, Vozes, 1994.

MACIEL, David. **Estado e poder em Gramsci.** In: BARBOSA, Waldir (Org.). Estado e poder político: da afirmação da hegemonia à defesa da revolução social. Goiânia: Ed. da UCG, p. 9-27, 2004.

MACHADO, M. H. et. al. **Análise da força de trabalho do setor saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2006.

MAIO, M. C.; LIMA, N. T. **Fórum: o desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1611-1613, 2009.

MALUF, Sahid. **Teoria geral do Estado** / Sahid Maluf; atualizador prof. Miguel Alfredo Malufe Neto - 31 ed. - São Paulo: Saraiva, 2013.

MAQUIAVEL, Nicolau. **O Príncipe** / tradução de Hingo Weber - 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. (vozes de Bolso).

MARINS, João José Neves. **Formação de preceptores para área de saúde.** BRANT, Victoria (Org.). In Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde. Juiz de Fora: Ed. UFJF, p. 47-52, 2011.

MARTINS, Carlos Eduardo Martins. **O Brasil e a dimensão econômico-social do governo Lula: resultados e perspectivas.** Rev. Katálysis v. 10 n.1 Florianópolis jan./jun.2007.

MASCARO, Alysson Leandro. **A crítica do Estado e do direito: a forma política e a forma jurídica.** In: NETTO, José Paulo (Org.). Curso Livre Marx-Engels: a criação destruidora. 1 ed. São Paulo: Boitempo, Carta Maior, 2015.

MATOS, Izabela Barison; TOASSI, Ramona Fernanda C. y DE OLIVEIRA, Maria Conceição. **Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações.** Athenea Digital, 13 (2), 239-244 (julho 2013).

MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos.** In: PINHEIRO, R; MATTOS & MATTOS, R. (Orgs.). Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005a.

_____. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (5), p. 1411-16, 2004.

_____. **Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos.** In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, p. 39-64, 2001.

MATTOSO, Jorge. **O Brasil herdado.** In: SADER, E; GARCIA, M. C. Brasil entre o passado e o futuro. São Paulo: Boitempo, 2010.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **As redes de atenção à saúde.** Organização Panamericana da Saúde, 2ª edição. Brasília: 2011. 549 p.

MENDES, Isabel Amélia Costa. **Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2004, vol.12, n.3, pp.447-448. ISSN 1518-8345. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000300001>.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

MÉSZÁROS, Istvan. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição.** 1 ed. revista. São Paulo: Boitempo, 2011.

MILLS, J .E, FRANCIS K. L, BONNER A. **Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature.** Rural Remote Health; 5 (3):410, 2005.

MINAYO, Maria C. de S. **Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido.** Medicina Ribeirão Preto 1991 abr/jun; 24(2):70-7.

_____. **O Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 18ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.

_____. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 2014.

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO (MARE). **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.** Brasília: Imprensa Nacional, novembro de 1995. Plano aprovado pela Câmara da Reforma do Estado da Presidência da República em setembro de 1995.

MISHIMA, S. M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde: o caso do Programa**

de Saúde da Família. 2003. 153 p. Tese (Livre - docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MOHR, Adriana. **A formação pedagógica dos profissionais da área da saúde.** In: BRANT, Victoria M. R. (Org.). Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde. Juiz de Fora: Ed. UFJF, p. 53-65, 2011.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro Setor e Questão Social: Crítica ao padrão emergente de intervenção social.** São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **Estado, classe e movimento social.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca básica de serviço social; v. 5).

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social.** São Paulo: Cortez, 1995.

NAKAHODO, Sidney Nakao, SAVOIA, José Roberto. **A reforma da previdência no Brasil: estudo comparativo dos governos Fernando Henrique Cardoso e Lula.** Revista Brasileira de Ciências Sociais; 23(66):45-58, 2008.

NAY, Olivier. **História das ideias políticas.** Petrópolis: Vozes, 2007.

NETTO, José Paulo. **Democracia e Transição Socialista: escritos de teoria e política.** Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990.

_____. **Introdução ao Estudo do Método de Marx.** São Paulo: Expressão Popular. 2011.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley. **A Política Educacional Brasileira na 'Sociedade do Conhecimento'.** In: MATTA, G. C. & LIMA, J. C. F. (Orgs.) Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008.

_____. **Direita para o social e esquerda para o capital. Intelectuais da nova pedagogia da hegemonia no Brasil.** São Paulo: Xamã, 2010.

NOGUEIRA V. M. R.; MIOTO, R. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais.** In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde; Recife: ABEPSS, 2006.

NOVAES, H. M. **Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde.** São Paulo: Pioneira, 1990.

OLIVEIRA, J. A. A. & TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência no Brasil.** Petrópolis: Vozes: Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **The world health report: improving performance.** Geneva: World Health Organization, 2000.

_____. **Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action.** Genebra: WHO; 2013. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/en/index.htm. Acesso em 04/07/2016.

PAIM, Jairnilson Silva. **A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18 [4]: 625-644, 2008.

_____. Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PASCHE, D. F., PASSOS, E. **Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da política de Humanização da Saúde.** Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - Saúde em Debate. Rio de Janeiro. V. 34, n. 86, pp. 423-432, jul./set., 2010.

PAULA, Renato Francisco dos Santos. **Estado capitalista e serviço social: o neodesenvolvimentismo em questão.** Campinas: Papel Social, 2016.

PAULANI, Leda Maria. **Neoliberalismo e individualismo.** Economia e Sociedade, Campinas, (13): 115-127, dez. 1999.

PAULO NETTO, José. **Introdução ao Estudo do Método de Marx.** Expressão Popular, 2011.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: as interfaces entre o trabalho e interação** [Tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas; 1998.

_____. **Equipe Multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, 35(1), p. 103-09, 2001.

_____. **Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho.** In: Pinheiro, R; Barros, MEB; Mattos, RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2007.

PEREIRA, Camila Potyara. **Proteção no capitalismo: crítica a teorias e ideologias conflitantes.** São Paulo: Cortez, 2016.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Política social: temas & questões.** São Paulo: Cortez, 2008.

PERINI, E.; PAIXÃO, H. H.; MODENA C. M.; RODRIGUES, R. N. **O indivíduo e o coletivo: alguns desafios da epidemiologia e da medicina social.** Interface – Comunic., Saúde, Educ., São Paulo, v.5, n.8, p.101-18, 2001.

PETTA, Helena [et al.]. **Preceptorial no SUS: caderno do curso 2015**. São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 51p, 2015. (Projetos de Apoio ao SUS)

PIAGET, Jean. **Para onde vai a educação?** Rio de Janeiro: José Olympio, 1973.

PIERANTONI, Célia. R.; VARELLA, C. Thereza.; FRANÇA, Tânia. **Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática**. Cadernos RH Saúde, Brasília, v. 3, n. 1, p. 27-38, 2006.

_____. C. R. et al. **Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS**. Physis: revista de saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001.

PIZZINATO et al., Adolfo. **Integração Ensino-Serviço na Formação Profissional**. Revista Brasileira de Educação Médica 36 (1 Supl. 2) : 170 – 177 ; 2012.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. **O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal**. In: **Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 1ª Edição. (Orgs.) BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Débora de Sales; MENEZES, Juliana Souza Bravo de; OLIVEIRA, Mariana Maciel do Nascimento p. 26 a 42. Rio de Janeiro: UERJ/Faculdade de Serviço Social Projeto Políticas Públicas de Saúde. Editora: Rede Sirius, 2007.

ROSANVALLON, P. **A crise do Estado-providência**. Goiânia, GO: Ed. UFG/Brasília, DF: Ed. UNB, 1997 (Original de 1981).

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Do contrato social**. 2ª edição - 3ª tiragem. Leme/São Paulo: EDIJUR, 2015.

RYAN-NICHOLLS K. **Preceptor recruitment and retention**. Can Nurse 2004; 100 (6):19-22, 2004.

SALAMA, Pierre. **Para uma nova compreensão da crise**. In: GENTILI, Pablo; SADER, Emir (Orgs.). Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, p. 51-53, 1998.

SALGADO, Joaquim Carlos. **A ideia de justiça em Kant: seu fundamento na liberdade e na igualdade**. 2 ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1995.

SAMPAIO, C. C. et al. **A interdisciplinaridade em questão: análise de uma política de saúde voltada à mulher**. In: SÁ, Jeanete L. M. de (Org.). Serviço Social e interdisciplinaridade: fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. 8ª ed. São Paulo: Cortez, p. 77-95, 2010.

SANTOS, Nelson R. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009.

SARRETA, Fernanda O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS.** São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 248 p, 2009.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS. **Projeto Político Pedagógico Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma.** Goiânia, 2012.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade.** In: SÁ, Jeanete L. M. (Org.). Serviço Social e interdisciplinaridade: fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. 8ª ed. São Paulo: Cortez, p. 11-21, 2010.

SILVA, Alessandra Ximenes da. **A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso.** R. Katál., Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 159-166, jul./dez. 2014.

SILVA JÚNIOR, Aluísio. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo (SP): Hucitec, 1998.

SILVA, Tiago Parada Costa; TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza. **Significado político do MobilizaSUS na Bahia nos óculos de Gramsci, pela lente da reforma sanitária brasileira.** Interface (Botucatu) [online]. vol.18, supl.2, pp.1283-1297, 2014.

SIMINONATTO, Ivete. **Gramsci: sua teoria, incidência e crise no Brasil.** 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SINGER, André [et al]; organização Ivana Jinkings, Kim Doria, Murilo Cleto. **Porque gritamos golpe?: para entender o impeachment e a crise.** 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

SOARES, Emanuely Paulino; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; O'DWYER, Gisele. **Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região Centro-Oeste.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 616-626, jul-set, 2015.

SOUSA, F. G. M; BACKES, D. S; MELLO, A. L. S. F; ERDAMNN, A. L. **Significados de sistema de cuidados a partir da visão de profissionais da saúde: Modelo Teórico-Reflexivo.** In: Anais do 3º Seminário de Filosofia e Saúde; 2006 Out 08-10 Florianópolis (SC), Florianópolis: UFSC; p 193-196, 2006.

SOUZA, Jamerson Murilo A. de. **Estado e sociedade civil no pensamento de Marx.** Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 101, p. 25-39, jan./mar. 2010.

SOUZA, Luis Eugênio Portela F. de. **A agenda atual da Reforma Sanitária Brasileira**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24 [4]: 1017-1021, 2014.

STRECK, Lenio Luiz. **Ciência política e teoria do estado**. 8. ed. ver. e atual. 2. tir. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2014.

_____. MORAIS, José Luis Bolzan de. **Ciência política e teoria geral do Estado**. 3 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014.

TAVARES, M^a da C. & MELIN, L. Eduardo. **Mitos globais e fatos regionais**. In: FIORI, J. L., LOURENÇO, M. S. & NORONHA, J. C. (Orgs.). Globalização: o fato e o mito. Rio de Janeiro: EdUERJ, p. 41-54, 1998.

THIESEN, Juarez da Silva. **A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem**. Revista Brasileira de Educação v. 13, nº 39 set./dez. 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais; a pesquisa qualitativa em educação**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência - RUE**/Marcos Antônio Barbosa Pacheco (Org.). São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2015.

VIEIRA, Monique S.; GASPAROTTO, Geovana P.; GROSSI, Patrícia K.; **O ideário neoliberal: a submissão das políticas sociais aos interesses econômicos**. XI Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea. VII Mostra de Trabalhos Jurídicos Científicos. Programa de Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado), 2014.

WILLIAMSON, J. e KUCZYNSKI, P. **Depois do Consenso de Washington: retomando o crescimento e a reforma na América Latina**. São Paulo: Saraiva, 2004.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título "**Residência Multiprofissional em Saúde: um estudo sobre a integralidade da atenção, interdisciplinaridade e formação em saúde em um hospital de urgência e emergência**". Meu nome é Tanimar Pereira Coelho Marinho, sou a pesquisadora responsável, mestranda do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social - Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias e em todas as páginas, sendo a primeira via de guarda e confidencialidade da Pesquisadora responsável e a segunda via ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Tanimar Pereira Coelho Marinho ou com a orientadora da pesquisa Prof^a Dr^a Denise Carmen de Andrade Neves, nos telefones: (62) 9906-8111 / (62) 3946-1237, ou através do e-mail tanimar.marinho@uol.com.br / denise.andradeneves@gmail.com. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás, telefone: (62) 3946-1512, funcionamento: 8h as 12h e 13h as 17h de segunda a sexta-feira. O Comitê de Ética em Pesquisa é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que por sua vez é subordinado ao

Ministério da Saúde (MS). O CEP é responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares. O estudo tem como objetivo analisar se a formação em saúde do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma no Hospital de Urgência de Goiânia (HUGO), propicia a integração ensino em serviço entre os profissionais da saúde residentes, na perspectiva da integralidade e interdisciplinaridade. Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista, que consiste em respostas a perguntas apresentadas a você pela pesquisadora. A entrevista será realizada no seu local de trabalho, em sala reservada que garanta o sigilo, com duração aproximada de trinta minutos, no dia e horário previamente agendados, de acordo com a sua disponibilidade. Os depoimentos desta entrevista serão gravados com seu consentimento. O material das entrevistas serão manuseadas somente pela pesquisadora e sua orientadora/pesquisadora participante, garantindo-se sigilo e confidencialidade dos dados. Os possíveis riscos previsíveis relacionados a essa pesquisa são mínimos: a) perda de tempo com a participação no estudo, minimizado pela explicação de todos os passos metodológicos antes da assinatura do TCLE e dos objetivos do TCLE; b) constrangimento, por não saber responder algumas perguntas ou todas as questões do roteiro de entrevista, minimizado pela liberdade de não responder nada que não lhe convenha e garantia no sigilo das informações obtidas; c) modificação da rotina de serviço, minimizado pela combinação do melhor horário com você, com antecedência, permitindo uma organização do mesmo (a); d) frustração, por não saber responder as questões, minimizado pelo fato de que a entrevista não será realizada em grupo, podendo você ficar a vontade para não responder determinada questão por não saber. Será assegurado a você o direito a assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa, sejam estes danos diretos ou indiretos, imediatos ou tardios. Os benefícios esperados com o estudo serão: aprofundar a reflexão sobre a formação em saúde no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase na atenção integral e na prática interdisciplinar; encaminhar os resultados da pesquisa para instrumentalizar os gestores do hospital para planejar e/ou implementar estratégias de organização dos serviços e do processo de ensino-aprendizagem para o programa, para a instituição e para os usuários; produzir e divulgar conhecimento científico. Deste modo, esclarecemos e garantimos que sua participação será espontânea e livre de qualquer forma de remuneração, pagamento, compensação financeira ou ainda custo adicional por sua participação em qualquer fase do estudo. Caso você tenha alguma despesa para participar da pesquisa, é assegurado o ressarcimento de todos os gastos relacionados à sua participação. Informamos também que você terá direito à indenização em caso de danos decorrentes do estudo. Todos os dados serão arquivados por cinco anos e após destruídos, conforme orientações da Resolução CNS nº 466/2012. Você terá a plena liberdade de se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou penalização. Será assegurado a você a garantia do sigilo, anonimato, a privacidade e confiabilidade dos dados coletados. O pesquisador responsável por este estudo e sua equipe de pesquisa declaram: que cumprirão com todas as informações acima; que você terá acesso, se necessário, a assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos oriundos, imediatos ou tardios devido a sua participação neste estudo; que toda informação será absolutamente confidencial e sigilosa; que sua desistência em participar deste estudo não lhe trará quaisquer penalizações; que será devidamente ressarcido em caso de custos para participar desta pesquisa; e que acatarão decisões judiciais que possam suceder.

Eu _____, abaixo assinado, discuti com a Tanimar Pereira Coelho Marinho, mestranda do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social - Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios quando necessário. Concordo

voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Goiânia, ____, de _____, de 201____.

Assinatura do participante

___/___/___

Data

Assinatura do responsável pelo estudo

___/___/___

Data

APÊNDICE 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA - RESIDENTES

Entrevista nº: _____ Data: ___/___/___ Gravação: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____ Nº de filhos: _____

Estado civil: () Solteiro (a) () Casado(a) () Divorciado(a) () União Estável () Viúvo(a)

Qual seu município de origem: _____

Moradia atual: _____ Reside com quem: _____

Instituição onde realizou a graduação: _____

Ano de conclusão: _____

Você já cursou outra pós-graduação? (Se positivo)

Qual(is) foi(ram) o(s) curso(s)? Em que ano você concluiu?

1. O que motivou você a buscar a formação em serviço no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma do HUGO?
2. As atividades teóricas (eixos teóricos, estudo individual e em grupos, comuns a área de concentração/transversal e a cada núcleo profissional) em que você conta,

- obrigatoriamente, com o apoio de docentes ou convidados, contribuem para a aquisição e elaboração conceitual e técnica? Comente.
3. Para você a realização das atividades teórico-práticas (estudo individual/coletivo e apresentação/análise de casos clínicos) propiciam o compartilhamento do conhecimento e o aprofundamento de temas relacionados às atividades de formação em serviço vivenciadas no cotidiano? Comente.
 4. Na sua opinião acontece a vivência prática entre os núcleos de saberes das diferentes profissões? Comente.
 5. As atividades no cenário de prática descritas na matriz curricular são supervisionadas por preceptores? Comente.
 6. Você sabe como ocorre o rodízio em relação aos cenários de prática? Comente.
 7. A organização didático-pedagógica da matriz curricular do programa propicia a articulação entre assistência, ensino e pesquisa? Comente.
 8. O corpo docente-assistencial (preceptores, tutores e docentes) possui formação pertinente às atividades programadas na matriz curricular?
 9. Como são realizadas as avaliações no âmbito da residência?
 10. Você conhece o regimento interno do programa? Comente.
 11. E o manual do residente? Comente.
 12. Você está envolvido no desenvolvimento de alguma pesquisa? Comente.
 13. Você considera importante estar envolvido em pesquisas durante a residência? Por que?
 14. O que você considera importante para que o processo de ensino-aprendizagem na residência seja assegurado?
 15. Que aspectos você mencionaria como dificultadores no processo de ensino-aprendizagem do residente na Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma no Hugo?

APÊNDICE 3

ROTEIRO DE ENTREVISTA - PRECEPTORES

Entrevista nº: _____ Data: ____/____/____ Gravação: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____ Nº de filhos: _____

Estado civil: () Solteiro (a) () Casado(a) () Divorciado(a) () União Estável () Viúvo(a)

Qual seu município de origem: _____

Moradia atual: _____ Reside com quem: _____

Instituição onde realizou a graduação: _____

Ano de conclusão: _____

Você já cursou outra pós-graduação? (Se positivo)

Qual(is) foi(ram) o(s) curso(s)? Em que ano você concluiu?

Há quanto tempo você trabalha no Hugo? _____

Há quanto tempo está na Residência Multiprofissional em Saúde: _____

1. Quais os aspectos que você considera importantes para exercer o papel de preceptor (a)?
2. Como se dá a inserção do residente nas atividades práticas na residência? Comente.
3. Quais as estratégias de ensino-aprendizagem você utiliza no campo de prática com

- os residentes? Comente.
4. Você conhece o projeto pedagógico da residência? Comente.
 5. Você considera que as atividades práticas da residência multiprofissional em saúde, estão coerentes com o que está proposto no projeto pedagógico? Comente.
 6. Na sua opinião tem havido integração do(s) residente(s) com a equipe multiprofissional de saúde no campo de prática?
 7. E com residentes de outros programas?
 8. E com a equipe médica?
 9. E com usuários?
 10. E com familiares?
 11. E com estudantes? Comente.
 12. Na sua opinião os preceptores possuem formação pertinente às atividades programadas na vivência prática? Comente.
 13. Como são realizadas as avaliações da vivência prática no âmbito da residência? Comente.
 14. Para você que elementos possibilitam o processo de ensino-aprendizagem entre os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões na formação do residente?
 15. Que aspectos você mencionaria como dificultadores para concretização dos objetivos do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma do Hugo?

APÊNDICE 4

ROTEIRO DE ENTREVISTA - TUTORES

Entrevista nº: _____ Data: ____/____/____ Gravação: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____ Nº de filhos: _____

Estado civil: () Solteiro (a) () Casado(a) () Divorciado(a) () União Estável () Viúvo(a)

Qual seu município de origem: _____

Moradia atual: _____ Reside com quem: _____

Instituição onde realizou a graduação: _____

Ano de conclusão: _____

Você já cursou outra pós-graduação? (Se positivo)

Qual(is) foi(ram) o(s) curso(s)? Em que ano você concluiu?

Há quanto tempo você trabalha no Hugo? _____

Há quanto tempo está na Residência Multiprofissional em Saúde: _____

1. Quais os aspectos que você considera importantes para exercer o papel de tutor (a)?
2. Como se dá a inserção do residente nas atividades teóricas, teórico-práticas e práticas na residência? Comente.
3. Você conhece o projeto pedagógico da residência? Comente.
4. Como você avalia a articulação entre o projeto pedagógico da residência e os seus conteúdos trabalhados? Comente.
5. Na sua opinião a metodologia de ensino definida para o desenvolvimento das

atividades do programa explicita como serão desenvolvidos o eixo transversal e o eixo de concentração e os núcleos de saberes de cada profissão, de forma a especializar o residente em sua área de conhecimento e atuação profissional?

Comente.

6. Você considera que os conteúdos trabalhados nos eixos transversal e concentração, comum a todas as profissões envolvidas no programa, propicia a interdisciplinaridade e o desenvolvimento do trabalho em equipes multiprofissionais?

Comente.

7. A organização didático-pedagógica da matriz curricular do programa propicia a articulação entre assistência, ensino e pesquisa? Comente.
8. Na sua opinião o corpo docente-assistencial (preceptores, tutores e docentes) possui formação pertinente às atividades programadas na matriz curricular?
9. Como são realizadas as avaliações no âmbito da residência? Comente.
10. Para você que elementos possibilitam o processo de ensino-aprendizagem entre os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões na formação do residente?
11. Que aspectos você mencionaria como dificultadores para concretização dos objetivos do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma do Hugo?

ANEXOS



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Residência Multiprofissional em Saúde: um estudo sobre a integralidade da atenção, interdisciplinaridade e formação em saúde em um hospital de urgência e emergência.

Pesquisador: Tanimar Pereira Coelho Marinho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56123116.6.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.573.951

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa que será realizado em um hospital de referência em Urgências e Emergências de Goiânia. A população do estudo será composta por tutores, preceptores e profissionais da saúde residentes do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma do Hospital de Urgências. Serão entrevistados todos os seis tutores dos núcleos profissionais, um preceptor de cada núcleo e vinte e dois profissionais da saúde residentes nos seis núcleos profissionais: enfermeiros; fisioterapeutas; fonoaudiólogos; nutricionistas; psicólogos e assistentes sociais. A amostra será não probabilística (conveniência). Será realizada uma análise qualitativa baseada nos dados que serão organizados e interpretados, levando-se em consideração o objeto, a hipótese orientadora, os objetivos geral e específicos da pesquisa. Em relação às categorias de análise, a fundamentação teórica será incorporada aos dados empíricos, e obedecerá à orientação metodológica da área das Ciências Humanas e Sociais que prevê a articulação entre história, teoria e método, de forma concomitante. A interpretação dos dados, portanto, estará articulada e relacionada à fundamentação teórica, por meio de categorias conceituais dos autores estudados.

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIÂNIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 1.573.951

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar se a formação em saúde do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma no Hospital de Urgência de Goiânia, propicia a integração ensino em serviço entre os profissionais de saúde residentes (assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos), na perspectiva da integralidade e interdisciplinaridade.
- analisar se a formação em saúde promovida pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma está condizente com seu Projeto Pedagógico.
- identificar os obstáculos enfrentados pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma para efetivação de seu Projeto Pedagógico, sobretudo no que concerne à integralidade das ações e a interdisciplinaridade.
- evidenciar os elementos facilitadores do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma do HUGO que possibilitam a efetivação da integralidade e da interdisciplinaridade na formação dos residentes.
- conhecer o perfil sociodemográfico e profissional dos atores estratégicos (tutores, preceptores e profissionais da saúde residentes) do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma.
- analisar os benefícios das práticas interdisciplinares no processo ensino-aprendizagem dos profissionais residentes em saúde.
- fornecer elementos que contribuam para a formação profissional em saúde, em consonância com o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma do HUGO.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os possíveis riscos previsíveis relacionados a essa pesquisa são mínimos:(i) perda de tempo com a participação no estudo; (ii) constrangimento, por não saber responder algumas perguntas ou todas as questões do roteiro de entrevista (iii) modificação da rotina de serviço (iv) frustração, por não saber responder as questões. E como benefícios foram citados os seguintes: (i) utilização dos dados para melhor estruturação da Residência Multiprofissional em Saúde no hospital; (ii) produzir melhorias futuras para o programa, para a instituição e para os usuários; (iii) buscar alternativas de formação em saúde no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde; (iv) contribuir para a produção de conhecimento científico sobre a Residência Multiprofissional em Saúde em âmbito hospitalar e, (v) publicar o resultado da pesquisa em artigo científico em revista, congressos, simpósios.

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@puccgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 1.573.951

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata de um estudo importante para a formação de residentes multiprofissionais em saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem considerações

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem Pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR APÓS APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.
2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.
3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificar o cumprimento da Resolução CNS 466/12 e complementares.
4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pela Resolução CNS 466/12 e suas complementares, bem como garantir o seguimento fiel à proposta aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_706847.pdf	06/05/2016 23:34:57		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	06/05/2016 22:58:38	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_PB.doc	06/05/2016 22:41:41	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.doc	06/05/2016 22:35:29	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.805-010
 UF: GO Município: GOVANIA
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 1.573.951

Ausência	TCLE.doc	06/05/2016 22:35:29	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Pesquisador_Tanimar.pdf	01/05/2016 10:08:30	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Orientador_Denise.pdf	01/05/2016 10:05:16	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Outros	Roteiro_Tutores.doc	30/04/2016 16:49:18	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Outros	Roteiro_Preceptores.doc	30/04/2016 16:48:14	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Outros	Roteiro_Residentes.doc	30/04/2016 16:45:56	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	30/04/2016 16:10:34	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Orçamento	Orcamento.doc	30/04/2016 16:09:52	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Vinculo_Pesquisador.jpg	29/04/2016 22:12:47	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Outros	Autorizacao_Coleta_Dados_2.jpg	29/04/2016 16:38:23	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Outros	Autorizacao_Coleta_Dados_1.jpg	29/04/2016 16:33:10	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Outros	Declaracao_Orientador.jpg	29/04/2016 16:28:14	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicao_Coparticipante.jpg	29/04/2016 16:17:50	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 03 de Junho de 2016

Assinado por:
NELSON JORGE DA SILVA JR.
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE
GOIÂNIA - HUGO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Residência Multiprofissional em Saúde: um estudo sobre a integralidade da atenção, interdisciplinaridade e formação em saúde em um hospital de urgência e emergência.

Pesquisador: Tanimar Pereira Coelho Marinho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56123116.6.3001.0033

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.580.117

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-GO/2016.

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa que será realizado em um hospital de referência em Urgências e Emergências de Goiânia. A população do estudo será composta por tutores, preceptores e profissionais da saúde residentes do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma do Hospital de Urgências. Serão entrevistados todos os seis tutores dos núcleos profissionais, um preceptor de cada núcleo e vinte e dois profissionais da saúde residentes nos seis núcleos profissionais: enfermeiros; fisioterapeutas; fonoaudiólogos; nutricionistas; psicólogos e assistentes sociais. A amostra será não probabilística (conveniência). Será realizada uma análise qualitativa baseada nos dados que serão organizados e interpretados, levando-se em consideração o objeto, a hipótese orientadora, os objetivos geral e específicos da pesquisa. Em relação às categorias de análise, a fundamentação teórica será incorporada aos dados empíricos, e obedecerá à orientação metodológica da área das Ciências Humanas e Sociais que prevê a articulação entre história, teoria e método, de forma concomitante. A interpretação dos dados, portanto, estará articulada e relacionada à fundamentação teórica, por meio de categorias.

Endereço: AV. 31 DE MARÇO ESQ. C/5ª RADIAL S/Nº -SETOR PEDRO LUDOVICO
Bairro: HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA **CEP:** 74.820-200
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3201-4332 **Fax:** (62)3201-4332 **E-mail:** cepmh_hugo_ses@yahoo.com.br

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÂNIA - HUGO



Continuação do Parecer: 1.590.117

conceituais dos autores estudados.

Objetivo da Pesquisa:

HIPÓTESE: No contexto do Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma, como modalidade de ensino em serviço, se constitui em espaço de formação em saúde, o qual assegura a perspectiva da integralidade e da interdisciplinaridade.

OBJETIVO GERAL

Analisar se a formação em saúde do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma no Hospital de Urgência de Goiânia (HUGO), propicia a integração ensino em serviço entre os profissionais de saúde residentes (assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos), na perspectiva da integralidade e interdisciplinaridade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) analisar se a formação em saúde promovida pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma está condizente com seu Projeto Pedagógico;
- b) identificar os obstáculos enfrentados pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma para efetivação de seu Projeto Pedagógico, sobretudo no que concerne à integralidade das ações e a interdisciplinaridade;
- c) evidenciar os elementos facilitadores do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma do HUGO que possibilitam a efetivação da integralidade e da interdisciplinaridade na formação dos residentes.
- d) conhecer o perfil sociodemográfico e profissional dos atores estratégicos (tutores, preceptores e profissionais da saúde residentes) do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma do HUGO;
- e) analisar os benefícios das práticas interdisciplinares no processo ensino-aprendizagem dos profissionais residentes em saúde;
- f) fornecer elementos que contribuam para a formação profissional em saúde, em consonância com o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma do HUGO.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS E BENEFÍCIOS

Endereço: AV. 31 DE MARÇO ESQ. C/5ª RADIAL S/Nº -SETOR PEDRO LUDOVICO
 Bairro: HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA CEP: 74.820-200
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3201-4332 Fax: (62)3201-4332 E-mail: cepnh_hugo_ses@yahoo.com.br

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÂNIA - HUGO



Continuação do Parecer: 1.580.117

Toda pesquisa que envolve a participação de seres humanos apresenta riscos, sendo que os danos poderão ser diretos ou indiretos, imediatos ou tardios. Os principais riscos à saúde existentes sobre a participação neste estudo são: desconforto e constrangimento, podendo ainda existir riscos desconhecidos pelos pesquisadores. No momento da coleta de dados todas as medidas serão tomadas para proporcionar um ambiente respeitoso ao participante.

Benefícios: Como benefício da pesquisa espera-se proveito direto e indireto. Aprofundar o processo de reflexão sobre Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase na prática integral e interdisciplinar, utilização dos dados para melhor estruturação da Residência Multiprofissional em Saúde no Hugo, bem como produzir melhorias futuras para o programa, para a instituição e para os usuários; buscar alternativas de formação em saúde no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde; encaminhamento dos resultados da pesquisa para a Diretoria de Ensino e Pesquisa / Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Hugo para auxílio no desenvolvimento de estratégias de organização dos serviços e processo de ensino-aprendizagem; contribuir para a produção de conhecimento científico sobre a Residência Multiprofissional em Saúde em âmbito hospitalar; contribuir na produção de conhecimentos e publicar o resultado da pesquisa em artigo científico em revista, congressos, simpósios etc.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Local de realização da pesquisa: A coleta de dados acontecerá nos meses de junho a julho de 2016, com os tutores, preceptores e profissionais da saúde residentes do segundo ano em 2016 do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma do Hugo que preencham os critérios de inclusão.
- Garantias éticas aos participantes da pesquisa: adequado
- Metodologia: A pesquisa será de natureza qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. Na abordagem técnica do trabalho de campo, será utilizada a entrevista semiestruturada, tendo como instrumentos: roteiros (Apêndices 2, 3 e 4) com questões norteadoras, o que permite, ao entrevistador, explorar amplamente as questões desejadas
- Cronograma: adequado
- Orçamento: adequado
- Critérios de inclusão e exclusão: 1. Ser tutor, preceptor e profissional da saúde residente do segundo ano em 2016 - R2 do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma do Hugo; 2. Estar em pleno exercício de suas atividades profissionais no momento da coleta de dados; 3. Possuir vínculo com a instituição formadora ou executora do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma do Hugo. 4. Dispor-se livre e

Endereço: AV. 31 DE MARÇO ESQ. C/5ª RADIAL SINº -SETOR PEDRO LUDOVICO
Bairro: HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA **CEP:** 74.820-200
UF: GO **Município:** GOIÂNIA
Telefone: (62)3201-4332 **Fax:** (62)3201-4332 **E-mail:** cepmh_hugo_ses@yahoo.com.br

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÂNIA - HUGO



Continuação do Parecer: 1.580.117

esclarecimento a participar da pesquisa mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1), conforme Resolução CNS nº 466/12.

Crítérios de Exclusão

1. Tutores, preceptores e profissionais da saúde residente (R2) do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma do Hugo em férias, licenças, atestados médicos e afins; 2. Profissionais que não são tutores, preceptores e profissionais da saúde residente do primeiro ano (R1) do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma do Hugo. 3. Profissionais que não possuem vínculo com a instituição formadora ou executora do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Trauma do Hugo. 4. Tutores, preceptores e profissionais da saúde residentes que no momento da coleta de dados, livre e esclarecimento, não concordarem em participar da pesquisa mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução CNS nº 466/12.

- Critérios de encerramento ou suspensão de pesquisa: adequado
- Resultados do estudo/divulgação: Os resultados desse estudo serão apresentados em forma de dissertação para a banca examinadora da PUC-GO, divulgados em reuniões científicas (congressos, simpósios), publicados em periódicos indexados e divulgados no local da pesquisa, bem como apresentado para os participantes da pesquisa e à Diretoria de Ensino e Pesquisa do HUGO.
- Responsabilidade dos pesquisadores: adequado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto - adequada
- Projeto de pesquisa - adequado
- Curriculum dos pesquisadores - adequado
- TCLE - adequado, atendendo recomendações da Res. 466/12

Recomendações:

- Sem recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Sem pendência.

Endereço: AV. 31 DE MARÇO ESQ. C/5ª RADIAL S/Nº -SETOR PEDRO LUDOVICO
 Bairro: HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA CEP: 74.820-200
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3201-4332 Fax: (62)3201-4332 E-mail: ospmh_hugo_ses@yahoo.com.br

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE
GOIÂNIA - HUGO



Continuação do Parecer: 1.560.117

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_706847.pdf	06/05/2016 23:34:57		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	06/05/2016 22:58:38	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_PB.doc	06/05/2016 22:41:41	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	06/05/2016 22:35:29	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Pesquisador_Tanimar.pdf	01/05/2016 10:08:30	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Orientador_Denise.pdf	01/05/2016 10:05:16	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Outros	Roteiro_Tutores.doc	30/04/2016 16:49:18	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Outros	Roteiro_Preceptores.doc	30/04/2016 16:48:14	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Outros	Roteiro_Residentes.doc	30/04/2016 16:45:56	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	30/04/2016 16:10:34	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Orçamento	Orcamento.doc	30/04/2016 16:09:52	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Vinculo_Pesquisador.jpg	29/04/2016 22:12:47	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Outros	Autorizacao_Coleta_Dados_2.jpg	29/04/2016 16:38:23	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Outros	Autorizacao_Coleta_Dados_1.jpg	29/04/2016 16:33:10	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Outros	Declaracao_Orientador.jpg	29/04/2016 16:28:14	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicao_Coparticipante.jpg	29/04/2016 16:17:50	Tanimar Pereira Coelho Marinho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: AV. 31 DE MARÇO ESQ. C/5ª RADIAL S/Nº -SETOR PEDRO LUDOVICO
Bairro: HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA CEP: 74.820-200
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3201-4332 Fax: (62)3201-4332 E-mail: cepmh_hugo_ses@yahoo.com.br

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE
GOIÂNIA - HUGO



Continuação do Parecer: 1.580.117

GOIANIA, 08 de Junho de 2016

Assinado por:
Márcia Lopes Bortolini Franco
(Coordenador)

Endereço: AV. 31 DE MARÇO ESQ. Q/5ª RADIAL S/Nº -SETOR PEDRO LUDOVICO
Bairro: HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA **CEP:** 74.820-200
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3201-4332 **Fax:** (62)3201-4332 **E-mail:** cepmh_hugo_ses@yahoo.com.br