

UNIVERSIDADE: ESPAÇO DE CONQUISTAS DO CONTROLE SOCIAL

Manoel Guedes de Almeida¹; João Manoel Sátiro Filho²; José Ivo dos Santos Pedrosa³
^{1,2,3.} Universidade Federal do Piauí – UFPI

RESUMO

O presente trabalho aborda a inserção do tema Controle Social no espaço da formação acadêmica dos cursos de saúde como ferramenta imprescindível à efetivação das políticas ensejadas pelo SUS. Para tanto, parte de uma revisão integrativa nas bases Scielo e Google Scholar como metodologia de pesquisa através dos descritores Controle Social; Educação; Formação; Ensino; Mobilização; Sujeitos Sociais; Saúde; DCN e Políticas, agrupados ou isoladamente, com o objetivo de responder à questão “como o controle social é abordado na formação universitária?”. As mudanças no campo da saúde ensejadas pela Reforma Sanitária e a criação do SUS trouxeram consigo necessidades relativas à qualificação dos profissionais do serviço. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) foram implantadas em 2001 com o objetivo de reorientar a formação em saúde aos moldes das prerrogativas do SUS. Apesar disso, poucas universidades têm se adequado às diretrizes e, quando o fazem, desconsideram o Controle Social como parte constituinte do processo formativo.

Palavras-chaves: Controle Social; Formação em saúde; Universidades; Educação; SUS.

ABSTRACT

This paper discusses the inclusion of the theme social control within the academic health courses as a tool essential to the effectiveness of policies drafted by the Unified Health System. To this end, part of an integrative review in Scielo and Google Scholar as a research methodology through the descriptors Social Control, Education, Training, Education, Mobilization, Social Subjects, Health, Policy and National Curriculum Guidelines, grouped or alone, with the aim of answering the question "how social control is discussed in university education?". The changes in the health field produced by the Health Reform and the creation of Unified Health System brought with requirements relating to qualifications for service. The National Curriculum Guidelines were implanted in 2001 with the aim to reorient health education to mold the prerogatives of the Unified Health System. Nonetheless, few universities have adequate guidelines and when they do, ignore the Social Control as a constituent part of the training process.

Keywords: Social Control, Health Education, Universities, Education, Unified Health System

INTRODUÇÃO

A atual formação em saúde deixa a desejar quanto a valores fundamentais ao desenvolvimento humano, imprescindíveis à construção de um saber que se traduza em prática e mobilização social, ao passo que exclui da formação aspectos não abarcados pelo modelo flexneriano de entender a saúde e, em última análise, a vida que a embasa. Professa, pois, uma subjetividade tecnicista, instrumento de manipulação de massas ao construir consciências profissionais sob uma ótica estritamente de mercado. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) assume importância não só como instrumento de assistência frente às necessidades estritas a uma realidade em saúde, mas deixa margem à mudança dessa realidade ao possibilitar influência civil sobre o Estado, envolvendo-os em discussão, planejamento de políticas e avaliação da gestão dos serviços de saúde. É nesse contexto que a Universidade torna-se elo íntimo entre a ciência e a vida, formadora de verdades e ações ao permitir ao estudante entender-se como agente auto-reflexivo capaz de construir sua própria realidade e construir-se cidadão a partir dela.

Mudanças estruturais e subjetivas na formação em saúde se fazem necessárias no sentido de formar profissionais reflexivos da situação em saúde em que se encontram, capazes de mobilizar coletivos frente a condições adversas e propor soluções para os problemas que se apresentem. No entanto, o que se observa são cursos em saúde centrados em aspectos biológicos, super-especializados e que não dialogam com os determinantes sociais da saúde e ignoram aspectos psicológicos tanto dos profissionais formados quanto da população assistida. Dessa maneira, são incapazes de formular propostas inovadoras e estruturantes, sendo suas ações pontuais restritas a um ou outro aspecto da saúde.

Com base nessas considerações, o presente trabalho objetiva abordar os espaços para os Movimentos Sociais Organizados e Controle Social no SUS na formação universitária dos cursos de saúde.

MÉTODO

Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo), e Google Scholar através dos descritores através dos descritores Controle Social; Educação; Formação; Ensino; Mobilização; Sujeitos Sociais; Saúde; DCN e Políticas, agrupados ou isoladamente, com o objetivo de responder à questão “como o controle social é abordado na formação universitária?”.

Como critério de inclusão, foram utilizados trabalhos publicados em periódicos brasileiros ou em livros em língua portuguesa ou espanhola. Como critério de exclusão, fora considerada, através de busca ativa, o distanciamento da questão norteadora do presente trabalho. Tendo em vista a escassez de trabalhos sobre a temática em questão, optou-se por não utilizar período de publicação como critério de inclusão/exclusão.

Utilizamos o desenho de ensaio, entendido como o exercício crítico de procura, de caráter exploratório, acerca de um tema ou objeto de reflexão com o objetivo de construir novas formas de abordagem ou de olhares sobre o assunto (TOBAR E YALOUR, 2001).

Para apresentação, síntese e análise dos dados, optou-se por abordagem descritiva, de modo a possibilitar observar, descrever, classificar e comparar dados.

RESULTADOS

Com a Reforma Sanitária, o campo da saúde tomou a frente em tais questões quanto à luta por mudanças no modelo médico-assistencialista e centralizador de conhecimentos e ações, passando a promoção da saúde e a qualidade de vida a imagem-objetiva movedora de idéias e ações que se confundiam com o projeto de redemocratização do país no final da ditadura militar.

Pode-se conceber o Controle Social como luta de classes por hegemonia física e simbólica, onde cada grupo social organiza um projeto ideológico com vistas a maiores influências sobre o Estado, tido como ferramenta de dominação de classes. Far-se-ia necessária, para tanto, a passagem desse projeto de “Econômico – corporativo”, quando limitado às condições de trabalho, a “Ético – político”, quando trabalho e vida são contestados, enfraquecendo o poder do Estado sobre os indivíduos e a subjetividade mantenedora da ordem dominante.

Esses fatos bem se expressam no campo da saúde a partir do final da década de 70, quando novos referenciais teóricos advindos principalmente da sociologia, como os conceitos de Integralidade e Controle Social ganharam notoriedade em contraposição ao modelo político em vigência. O ponto de inflexão registrado à época, todavia, fora a retomada do valor simbólico nos referenciais de dominação e poder. Desse modo, consistiram no enfrentamento do modo até o então hegemônico de conceber essas relações, que naturalizava a dinâmica social, entendendo-a como estrutura definida, reduzindo o homem às relações de produção e de ordem. (GARCIA, 1996).

Além disso, os próprios referenciais podem ser considerados pilares estruturantes de um projeto social em franco despontamento, o enfraquecimento ideológico do determinismo social ou psíquico em contraposição à imagem-objeto construída pelos movimentos que os embasavam. Nesse sentido, as classes subalternas edificariam um projeto ideológico que superaria a racionalidade econômico-corporativista, tornando-se protagonistas da história ao passo que agregam em seu bojo sujeitos históricos e epistêmicos capazes de romper com o censo comum e reavaliar as práticas e políticas postas, reorientando um processo de mudanças com a formação de organizações, entidades, partidos ou lideranças outras, capazes de interferir na gestão pública e orientar as ações do Estado com vistas à sua hegemonia simbólica como garantia de soberania civil.

Iamamoto acrescenta (2002), por seu lado, que o Estado é utilizado pela burguesia como órgão de dominação de classe, a favor de interesses da hegemonia dominante, que garantiria o consenso comum em torno da ordem do capital. Isso se dá, analisa Correia (1996, p. 68), “através da intervenção do Estado sobre os conflitos sociais imanentes da reprodução do capital, implementando políticas sociais para manter a ordem, interferindo na vida dos indivíduos”.

Ao passo que modula a vida, essa interferência modifica os territórios da cidade nos pontos de conflito entre os multi-territórios na luta por sua hegemonia política. Desse modo, mesmo os movimentos populares organizados tendo ganhado força e voz e a cidadania ter se personificado na pele do povo, vários problemas sociais permanecem viscerais, como o desemprego, a violência, a má qualidade na educação, serviços de saúde e saneamento precários, e o agravamento das desigualdades sociais e econômicas.

Com isso, afirma Carvalho (2008, p.8), “os próprios mecanismos e agentes do sistema democrático, como as eleições, os partidos, o Congresso, os políticos, se desgastam e perdem a confiança dos cidadãos”. Essa descrença generalizada leva a um estado de anergia na população, que perde gradativamente a capacidade de reagir frente a situações potencialmente opressoras.

Como fatores que impedem esta implementação, a literatura é uníssona em afirmar que, além dos econômicos e sociais decorrentes das políticas neoliberais, há outro fator preponderante: a formação de profissionais da área da saúde, sendo que um dos desafios é superar a racionalidade biomédica que desconhece outras racionalidades do cuidar (LUZ, 2004) e que predomina no modo de operar das universidades.

Este pensamento é reiterado por Blasco (2008) quando se reporta que os avanços vertiginosos da medicina, parecem ter subtraído sua dimensão humana, lembrando que no ensino nas escolas médicas, há ausência do humanismo. O autor afirma que os profissionais médicos são formados tecnicamente, com sérias deficiências humanas. Profissionais disformes, com hipertrofias, sem equilíbrio, que naturalmente não conquistam a confiança do paciente que espera um profissional preparado para ter a dor, o sofrimento e a morte como ofício (PITTA, 1994).

É relevante pontuar que a formação para a área da saúde atualmente ocorre tomando por base o modelo biomédico e curativo, focalizando o homem em uma dimensão individual e fragmentada como peças de uma máquina; através de currículos rígidos, engessados, formados por disciplinas desconectadas e fragmentadas; priorizando atividades teóricas, que em seu conjunto formam a partir de uma educação tradicional e tecnicista, uma vez que a dimensão cognitiva e a técnica são as mais ressaltadas no processo formativo. Neste caso, a racionalidade biomédica que permeia a práxis na formação do médico é reprodutivista e tem como pressuposto a educação como transmissão e reprodução de ideias, técnicas, valores e hábitos conservadores da cultura sócio-profissional.

Concordante com essa visão de mundo os hospitais, os órgãos formadores, as instituições científicas, os serviços e espaços de saúde onde vão trabalhar posteriormente atuam conforme esta racionalidade, fragmentando práticas, priorizando tecnologias duras, que tem suscitados reflexões como a de Merhy (2002) sobre a necessidade de resgatar o trabalho vivo em saúde no sentido de que saúde é a produção da integralidade na saúde.

Como práxis implica em intervenção, transformação das condições dadas pela realidade social excludente. Isso significa que neste modelo, além de tomar como referência a busca de diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia, se fundamenta também no desenvolvimento de condições de atendimento das necessidades de saúde das pessoas e das populações, à gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado. Trata-se de uma formação voltada em si, pela formação integral do profissional, baseada também em valores humanísticos, na comunicação dialógica, que favorece a compreensão do outro (FREIRE, 1996).

Porém, aproximar educação e saúde, embora seja condição sine qua non diante do novo conceito de saúde, não tem sido empreitada fácil. O solilóquio em que ambas permaneceram, por muito tempo, impediu que estes setores contribuíssem para o fortalecimento de um sistema de saúde eficiente no atendimento da realidade brasileira. Se a saúde no entendimento de CECCIM (2004) não procurou buscar na educação uma área de aporte para sua realização, do mesmo modo a educação não percebia que como prática social capaz de interferir na saúde, poderia ter se ocupado das questões da saúde no que tange as orientações do SUS. Ainda que reformas neste setor tenham desencadeado, a partir de 2001 uma série de Resoluções do CNE/CES que instituíram Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação área da saúde na perspectiva da integralidade, ainda existe uma enorme distância entre o que se prescreve na lei e o que se pratica.

É fato que se educa com um objetivo. A formação em saúde sob os moldes flexnerianos constrói subjetivamente profissionais sob uma ótica mercadológica que não

dialoga com as reais necessidades sociais. Quando se relaciona esse fato ao contexto histórico de ditadura militar que o Brasil enfrentava à época, torna-se claro o ativo massacre ou supressão de qualquer mobilização social organizada que poderia virtualmente por fim à opressão do governo vigente.

Estratégias para adequar o processo de formação ao perfil profissional necessário ao Sistema de Saúde têm sido apresentadas desde sua institucionalização pela Lei 8080/90, por meio de iniciativas legais como as DCN, avaliação das escolas médicas protagonizada pela CINAEM entre 2000 e 2002 e espaços de formação estratégica para a consolidação do Sistema, como o Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP). Para Feuerwerker (2002), mudar a graduação implica em mudar estruturas rígidas, romper acordos com base no corporativismo, mobilizar professores mais ocupados com as atividades de pesquisa ou com sua prática profissional e superar as pressões exercidas pelo mercado de trabalho sobre o processo de formação.

Políticas mais recentes no Brasil, por seu lado, aproximam os Ministérios da Saúde e da Educação para ações coordenadas que reduzam as distâncias entre as escolas formadoras, os serviços de assistência à saúde e comunidade, sendo editada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que tem propiciado processo de formação de profissionais de saúde fundamentados em inovações como equipes multiprofissionais, criação de vínculos entre o usuário e os profissionais, humanização, práticas integrativas, colocando os serviços do SUS e as comunidades como espaços vivenciais de aprendizagem. Tais inovações necessitam de aprofundamento e de avaliações que apontem estratégias necessárias ao processo de formação de profissionais de saúde adequados ao SUS e coerentes com as especificidades da realidade brasileira (SCHEIB, 2002).

CONCLUSÃO

A formação em saúde veiculada no Brasil ainda assenta-se na integração ensino - serviço, não considerando a gestão e o controle social como parte constituinte do processo formativo. Desse modo, nem o estudante nem a comunidade interiorizam as políticas públicas em saúde de forma analítica como parte de sua construção acadêmica, não se entendendo, pois, como agentes moduladores das estratégias governamentais em saúde, indo, então, ao avesso da mobilização ou controle social idealizado no SUS.

Considerando que cada instituição tem uma identidade própria, as reformas não são percebidas do mesmo modo. Isso implica que somente a prática de cada instituição, de cada curso e de cada professor, imbuída pelo desejo de significar esta reforma, é que vai dizer quais os saberes que estão sendo construídos pelos futuros profissionais da educação básica, ou seja, os seus perfis conforme a racionalidade da prática dos professores de cada curso de graduação.

As Universidades, nesse contexto, constituem ferramentas de coesão do projeto social ideológico de saúde sobre o qual se mobilizam ações e se modulam políticas. Esses pontos de inter-relacionam de maneira dinâmica. Não há forma de mobilização social que não passe, necessariamente, por uma mudança estruturante que envolva o ensino crítico da vida. Nesse sentido, cabe às instituições de ensino criarem ferramentas de mobilização civil no sentido da auto-reflexão, para que depois se articulem na luta por melhores condições de vida. Em escala mais abrangente, partindo-se de necessidades sociais articuladas e sujeitos históricos e epistêmicos vinculados com a comunidade em que vive e suas reais necessidades, ações seriam moduladas segundo sua forma. Mas a gestão também deve dar margem à mobilização, sendo mais participativa, flexível à realidade e subjetividades locais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 68 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde)

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 6.ed. São Paulo: Cortez/Celats, 1988.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro. 11ª Ed. Civilização brasileira, 2008.

CARVALHO, S.R. **Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(4):1088-1095, jul-ago, 2004.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social na política de Assistência Social?** In: Serviço Social & Sociedade, Ano XXIII n. 72. São Paulo: Cortez, 2002.

CORREIA, M. V. C. **Controle social na saúde. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, São Paulo: Cortez, 2006.

CORREIA, M. V. C. **A Relação Estado e Sociedade e o Controle Social: fundamentos para o debate**. In: Serviço Social & Sociedade, Ano XXIV n. 77. São Paulo: Cortez, 2004.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. **Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS**. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-56, 2001.

CECCIM, R.; BILIBIO, L. F. S. **Articulação com o movimento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS**. In: FERLA, A. A.;

FAGUNDES, S. M S. (Org.). **Tempo de inovações: a experiência da gestão da saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p. 163-174.

FEUERWERKER, LM. **Gestão de processos de mudança na graduação em Medicina**. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S.; LAMPERT, J.B.; ARAUJO, J.G.C. (ORG) Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo, HUCITEC, 2004. p.17-40.

MERHY, E.E. **A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002

PITTA A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3 ed.. São Paulo: Hucitec, 1994