



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL COLETIVA

MONIQUE MUNIZ ALVES DA SILVA

**DA HISTORICIDADE ÀS CONTRADIÇÕES: A PRIVATIZAÇÃO DA
SAÚDE INTERESSA A QUEM?**

PORTO ALEGRE
MARÇO, 2019

MONIQUE MUNIZ ALVES DA SILVA

**DA HISTORICIDADE ÀS CONTRADIÇÕES: A PRIVATIZAÇÃO DA
SAÚDE INTERESSA A QUEM?**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao curso de Pós-Graduação do Programa de Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Ms. Tuane Vieira Devit

PORTO ALEGRE

MARÇO, 2019

Dedico este trabalho a todos e todas profissionais da saúde que seguem resistindo na defesa da Democracia, em defesa do SUS, da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Dedico em especial aos/as assistentes sociais que reconhecem que a luta da classe trabalhadora é a nossa luta!

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho Gabriel, por encher de graça minha vida. *Eu te amo periquito perereco da mamãe, desculpe por perder tantas horas sem você pra estar imersa nos livros, mas tu és, e sempre será minha prioridade!*

Ao meu marido Rodrigo, por estar ao meu lado e me compreender com paciência. *Eu te amo!*

Aos meus pais, que até hoje não entendem o que é ser residente, mas se dizem muito felizes por saberem que é algo bom pra mim.

Às minhas irmãs, cunhados, e sobrinhos, simplesmente por suas existências. Em especial à minha irmã Liége, *é com você e por você que sigo lutando por uma saúde mental mais digna, mais humana, eficaz e livre!*

À amiga Diane, a irmã que a vida me deu, e que acompanha sempre os meus “sufocos”, e me emprestou o computador para que esta escrita fosse possível.

À minha amiga Vera Mansur, pela paciência de Jó em ouvir todos os meus desabafos, crises, histórias e sempre me apoiar me dizendo as melhores palavras. *Bruxinha, tu é sem dúvida o melhor presente que a Residência me apresentou.*

Aos meus sogros por sempre me apoiarem, a Tia Lú e ao Tio Flávio por torcerem por mim, e em especial a Nathalinha, que não tenho dúvida que serás uma excelente enfermeira.

Agradeço a equipe do PPSC/UFGRS, pelas inúmeras oportunidades, pela confiança no meu trabalho, e pela amizade que construímos. É como eu sempre escrevo: a potência deste serviço não está no que ele aplica, e sim no que implica! Gratidão por fazerem da aplicação de medidas socioeducativas um lugar de afeto, de cuidado, ética, e compromisso. *Magda eu levo pra vida a beleza e a leveza com que me ensinou a enxergar o mundo!*

À Associação Construção, Associação Criativizando, e ao Colegiado Gestor de São Leopoldo vocês fazem parte desta história, me mostraram a potência dos coletivos apesar dos inúmeros desafios. *Força para que vocês continuem (Re)Existindo!*

Ao CAPS IJ Aquarela, são os profissionais como vocês que não só contribuíram na minha formação, mas que todos os dias lutam por um SUS ideal, e me ensinam a fazer o mesmo.

Aos professores/as e profissionais vinculados a RISMC, em especial minha tutora Daniela Ferrugem que acolheu com carinho todas as minhas angústias e frustrações sem nunca deixar de me apontar possibilidades.

Ao Núcleo de Serviço Social, Formação e Residências em Saúde, pelas discussões possíveis que deram luz e mote a este TCR. Em especial a colega, residente, conselheira do CRESS, Batman ou Robim, minha amiga, Jéssika Lima, que me motivou sempre, não me deixando desistir de tudo. *Amiga esta não é a escrita da minha vida, obrigada por me avisar!*

Agradeço a Tuane Devit, minha orientadora, que o destino se encarregou de colocar tantas vezes no meu caminho em diferentes tempos e ocasiões, foi aí que eu pude perceber sua ética e competência profissional. *Agradeço por ter cruzado meu caminho, que muitas outras vidas possam ter o privilégio de cruzar o teu!*

Por fim, pela importância que tiveram neste último ano da minha tão exaustiva luta para terminar a Residência. Gratidão às minhas micros Luna e Thayná. *A vocês que suportaram diariamente comigo todos os desafios, e contradições da formação em serviço, o meu humilde obrigado!*

“São esses os sinais dos tempos e que não se deixam encobrir por mantos púrpuros nem por sotainas negras. Não significam que milagres hão de ocorrer amanhã. Indicam que nas próprias classes dominantes já se insinua o pressentimento de que a atual sociedade não é um cristal sólido, mas um organismo capaz de mudar e que está em constante processo de mudança.”

Londres, 25 de julho de 1867.

Karl Marx (in: MARX, 1996, p.132)

LISTA DE ABREVIATURAS

ALRS	Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Constituição Federal
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CONAD	Conselho Nacional de Política sobre Drogas
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional
CNS	Conferência Nacional de Saúde
EC	Emenda Constitucional
EPS	Educação Permanente em Saúde
FENAFAR	Federação Nacional dos Farmacêuticos
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FGSM	Fórum Gaúcho de Saúde Mental
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FNCPS	Frente Nacional Contra Privatização da Saúde
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
MRP	Movimento da Reforma Psiquiátrica
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NFRS	Núcleo de Formação e Residências de Saúde
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PEP	Projeto Ético Político
PF	Polícia Federal
PPSC	Programa de Prestação de Serviço à Comunidade
PT	Partido dos Trabalhadores

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RIS	Residência Integrada em Saúde
RISMC	Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. SAÚDE PÚBLICA EM TEMPOS DE MERCANTILIZAÇÃO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS	13
1.1. A luta antimanicomial no contexto do retrocesso	20
2. OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: CONTRADIÇÕES DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO	26
3. O IMPACTO DOS RETROCESSOS A PARTIR DA EXPERIÊNCIA NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL COLETIVA DA UFRGS	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	40

INTRODUÇÃO

Para que possamos compreender de fato a dinâmica de uma realidade pautada em princípios de mercantilização e os rebatimentos na formação dos/das trabalhadores/as da saúde, é importante lançar os olhares sobre as nossas experiências, sobre nossas vivências, buscando conhecer as especificidades da nossa trajetória enquanto sociedade. Em uma realidade dinâmica e processual, devemos buscar os horizontes possíveis. Ocorre que o futuro é condicionado por aquilo que historicamente fomos, e, para que possamos reconhecer quando o velho quer se metamorfosear de novo, é imprescindível conhecermos a nossa história.

Para Campos (2010, p. 300), “raramente há supressão do passado, ele se recompõe dentro do novo”. Por isso, as considerações históricas se farão presentes no decorrer deste texto, significando que serão reconhecidos os fenômenos a partir da sua história, do seu movimento e transformação do real. A partir da perspectiva marxista, somente pode-se conhecer um fenômeno, sujeitos, ou instituições a partir do resgate de sua origem. Neste sentido, mais do que resgatar apenas uma cronologia de fatos, de datas, ou tempo histórico, pretende-se neste trabalho que seja possível realizar o movimento de historicidade, movimento que reconhece a processualidade que há na história, para então apreender como isto impacta na atualidade.

Sob a ótica da Teoria Social Crítica, as contradições de uma sociedade capitalista também serão trazidas ao longo deste trabalho, expondo que o viés da mercantilização na saúde se reinventa, e tende a se perpetuar no modelo desta política. Com isso será realizada a análise do processo de privatização da saúde brasileira recorrendo também às configurações atuais, para que seja possível reconhecer as iniciativas de retrocesso que, disfarçadas de um ideário pós-moderno, criam as contradições no curso da Política de Saúde.

Neste sentido, temos um dos questionamentos que pretendemos colocar em debate: *Como os retrocessos vêm compondo o futuro das políticas sociais, em especial o da Saúde Mental no nosso País?*

Não seria exagerado repetir que a história da saúde pública no Brasil é resultado de um histórico de lutas e mobilizações sociais por um País democrático, e, ainda que tenha se avançado muito naquilo que é direito do povo, os retrocessos

ameaçam o tempo todo o princípio da Universalidade que se pressupõe no Sistema Único de Saúde (SUS).

Embasando esta discussão, no primeiro capítulo deste trabalho, será apresentada uma breve reconstituição da gênese da saúde enquanto política pública de responsabilidade estatal, trazendo a importância dos movimentos sociais que buscaram democratizar o acesso, negando a herança mercantilista da saúde brasileira feita somente para aqueles que podiam pagar, ou para os dignos de caridade. Contando - ainda que sucintamente - a história que o País seguiu na construção desta política, mostramos que a configuração atual não se distingue no caráter elitista e conservador em que a proteção social foi pensada.

Ainda no que confere o olhar para as considerações históricas, o primeiro capítulo também apresenta o subitem que trata especificamente da Saúde Mental neste contexto, como esteve e está inserida neste cenário mais amplo e contraditório que é a *Saúde para Todos*. Partindo do pressuposto que a Saúde Mental tem suas particularidades, esta história é abordada não à parte, mas com a devida ênfase que é necessária realizar diante das suas especificidades. Isso porque compreende-se que a lógica excludente e privatista que marca a saúde pública brasileira possui traços ainda mais perversos quando se trata da saúde mental.

Cabe salientar que este trabalho de conclusão é resultado de uma longa caminhada acadêmica, de uma trajetória de estágios e do trabalho realizado enquanto assistente social no campo da saúde pública, tendo como ápice deste percurso a experiência enquanto Residente em Saúde Mental Coletiva do Programa de Residência Integrada da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (RISMC/UFRGS). Contudo, ainda que parta de uma experiência singular, ele guarda o cunho de coletividade, de um coletivo de estudantes/profissionais trabalhadores/as da saúde, militantes que atuam e lutam pela qualificação do sistema de saúde pública e pela Reforma Psiquiátrica.

Assim, para contemplar o debate que se acirra sobre a saúde em tempos de mercantilização, o segundo capítulo deste trabalho busca refletir sobre a inserção dos Programas de Residências em Saúde neste cenário. Sugerindo que o avanço do projeto privatista vem impactando diretamente na política de saúde pública brasileira e na formação e qualificação dos/as trabalhadores/as da área, onde já é

possível identificar a exigência de um novo perfil de profissional/trabalhador(a), voltado para responder favoravelmente a concepção privada.

Por isso, não se pode perder de vista que este processo formativo se dá no contexto contraditório dito anteriormente. Deste modo, ainda que as bandeiras de lutas das residências sejam a integralidade, a interdisciplinaridade e a qualificação do SUS, as práticas nem sempre serão tão democráticas, tendo em vista que são pautadas em uma sociedade capitalista e com projetos na saúde antagônicos e em disputa constante. É a partir desta compreensão e na concepção de que a residência não se dá apenas para o trabalho, mas também “pelo” trabalho onde se encontram as contradições da formação em serviço que dão mote a este trabalho.

Na atual configuração do mundo do trabalho fundada na acumulação de riquezas e em uma política econômica de ajuste neoliberal, há aqui o reconhecimento de que o ambiente não é favorável ao Projeto Sanitarista. Por isso, a iminência de incidir esta discussão, de não se sujeitar a lógica de exploração do homem pelo homem e de construir práticas que de fato possibilitam a defesa do Sistema Único de Saúde como direito social e dever do Estado, respeitando a democracia e reconhecendo *“que loucura não se prende e saúde não se vende”*.

1. SAÚDE PÚBLICA EM TEMPOS DE MERCANTILIZAÇÃO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS

“Modificar as condições de vida, as relações de trabalho, as estruturas civis da cidade e do campo, significa lesar interesses poderosos e olhar com audácia para o futuro” (BERLINGUER, 1978, p. 21).

Parafraseando o médico militante sanitarista Giovane Berlinguer, iniciamos este capítulo com o propósito de reconstituir, ainda que sucintamente, a história da saúde pública brasileira a partir do marco político como direito social. Todavia, vislumbramos que a história aqui contada ganha sentidos se analisadas no curso de sua processualidade com o presente, e sem perder a *audácia de enxergar* o futuro.

Alinhada ao processo de transição democrática no Brasil, a saúde pública é marcada por um histórico de luta, onde foi a partir de mobilizações sociais e populares que se desenhou a construção do Sistema Único de Saúde brasileiro. Com estratégias que foram desde a completa isenção da responsabilidade estatal, até posturas higienistas e de controle dos corpos, o Estado de fato não atendeu as demandas em saúde da população em geral, e para aqueles que não eram contribuintes com o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) restava a caridade dos religiosos e curandeiros da época.

Foi no final dos anos 1970 que sanitaristas se uniram para (re)desenhar o modelo de saúde pública, instituindo o Movimento da Reforma Sanitária (MRS), que articulado ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), reuniu lideranças de partidos alinhados com a esquerda, trabalhadores/as da saúde, usuários/as, movimento sindical e intelectuais que buscavam transformar o modelo de atenção à saúde, se opondo ao regime militar e buscando democratizar o acesso da população à saúde. O contexto deste período significou um marco decisório na estrutura organizativa da política, quando a partir de um conceito ampliado de saúde, se marcava uma luta coletiva por uma nova concepção¹ que rompesse com modelos biológicos, individualistas e privatistas.

O Movimento que democratizou a saúde colocou em pauta aspectos como saúde do/a trabalhador/a, melhores condições de trabalho, controle social e participação popular, possibilitando o início das discussões e reivindicações para o acesso

¹ Para Silva e Arizono (2008), o Movimento da Reforma Sanitária representou uma mudança de paradigma na saúde pela abrangência dos determinantes sociais no processo saúde e doença.

universal da população aos serviços de saúde. Embasado em uma crítica contundente ao modelo capitalista, o MRS representou, na história do Brasil, o reconhecimento das desigualdades de classe, das determinações sociais, econômicas e políticas que atuam no processo saúde/doença, onde “a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculados à democracia” (BRAVO, 2007, p.95).

Com a força política deste movimento, em 1986, o primeiro Presidente Civil após a ditadura militar, José Sarney, abriu à sociedade pela primeira vez a participação na VIII Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS). Com cerca de 4.500 pessoas, a Conferência teve as discussões acirradas pela disputa de dois blocos antagônicos: de um lado a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação de Indústrias Farmacêuticas Internacionais, defendendo a privatização dos serviços de saúde, e de outro, a Plenária Nacional da Saúde com a defesa intransigente dos ideais da Reforma Sanitária (BRAVO, 2012). No que pese o valor da 8ª CNS, foi do relatório final dela que se pensaram os pressupostos fundamentais do tripé da Seguridade Social, compreendido a partir das políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social.

Neste aspecto, a conjuntura do final dos anos 80 e início dos 90 instituiu marco importante nesta trajetória de lutas. O SUS estabelecido na Constituição Federal de 1988 (CF/88) (BRASIL, 1988) e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) em 1990 (BRASIL, 1990) surge com o desígnio de modificar a situação de desigualdade com que a população tinha no acesso aos serviços, tornando obrigatória a qualquer pessoa atenção e cuidado. Mas ainda que deste período em diante a Saúde se tornaria de acesso a todos/as, não foi o suficiente para superar o modelo mercantilista das estratégias do Estado.

Sob a égide neoliberalista, o ideal de uma política privatista se manteve nas bases da constituição, com indícios de que avançaria, sustentando o caráter contraditório com que a proteção social foi pensada e planejada pelo projeto do capital. E assim, a participação privada no sistema público de saúde permaneceu no modelo de legislação da CF/88:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. [...]

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1.º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1988).

Portanto, avalia-se que os princípios da Reforma Sanitária se encontraram ameaçados desde sua constituição, tanto legitimados pela CF/88, quanto pela Lei 8080/1990, que trata da relação público e privado no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990). A LOS institui que ao Estado é permitido convênios com entidades privadas e filantrópicas, atribuindo a estas o caráter de função pública, desde que a instituição disponibilize 60% de sua capacidade total ao Sistema Único de Saúde (SPOSATI, 1994). Ou seja, são instituições que, embora exerçam funções públicas, obedecem às leis do mercado.

A criação de uma política de caráter universal, não foi o suficiente para suprimir as vantagens das parcerias entre o público e o privado, e, se antes da instituição do SUS a filantropia era a principal responsável por atender as demandas da população em saúde, a possibilidade de estabelecer parcerias abriu um rol de privilégios nesta relação. Como parte deste negócio, os hospitais filantrópicos receberam linhas de crédito, recursos e financiamento, flexibilidade para renegociar dívidas, benefícios que constituem bons negócios em que o beneficiário não é a população, tendo em vista que esta série de vantagens não retorna em qualidade no serviço prestado (BELLINI, 2016).

Para Vasconcelos (2002), o SUS não conseguiu superar as contradições existentes em relação à assistência aos usuários, à precariedade dos recursos, à qualidade e quantidade da oferta de serviços na área de saúde pública. Para a autora, estas contradições são consequências do projeto neoliberal², que ao questionar a cobertura estatal para a saúde, indica o setor privado como o mais eficiente. Ou seja, se a saúde se mantém campo privilegiado para a luta de classes, os interesses das classes dominantes mantiveram seus privilégios frente às iniciativas estatais, contribuindo para que o MRS não alterasse o curso da

² O Projeto neoliberal busca a ação mínima do Estado e a ação do mercado livre. Ou seja, tem-se: “retirada do Estado como agente econômico, dissolução do coletivo e do público em nome da liberdade econômica e do individualismo, corte dos benefícios sociais, degradação dos serviços públicos, desregulamentação do mercado de trabalho, desaparecimento de direitos históricos dos trabalhadores; estes são os componentes regressivos das posições neoliberais no campo social, que alguns se atrevem a propugnar como traços da pós-modernidade” (MONTES, 1996, p. 38 apud BEHRING, 2008, p. 58).

mercantilização. A política econômica do País defendido pelo setor privado é alicerçada em bases conservadoras, voltada à privatização, a filantropia e a universalização excludente:

Pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos como a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características destacam-se: o caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso (BRAVO e MATOS, 2012, p.36).

No curso das transformações societárias, as expectativas que se criaram com a eleição do primeiro Presidente representante da classe operária em 2002, Luiz Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT), mantiveram algumas contradições no cerne da Política de Saúde. Ainda que tenham sido atingidos resultados positivos de algumas políticas sobre os indicadores sociais, e apesar de algumas inovações, a Política de governo petista sofreu influência da agenda da estabilidade fiscal e, conseqüentemente, os investimentos foram muito reduzidos, não apontando na direção de outro projeto para o país, não havendo vontade política e financiamento para viabilizá-las (BRAVO, PELAEZ e PINHEIRO, 2018).

Se por um lado era primeira vez que se elegia no cenário brasileiro um projeto de governo que não representava os interesses das classes dominantes, por outro, não foi uma ação eficiente para superar o projeto neoliberalista do governo passado de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Ainda que conquistas importantes tenham vindo deste período, no que se refere à política de saúde, o governo Lula permaneceu “encolhendo o espaço público democrático dos direitos sociais e ampliando o espaço privado” (BRAVO, 2011, p. 17). Deste mesmo modo ocorre a abertura para o capital estrangeiro na Saúde durante o Governo Dilma (2011 – 2016), quando o que se evidencia nos governos petistas é a continuidade da contrarreforma defendida no período FHC.

Conforme a literatura, e autores/as como a Assistente Social Maria Inês Souza Bravo (2013), o que há na saúde desde a constituição enquanto política social até os dias atuais é a disputa entre projetos distintos com interesses antagônicos. A autora afirma que existem hoje três projetos em disputa em relação à saúde: o idealizado pela Reforma Sanitária da década de 1980, o Projeto Privatista dos anos 1990, e um Projeto de Reforma Sanitária flexibilizada a partir dos anos 2000 que entra em cena

com o discurso de uma política de saúde possível, onde a máxima é garantir o possível de acordo com a capacidade orçamentária.

Se o SUS fora conquistado a partir de um movimento contra hegemônico e tem como preocupação assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautado na concepção de Estado Democrático e de Direito, o Projeto Privatista tem como premissas concepções individualistas e fragmentadas da realidade, e tende a reatualizar o modelo médico-assistencial, propondo políticas de ajustes que, por hora, seriam um retrocesso nas conquistas das políticas públicas universais. Esse projeto ainda reforça as principais tendências do modelo privado, como contenção de gastos, racionalização de oferta e a desresponsabilização estatal. Numa reflexão crítica deste quadro, Bravo (2001, p. 14) contextualiza:

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação. A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos. Com relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral.

Este contexto ganha contornos ainda mais drásticos ao analisar o período pós-golpe³ no País. Tempo em que o avanço da onda conservadora, e de uma disputa política-ideológica materializou, através do impeachment da ex-presidenta Dilma Roussef, o golpe parlamentar-jurídico-midiático em maio de 2016. Colocando em cheque a democracia do País, o afastamento da primeira presidenta da república mulher, que cumpria seu segundo mandato, desvela os interesses das classes dominantes,' colocando fim as iniciativas e conquistas notórias no campo das políticas públicas realizadas por um partido de esquerda que representava os interesses da classe trabalhadora.

³ Termo empregado por diversos autores e pensadores que não reconhecem a legitimidade do impeachment. Em entrevista ao Programa Roda Viva, o filósofo Mario Cortella pontua: "Há momentos em que direito e justiça se afastam, basta lembrar que a escravatura, há 150 anos, fazia parte da nossa legislação. Depois ela aparece como é de fato um horror [...] Talvez, daqui ha 30 anos, se diga que [o impeachment] foi um ato de violência simbólica, [...] que não pode ser chamado de golpe no sentido clássico [...], mas cujo termo golpe não pode ser afastado na totalidade, se olhado de outro ângulo, que é que aquele que acabo de enunciar" (RODA VIVA., 19 de Setembro/ 2016).

Ainda que os processos de privatização e de retrocessos na política de saúde já estivessem em curso, sob uma perspectiva sócio-política pode-se analisar que, a partir da legitimidade do golpe, se acentuaram as iniciativas de limitar a efetividade e abrangência dos direitos sociais, trabalhistas e previdenciários, haja vista as discussões recorrentes sobre a necessidade da reforma trabalhista já em curso, e da previdência sempre na iminência de sua efetivação.

Para Bravo, Pelaez e Pinheiro, o Governo ilegítimo assumido por Michel Temer “trata-se de uma restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país” (2018, p. 12). E assim o ataque aos direitos do povo ganharam mais velocidade e intensidade, culminando em diversas estratégias e ações de desmonte das políticas sociais.

O desmonte do SUS que não passaria ao largo deste contexto, foi duramente atacado pela gestão do Ministro da Saúde Ricardo Barros⁴, que chegou a declarar em entrevista que o Sistema de saúde para todos é “sonho” e seus defensores são “ideológicos, não técnicos” (BBC BRASIL, 2016). Na análise das afirmações, Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p. 14) reforçam:

O discurso da falaciosa necessidade de redução do SUS inaugura a gestão do Ministro da Saúde Ricardo Barros, que afirma que o país não conseguirá sustentar os direitos da Constituição Federal de 1988 como o acesso universal à saúde, e será preciso repensá-los, pois não haverá capacidade financeira para suprir todas as garantias.

A contrarreforma no Governo Temer avançou em suas diferentes estratégias de desmonte e desqualificação das políticas sociais, sob a égide do discurso ideológico de crise, em que consta a máxima de que as propostas de ajustes e de retiradas de direitos são inevitáveis para o ajuste das contas públicas. Com isso, surge a proposta de um Novo Regime Fiscal, aprovada como Emenda Constitucional (EC) 95/2016⁵ que congela os gastos públicos, ou, dito em outras palavras, congela os

⁴ Ricardo Barros foi eleito deputado federal pelo PP em 2014, teve como maior doador individual de sua campanha o empresário Elon Gomes de Almeida, presidente da Aliança, administradora de planos de saúde, com uma contribuição de R\$ 100 mil. Fonte: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-37932736>

⁵ No Congresso a ementa surge como PEC 241, no Senado PEC 55, porém, popularmente ela ganha visibilidade a partir de diferentes atores sociais que defendem que com os ajustes não passaria da PEC da morte. A EC 95/ 2016 que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências pode ser acessada através do Link <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm>.

investimentos em saúde e educação. Como podemos observar na análise de Rossi e Dweck (2016, p.4):

a reforma fiscal proposta pelo governo não é um plano de estabilização fiscal, mas um projeto de redução drástica do tamanho do Estado. No plano macroeconômico, a reforma será um entrave ao crescimento econômico ao institucionalizar e automatizar um ajuste fiscal permanente. Além disso, a reforma tem profundos impactos sociais. [...] Dessa forma, a PEC 55 torna impossível qualquer melhora na saúde e educação públicas no Brasil, pelo contrário, abre-se espaço para o sucateamento dessas áreas e para a eliminação de seu caráter universal.

Em síntese, o retrocesso se faz presente. A EC 95 é apenas um exemplo dos que podem gerar mais impacto social tendo em vista a universalidade das duas políticas que fere. Entretanto, cotidianamente há a ameaça pela perda dos direitos conquistados, uma vez que para 2019-2022 foi eleito à presidência um parlamentar que votou favorável a esta e tantas outras medidas de retrocesso. Assim, o liberalismo econômico vem sendo pressuposto prioritário defendido por este projeto de governo que busca a consolidação de fato do Estado Mínimo. Em que pese o avanço de ideologias conservadoras e neoliberalistas que contribuem para este cenário, vimos também o aumento exponencial das bancadas evangélica, ruralista, e empresarial no Congresso, deflagrando a tendência em expropriação de direitos em detrimento do livre mercado.

Assim, ainda que a história da Saúde Pública no Brasil seja resultado de lutas sociais por um atendimento mais justo, igualitário e universal; a privatização do direito, a lógica de mercado em lucrar e racionalizar o, sucateando os serviços, racionalizando a oferta, e desqualificando as políticas sociais se constituem como base para um governo de concepções neoliberalistas.

Retirar do Estado suas responsabilidades como provedor de proteção social é utilizar uma estratégia esmagadora de desconstrução de todo legado que historicamente avançamos em busca de uma sociedade humanamente justa e socialmente igual. Na atual conjuntura do Brasil, o modo de produção capitalista mantém suas ardilosas estratégias sob a economia brasileira sendo, portanto, fundamental pensar estratégias, a fim de viabilizar os direitos sociais, retomando os princípios da Reforma Sanitária.

1.1 A luta antimanicomial no contexto do retrocesso

“Desculpe os transtornos mentais, estamos em Reforma Psiquiátrica”.

Com relação à Política de Saúde Mental, os avanços da contrarreforma não recuaram, e, dentro das sucessivas iniciativas mercantilistas, a Saúde Mental não foi poupada, tendo os princípios da Reforma Psiquiátrica cotidianamente sendo refutados. O histórico da saúde mental brasileira, que já carrega sua herança privatista, tem agora o desafio de não se distanciar de seus princípios idealizados, e de se sustentar diante de uma sociedade que ainda reproduz valores de segregação.

Com o notório avanço do discurso de ódio, e da implantação de uma cultura que retoma os princípios conservadores e intolerantes do século passado, a saúde mental reinventa-se e resiste diante deste cenário. E, como se não fosse suficiente lutar pela qualidade dos serviços prestados, por legislações que compreendam as especificidades da população usuária da saúde mental, ainda é necessário resistir aos avanços do conservadorismo que implantam na sociedade um discurso cada vez mais discriminatório. Por traz das ações políticas que negam as conquistas da reforma psiquiátrica, há um apelo social que divide opinião pública, assim se coloca em cheque o princípio de cidadão/ã de direito, se retomando discursos preconceituosos de usuário/a da saúde mental em sua periculosidade.

A história da saúde mental brasileira é também marcada por sua trajetória de lutas, com o Movimento da Reforma Psiquiátrica (MRP), que “caminhou” ao lado do Movimento da Reforma Sanitária, por garantia de direitos e dignidade humana, e que ainda hoje busca legitimar o cuidado em liberdade. Entretanto, muitos são os esforços necessários para superar a histórica segregação da pessoa com sofrimento psíquico ou transtornos mentais no País. É neste sentido que tratamos a importância de superar os discursos intolerantes e conservadores, uma vez que eles contribuem inclusive para que as políticas públicas sejam pensadas; como vamos observar na atual conjuntura do País iniciativas de privatização e institucionalização mascarando o caráter excludente que historicamente foi dispensado as/aos usuários/as da Saúde Mental.

A luta pela reforma psiquiátrica não é exclusividade do contexto brasileiro, ela surge como parte de um amplo processo de mobilização social, em consonância com as iniciativas reformadoras de outros países, em especial a Itália. Entretanto, as denúncias contra o modelo manicomial estiveram presentes antes mesmo da reforma italiana, desde a década de 60 no modelo chamado Antipsiquiatria, de David Cooper e Ronald Laing, entre outros. Esta perspectiva esteve presente também, por exemplo, na obra clássica de Michel Foucault em 1961, “A História da Loucura” (ROLIM, 2018). Ou seja, em diversos países do mundo houve experiências de exclusão no tratamento dispensado às pessoas com sofrimento psíquico ou transtornos mentais, mas é no Brasil que no ano de 1978 Franco Basaglia⁶ compara o Hospital Colônia aos Campos de Concentração Nazista⁷.

No Brasil, perdurou por décadas o modelo excludente de violência institucional, de discriminação, de maus tratos, de perda da dignidade humana dentro dos hospícios brasileiros. Com diversas denúncias de violência institucional a história da loucura no País aponta para as internações compulsórias financiadas por familiares e pelo estado, como estratégia de encarceramento, de isolamento, sendo possível a internação de pessoas por suas condições sociais, de pobreza, de outras doenças/comorbidades, deficiências, sem que possuíssem qualquer doença relacionada ao sofrimento psíquico. Deste modo tampouco estes espaços significavam locais de tratamento, como de cuidado, apenas reproduziam a lógica manicomial, asilar de exclusão daqueles que não tinham potencial de ajuste a sociedade da época.

A realidade cruel com que eram mantidos os pacientes internados psiquiatricamente no País, ainda aponta para outra face perversa, subjacente a este sistema discriminatório, no que tange o viés mercantilista das ações. Quando identificamos também o ideal de interesse econômico que havia nesta lógica de tratamento, observamos que no período ditatorial brasileiro até mesmo a exploração de cadáveres era intuito de lucro. O antigo Hospital Colônia chegou a vender cerca de 1.800 corpos para Universidades no país. Nesse viés, Rolim (2018, p.70) salienta que “por décadas, ninguém se interessou em investigar essa impressionante capacidade de produzir cadáveres”.

⁶ Psiquiatra italiano que fundou o Movimento da Psiquiatria Democrática e liderou as mais importantes experiências de superação do modelo asilar-manicomial em Gorizia e Trieste. Ele foi o primeiro a colocar em prática a extinção dos manicômios, criando uma nova rede de serviços e estratégias para lidar com as pessoas em sofrimento mental e cuidar delas (AMARANTE, 2006).

⁷ Ler mais em “Holocausto Brasileiro”, livro de Daniela Arbex.

A loucura somente ganha visibilidade e repercussão nacional no final dos anos 70, com o início efetivo das mobilizações sociais pelos direitos dos/as pacientes psiquiátricos. A constituição do Movimento dos/as Trabalhadores/as em Saúde Mental (MTSM) reuniu diversos atores sociais pela reforma do modelo de tratamento vigente, colocando em curso um processo político e social para o campo da saúde mental, que, no ano de 1987, culminou com a I Conferência Nacional em Saúde Mental, trazendo o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica é:

sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Dentro das importantes conquistas do MRP, se pode citar três marcos legislativos importantes nesta trajetória, antes de se abordar os retrocessos. São eles: a Lei 9.716/92⁸, lei pioneira no estado do Rio Grande do Sul, a qual dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica e a rede de atenção integral em saúde mental, salientando os cuidados em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (ALRS, 1992); a Lei 10.216/01, em âmbito nacional, que dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa com transtornos mentais, redirecionando o cuidado (BRASIL, 2001); e a portaria 3.088/11, que constitui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011). É a partir destas legislações que, basicamente, se constitui cidadania aos usuários/pacientes de saúde mental, e se descentraliza o cuidado para rede, garantindo respeito aos direitos humanos, combate a estigmas e discriminação, promovendo cuidado, autonomia e liberdade.

Desta forma, olhar para a história da desinstitucionalização da loucura no País, é apreender o que ela é marcada por constantes processos - de avanços e retrocessos - e ainda que a legislação em vigor tenha sido construída ao longo de anos de luta do MRP, promovendo mudanças significativas no modelo assistencial aos/às pacientes portadores de sofrimento psíquico, e usuário/a de drogas, não é o suficiente para obstaculizar as diferentes e constantes iniciativas de retroceder e negar a legitimidade do cuidado em liberdade.

⁸ Primeira Lei da Reforma Psiquiátrica a vigorar no Brasil, e a segunda na América Latina (ROLIM, 2018, p. 65).

Em 2015, ainda no Governo Dilma, os/as militantes da Luta Antimanicomial enfrentaram a nomeação de um ex-diretor de um manicômio privado, fechado em 2012 pela Justiça por denúncias graves de maus-tratos, para coordenação da Saúde Mental. O médico psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho foi diretor-técnico da Casa de Saúde Dr. Eiras, no Rio de Janeiro, o maior hospital psiquiátrico de administração privada da América Latina, permanecendo no cargo por cinco meses, período que ocorreram diversas manifestações como o Abraça RAPS e a Ocupação Fora Valencius (AMARANTE, NUNES, 2018).

No Rio Grande do Sul não fora muito diferente, e a gestão do Luiz Carlos Illafont Coronel também foi palco de disputas pelos seus posicionamentos retrógrados e manicomiais, e em uma de suas falas polêmicas durante a audiência pública em abril de 2015, no estado, citou que os/as dependentes químicos são cidadãos infratores e devem estar nos hospícios ou cadeias⁹.

Não obstante ao campo das nomeações e de um ideário manicomial, hospitalocêntrico e privatista, o campo das legislações e das orientações estatais também veio desenhando o modelo de retrocesso, e, em 2017, no governo ilegítimo¹⁰ de Michel Temer, a Rede de Atenção Psicossocial ganha contornos perversos com a Portaria 3.588/17, onde se define maior repasse de verbas para leitos psiquiátricos, e mudanças nas estruturas dos CAPS, criando maiores possibilidades de internações (BRASIL, 2017). A proposta que foi aprovada “sem que pesquisadores e representantes do controle social tivessem direito a fala e sem consulta à sociedade” (BRAVO, PELAEZ e PINHEIRO, 2018, p. 16), foi repudiada pelos segmentos sociais que lutam pela desinstitucionalização.

Ainda no governo Temer, a Nota Técnica CONAD 01/2018 (BRASIL, 2018) suprime os avanços da Política de redução de danos, em favorecimento de um modelo de abstinência e das Comunidades Terapêuticas. Em ambas as situações, se reitera o caráter macro hospitalar, na contramão do ideal de desinstitucionalização. “A guerra contra as drogas”¹¹, que divide a opinião pública em face da criminalização sobre o consumo de entorpecentes e sobre a autorização

⁹ Fonte: <http://www.sindsepers.org.br/wordpress/?p=49>

¹⁰ Partindo do pressuposto que o impeachment é a materialização de um golpe parlamentar-jurídico-midiático como referido no capítulo anterior, não se reconhece legitimidade no Governo Temer.

¹¹ O Brasil importa este termo dos Estados Unidos, amplamente utilizado enquanto jargão Governo Nixon, que mantém um caráter apenas proibicionista sobre as drogas, ignorando ou desqualificando a questão enquanto política de saúde.

de internações compulsórias, é criada com base no modelo proibicionista, e “ignora a realidade de que existem pessoas que usam drogas e que não querem ou não conseguem interromper o uso”¹² (IBCCRIM, 2012).

No curso da implantação, ou da retomada, de uma cultura de repressão e intolerância no País, as eleições de 2018 deflagraram a candidatura de um presidenciável que defende a tortura¹³. Sob discursos durante a campanha que elegeram Jair Messias Bolsonaro a Presidente da República por seus posicionamentos proibicionistas relacionados às drogas e com a justificação da violência, a retórica retomada das ações de repressão do período militar já era possível de se vislumbrar. E em fevereiro de 2019, menos de dois meses do seu governo, a Política Nacional de Saúde Mental tem novamente seus princípios e diretrizes questionados e deslegitimados com a Nota Técnica nº 11/2019, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019)

A partir das novas diretrizes regulamentadas, se passa a incentivar a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, as internações involuntárias ou compulsórias, bem como o financiamento para compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, os chamados eletrochoques. Isso já indica o quanto esta gestão está inclinada ao retorno da lógica manicomial, desconstruindo o legado da Reforma Psiquiátrica e do cuidado humanizado em liberdade que se pressupõe a partir da Rede de Atenção Psicossocial dentro da política do SUS.

O movimento de resistência a este cenário assustador que se desenha na atualidade tem vindo a partir de profissionais da saúde, militantes da Luta Antimanicomial, e dos Conselhos de entidade de classe. Em recente nota de repúdio do Conselho Federal de Psicologia (CFP) à Nota Técnica nº 11/2019, a conselheira Mariza Helena Alves destaca¹⁴: “Este modelo coloca o hospital no centro do cuidado em saúde mental, priva o sujeito da liberdade, dentro de um sistema que não favorece a recuperação, mas simplesmente o isolamento” (CFP, 2019). E a partir de diferentes e diversas críticas de especialistas da área, movimentos sociais e

¹² Fonte: https://www.ibccrim.org.br/boletim_artigo/4546-EDITORIAL-O-iluminismo-nao-chegou-a-luz

¹³ Durante a campanha do candidato Jair Bolsonaro, foram diversos os discursos de ódio propagados sobre a lógica de valores morais. Em vídeo amplamente divulgado nas redes sociais ele afirma ser favorável a tortura, e declara que com o voto não se muda nada no país. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=hGu2tzkfEo8>

¹⁴ Fonte: <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude>.

profissionais da saúde, a nota técnica foi retirada do ar, estando ainda em análise pelo chefe da pasta no Ministério da Saúde (MS).

O que foi possível perceber é que as práticas manicomiais que coexistem na atualidade se tornam, neste governo, legitimadas por leis que corroboram com a violência no cuidado. É neste contexto mais do que contraditório, mas também perverso, que de fato se legitima mais uma vez a segregação e a privatização da loucura, onde prevalecem os interesses da indústria manicomial, bem como os interesses da indústria farmacêutica, desconsiderando o movimento histórico, na busca da garantia de direitos e cuidado humanizado na saúde mental.

Há uma citação célebre de Marx (1852) que, contrapondo a teoria de Hegel, afirma que: *se repete todos os fatos e personagens de grande importância na história duas vezes a primeira vez como tragédia, a segunda como farsa*. É pensando a partir desta perspectiva que se deve retomar a história deste País, e recusar ações arbitrárias que, disfarçadas de um novo modelo, nada mais são do que ações retrógradas, antes já utilizadas e fadadas ao fracasso.

É iminente ao quadro mais amplo da sociedade a necessidade de resistir aos impulsos de uma cultura intolerante, autoritária, que naturaliza a violência mesmo dentro dos espaços democráticos. Há de se ter clareza sobre a necessidade de constituir a Reforma Psiquiátrica campo privilegiado de luta, de estratégias coletivas de resistência, capaz de não incidir apenas sobre os serviços de saúde, mas de operar mudanças políticas, sociais e culturais.

2. OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: CONTRADIÇÕES DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

O cenário de mercantilização do qual tratamos neste trabalho, vai direcionando como vimos, para diversos desdobramentos, sejam ações políticas, ideológicas ou questões culturais que fazem parte do curso das transformações societárias. Muitas são as contradições pertinentes a este processo, dentre elas o/a profissional de saúde inserido neste contexto nas suas relações com o trabalho, uma vez que este/a profissional, que é classe trabalhadora, é voltado para atuar e defender os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, outrora, ele é parte deste processo fundante de exploração do homem pelo homem. Ou seja, um/a trabalhador/a forjado/a nas regras do capital, em que precisa se manter inserido no mercado de trabalho e por isso está sujeito/a à lógica de mercantilização.

No que corrobora com ações de qualificação destes profissionais, e da defesa do projeto sanitaria, temos os Programas de Residência em Saúde que atuam sob a ótica dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Deste modo, se constitui enquanto um excelente mecanismo de defesa dos princípios idealizados do SUS, porém, ainda que num contexto mais amplo, não se pode perder de vista que está inserido também no contexto de mercantilização, amplamente abordado neste trabalho. É nessa lógica que o texto que se apresenta traz a perspectiva da residência como formação “para” e “pelo” trabalho.

A Residência Integrada em Saúde (RIS) é uma modalidade de pós-graduação lato sensu, voltada para qualificação de profissionais da saúde¹⁵ sob a forma de especialização em determinada área profissional. Caracterizada por formação em serviço, a residência tem duração de dois anos em regime de dedicação exclusiva, e supervisão docente-assistencial. Legalmente instituída como uma modalidade de formação para o SUS, as residências são programas que possuem um grande potencial formativo no que tange uma visão ampliada da concepção de saúde.

Temas como a constituição da rede de serviços, integralidade e interdisciplinaridade são privilegiados neste processo de formação, que, por seu

¹⁵ As RMS abrangem os diversos profissionais da saúde, como Assistentes Sociais, Biólogos, Biomédicos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos, e Terapeutas Ocupacionais, isso conforme a Resolução CNS nº 287/1998 (BRASIL, 1998).

caráter de integração entre os diferentes saberes, propicia um campo rico de trocas e compartilhamentos, superando a lógica dos padrões hegemônicos do saber. Inseridas na política de educação em saúde, as residências constituem desde seu surgimento uma estratégia de formação para trabalhadores da saúde pública, que possam superar no campo de atuação os modelos conservadores, médico-centrado e de lógica privatista, se pautando, assim, em premissas importantes do SUS, através do Projeto de Reforma Sanitária (BRANDÃO, SILVA, LIMA, LEVANDOVSKI, 2018).

A potencialidade das Residências incide em sintonizar trabalho e formação. Ou seja, no cenário atual de formação “no” e “para o” Sistema Único de Saúde na modalidade de Residência, pressupõe que os cenários de atuação possuam a capacidade de transferir para o núcleo profissional a compreensão das necessidades sociais em saúde, exigindo respostas coletivas, a partir de uma concepção ampliada do conceito de saúde e que supere a lógica fragmentária das atuações fechadas no saber e fazer profissional individual.

Entretanto muitos são os desafios encontrados para a sustentação dos programas, bem como a permanência enquanto residente nos cenários de práticas na atualidade. A conjuntura que exige resistência frente agudização do sucateamento dos serviços, frente também a privatização e terceirização que fragmenta as ações e fragiliza os vínculos, são desdobramentos intrínsecos a este processo, tornando a residência um campo rico de contradições, em que se nega a formação em serviço como trabalho, gerador de vínculo empregatício, porém onde o cenário de prática vai contar com aquele/a estudante/trabalhador/a para dar conta das demandas emergentes no cotidiano do trabalho.

Uma das evidências deste processo são as demasiadas queixas de residentes estarem substituindo o trabalho dos profissionais nos respectivos serviços, realidade que foi apresentada no livro Serviço Social e Residências no Rio Grande do Sul, publicado em 2018, a partir da Pesquisa “Formação e Trabalho dos Assistentes Sociais nas Residências Multiprofissionais em Saúde do Rio Grande do Sul” (2017). Os grupos focais evidenciaram esta realidade ao retratar o processo de fragilização e precarização do trabalho e da formação, a partir da responsabilização e “pressão” para que residentes assumam os atendimentos e demandas diante da redução de equipes, carga horária excessiva de atendimentos e plantões (CLOSS, REIDEL,

BRANDÃO, LEVANDOVSKI, 2018). Tal realidade é ilustrada na fala a seguir, extraída durante os grupos focais e apresentadas na produção final da pesquisa:

Na instituição que eu faço parte (...) a gente tem o papel de substituição assim de funcionário. Tanto que a nossa carga horária de sessenta horas, ela tem que ser fechada a gente dando conta de plantões no final de semana fora da nossa ênfase; a gente assume a unidade enquanto o preceptor tira férias, ou então em situações que, enfim, que o colega tá de folga (REIDEL, FERRUGEM, ALMEIDA, STEINGLEDER, ROLIANO, DEVIT, 2018, p. 171).

Deste modo, o que se percebe é um favorecimento da carga horária prática, em detrimento da teórica, ou seja, deve-se cumprir a carga horária, ainda que estes espaços não estejam alinhados ao movimento democrático de saúde, ou que não sejam formativos de fato. Significa dizer que o residente, está sujeito às regras do mercado de trabalho, e, portanto, entendido na condição de trabalhador/a da saúde.

A Resolução CNRMS Nº 5/2014 regulamenta que os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde se constituem com uma carga horária total mínima de 5.760 horas num período de dois anos, ainda cita que a carga horária total será desenvolvida com 80% realizada a partir de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas, ou seja, aquelas relacionadas a prática profissional, enquanto que apenas 20% serão aquelas a partir de estratégias educacionais teóricas. Isso através do desenvolvimento das ações organizadas em uma carga horária de 60 horas semanais. Logo, corrobora-se com a afirmação de Mendes (apud SILVA 2018, p. 203-204) que destaca:

Considerando que dessas 60 horas, 80% estariam destinadas às atividades práticas, esse total equivaleria a 48 horas semanais nas atividades assistenciais, configurando, portanto, uma jornada de trabalho superior ao limite de 44 horas semanais, definido pela Constituição Federal de 1988, o qual só poderia ser exercido mediante acordos individuais ou coletivos. Tal carga horária encontra-se ainda na contramão da reivindicação das centrais sindicais brasileiras, que vêm se mobilizando pela redução da jornada de trabalho para 40 horas semanais. Encontra-se também na contracorrente da luta dos profissionais de saúde, que de uma forma geral, vêm pleiteando a redução de suas jornadas de trabalho.

Dentre outras razões, os programas de residência no modelo atual conforme está formatado, ainda que estejam abertos ao diálogo em espaços coletivos importantes como a COREMU¹⁶, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

¹⁶ COREMU – Comissão de Residência Multiprofissional regulamentadas pelas Resoluções das CNRMS 02/2010 e 01/2015. Constitui órgão colegiado de instância de caráter deliberativo que atende

(CNRMS)¹⁷, e o Fórum Nacional de Residentes em Saúde, que vem pautando a carga horária em seus espaços deliberativos, não houve avanços no debate sobre as 60 horas. A retórica justificativa para a fixação das 60 horas vem na reposta dos técnicos do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação (MEC) que argumentam a uniformização de carga horária e valor de bolsa entre as Residências Médicas e Uniprofissionais. Ou seja, em nenhum momento avaliou-se a possibilidade de diminuição da carga horária a fim de promover isonomia, optou-se pela carga horária máxima (SILVA, 2018).

A legislação é específica no que trata os meios de cobrança e exigências de produção do/da residente no que se refere à carga horária, porém, não suscita os meios de garantia e eficiência das questões pedagógicas dos programas. E é por isso que, reiteradas vezes, trata-se deste ponto fundamental que é a carga horária da residência e sua distribuição a partir da análise do ponto de vista crítico, onde apreende-se o trabalho apenas como uma categoria imbricada à lógica de uma sociedade capitalista, e não na potencialidade da formação.

As contradições da formação em serviço se transformam, acompanhando a precarização do trabalho e do sucateamento da política de saúde. Neste aspecto, nos moldes em que está configurada, mesmo que “associe atividades práticas e teórico-práticas, é altamente espoliante, apontando para uma lógica inclinada à exploração do trabalho, em detrimento de uma proposta de formação para o trabalho em saúde” (SILVA, 2018, p. 22-23). Nessa lógica,

destaca-se que o trabalho em saúde e a prolongada jornada de trabalho do residente inscrevem-se nos marcos da exploração do trabalho pelo capital. Ou seja, ainda que haja particularidades no “trabalho” do residente, estas particularidades não alteram sua condição de trabalhador (ainda que temporário) no modo de produção capitalista. Nesses marcos, as 60 (sessenta) horas são uma forma de intensificação da exploração do trabalho e são incompatíveis com as propostas de formação inscritas na RMS (Idem, 2018, p. 24).

O ideal dentro desta proposta de formação é a criação de estratégias pedagógicas, teóricas, e teórico-práticas, que consigam dentro deste modelo complexo e contraditório, o qual foi abordado nesse capítulo, promover a potencialidade da residência não corroborando com ações de precarização do

as atribuições de organização, coordenação, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento dos Programas de Residências (CECCIM, 2018).

¹⁷ Instituída por meio da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.

trabalho em saúde, tampouco com a precarização do ensino. É fundamental reconhecer que estas situações existem, estão dadas dentro dos espaços responsáveis pela formação, e que estes não estão preparados e/ou disponíveis para atender este debate.

Conforme SILVA (2018, p. 30, grifos originais) “a RMS não é trabalho precarizado, tampouco **é em si**, potência de formação”. Assim, a autora conclui que é a instituição do SUS no nosso País é que vai criar as condições históricas e sociais para o planejamento e a proposição de novas formas de educação em saúde, como a residência multiprofissional vinculada a necessidade de saúde capitaneada por um sistema público e universal.

Ressalta-se que, ainda que estejam circunscritos em seus programas de formação o ideário de educação em saúde, é preciso superar a concepção de que residência é potencialidade (apenas) e partir para escuta e diálogo com os diferentes atores sociais envolvidos promovendo de fato a superação dos modelos de precarização e sucateamento da saúde e do ensino. Enxergar os programas de residência no contexto mais amplo da sociedade e das relações de produção é fundamental para que os/as residentes não se tornem trabalhadores alienados e propulsores da ordem capitalista.

3. O IMPACTO DOS RETROCESSOS A PARTIR DA EXPERIÊNCIA NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL COLETIVA DA UFRGS

Inicia-se esse capítulo salientando que as reflexões dispostas neste trabalho somente foram possíveis a partir da inserção no Programa de Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da UFRGS. Programa que também se constituiu neste cenário complexo e contraditório que tanto abordamos no texto, mas que, no entanto, não corrobora com práticas de lógica manicomial e excludente, fazendo da Reforma Psiquiátrica sua principal bandeira de luta.

A ênfase em saúde mental coletiva é a mais antiga dentre programas oferecidos pela Universidade, inicialmente esteve vinculado Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde), quando teve sua primeira turma de residentes nos anos de 2004-2005, mas foi somente a partir de 2008 que passou a ter turmas consecutivas anualmente (PALOMBINI, TSCHIEDEL, 2017). A partir de 2017 o programa faz sua transição¹⁸ estando atualmente vinculado ao Instituto de Psicologia em parceria com a Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Para os autores Ceccim, Silva, Palombini e Fagundes (2010) que são importantes atores sociais que estiveram envolvidos com a coordenação do programa, o objetivo da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva é o de proporcionar formação especializada e multiprofissional em serviço nos termos da educação em Saúde Mental Coletiva, da clínica na atenção psicossocial, desenvolvendo competências técnicas, éticas e humanísticas para a promoção da saúde mental; sendo uma das diretrizes básicas desta formação o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, buscando romper com os especialismos disciplinares, com a fragmentação dos saberes e com as práticas de segregação.

¹⁸ A transição ocorreu com o fechamento do EDUCASAÚDE após a Operação PHD da Polícia Federal em dezembro de 2016. A operação da PF alegando má gestão dos recursos públicos prendeu e conduziu coercitivamente pesquisadores, professores e servidores das Universidades UFRGS e UNISINOS que atuavam na área da Saúde Coletiva. Contando com forte apelo midiático este também foi um processo cheio de contradições, que ocorre no cerne do cenário político mais amplo, tendo em vista que diversos dos investigados eram aliados ao Governo Petista. Á época, a Federação Nacional dos Farmacêuticos foi a público expressar e repúdio às ações da Polícia Federal: *“Para garantir a aplicação de sua agenda neoliberal, de retirada de direitos e de desmonte de importantes políticas públicas conquistadas ao longo de mais de uma década, o governo precisa silenciar as vozes dissonantes. [...]Por conhecerem a fundo a gestão do SUS no Brasil, vinham denunciando incansavelmente os retrocessos do governo Temer nas áreas da saúde e social”* (Fonte: <http://www.vermelho.org.br/noticia/290906-1>).

Há de se ressaltar que, ainda que uma das potencialidades da RISM/C/UFRGS esteja também na formação de estudantes/profissionais críticos ao sistema de modo de produção capitalista, e que não corroborem com a lógica alienante e maçante da exploração do trabalho, as ações pautadas neste programa de residência não foram o suficiente para evitar que os/as residentes vivenciassem cotidianamente os impactos do sucateamento e precarização dos serviços. Deste modo a partir da experiência de inserção nos serviços da rede pública foi possível identificar diversas situações em que os desdobramentos da mercantilização se materializavam nas práticas profissionais, tornando ainda mais complexo o desafio que é *estar* residente.

A RISM/C/UFRGS dispõe de diversos dispositivos de escuta/diálogo com residentes, de acompanhamento e avaliação dos cenários de prática, buscando superar práticas manicomiais, e fortalecendo seu corpo de discentes-profissionais para que não se sujeitem a lógicas segregatórias nos espaços de atuação. Contudo, como apresentado no capítulo anterior, as contradições da formação em serviço estão dadas, não apenas como realidade aparente, mas na essência de um trabalho que se forja na sociedade capitalista, assim, a residência mantém o desafio constante de criar estratégias que não contribuam para as práticas de precarização e sucateamento do trabalho em saúde e do ensino em serviço.

No Programa de Saúde Mental Coletiva da UFRGS, a inserção dos/das residentes nos cenários de práticas se dá definida por alguns critérios. Em especial, são duplas que compõem a micro equipe, sendo um/uma residente do primeiro ano (R1) e um/uma residente do segundo ano (R2), estes preferencialmente de núcleos distintos. Os cenários vinculados a este programa contemplam uma gama de serviços substitutivos em saúde mental, como CAPS, Residencial Terapêutico, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), possui também diversos projetos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), da Educação, associações de usuários, e setores da Gestão, sendo eles distribuídos nos municípios de Porto Alegre, Sapucaia do Sul, São Leopoldo e Novo Hamburgo.

Estes serviços devem atuar a partir de uma perspectiva pautada na Reforma Psiquiátrica, na Luta Antimanicomial, e na defesa dos princípios do SUS, porém, mesmo que estes cenários sejam avaliados anualmente por residentes, e que estes

estejam respaldados pela Universidade na possibilidade de fechar ou não o cenário¹⁹, não se evita o fato de que práticas manicomiais ainda sejam reproduzidas dentro do cotidiano de trabalho. A resposta vem a partir da articulação de profissionais vinculados ao programa da Universidade e os referidos serviços que servem como cenário de prática, e assim num movimento dinâmico e processual se acompanha e se verifica as possibilidades do serviço permanecer no rol de espaços de formação dos/das residentes.

No entanto, ainda que uma das potencialidades dos programas esteja na construção de conhecimento, a prática cotidiana com os/as trabalhadores/as bem como com gestores/as mostrou um distanciamento teórico fortalecendo a falácia de que *na prática a teoria é outra*. Assim, se torna corriqueiro discursos fatalistas frente ao sucateamento dos espaços públicos onde o/a profissional não consegue associar a leitura crítica com a técnica, mantendo-se afastado/a de pautas mais amplas, buscando apenas a manutenção de seus cargos. Cabe salientar que a dicotômica relação entre teoria e prática também é um processo subjacente à lógica hegemônica capitalista, “ela repõe a alienação essencial do capitalismo” (GUERRA, 2005, p. 4). Ainda para esta autora, a desqualificação da teoria é consequência ideológica, a partir de uma tendência de considerar inútil e inoperante os pressupostos teóricos que não respondam de forma imediata às exigências práticas da sociedade (Idem, 2010).

Mas, como tudo neste texto aponta para a leitura das contradições, o movimento de resistência também esteve presente, e assim durante todo o percurso da residência foram observados discursos e práticas ambíguas que tendem a corroborar com a análise feita das contradições existentes no projeto capitalista de privatização do SUS. Onde, de um lado estudantes e trabalhadores/as, alinhados/as ao MRS e ao MRP, resistiam às iniciativas de retrocesso e de desmonte, e de outro, gestores alinhados a lógica de mercantilização propunham negociatas com o terceiro setor, com terceirizações, bem como não atendiam as demandas da classe trabalhadora.

¹⁹ O fechamento do cenário não implica no fechamento do serviço, e sim na perda contratual como cenário de residência com o programa RISM/UFGRS. Um exemplo disto é o CAPS AD de São Leopoldo, que após diversas denúncias de práticas manicomiais, bem como de residentes atuarem em substituição aos profissionais, não é mais cenário para saúde mental da UFGRS, entretanto, permanece recebendo residentes do programa da UNISINOS.

Os impactos das terceirizações, da falta de profissionais, os atrasos de pagamentos e/ou salários parcelados já indicam o quanto este cenário tende a prejudicar em um potencial elevado os processos de trabalho. Na experiência realizada a partir da Residência em Saúde Mental Coletiva em dois dispositivos da rede de saúde mental do município de São Leopoldo (CAPS e Coordenação de Saúde Mental) fora possível observar as constantes iniciativas de avanço e retrocesso pertinentes ao processo de privatização do SUS.

Em análise, cabe pontuar que o município de São Leopoldo enfrenta um forte momento de instabilidade política, onde não há agenda sobre saúde dos/as trabalhadores/as, o parcelamento de salários do funcionalismo público ocorre desde 2016, e o Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSIJ) não possui até o momento reposição de profissional de enfermagem, que compõe a equipe mínima segundo a portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, dentre outras diversas situações de contexto micropolítico identificadas no curso da residência nos cenários.

As residências em saúde, ainda que no campo das contradições, têm sido dispositivos importantes para (re)existir neste cenário político e social que engendra a saúde pública no Brasil. A integração de residentes às equipes de saúde sugere que a articulação de trabalhadores/as e residentes trabalhadores/as, seja uma importante ferramenta de interdisciplinaridade, de propostas de educação em serviço, de articulação entre o saber e a prática, qualificando e fortalecendo o trabalho no SUS. No âmbito da RISM/UFGRS diversos são os espaços que possibilitam esta troca, as preceptorias que ocorrem no cenário, e os encontros de preceptores/as que ocorre na Universidade são as principais estratégias para garantir que estes ambientes sejam favoráveis ao processo de formação.

Algumas estratégias utilizadas majoritariamente por residentes se destacaram neste processo, entre elas ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), onde se propõe que, no curso do desmonte e das precarizações, se busque alternativas para superação dos limites diários nos espaços de atuação. E num processo de autocuidado, e qualificação de si, as equipes se fortaleciam, encontrando formas de resistência:

É importante ressaltar que, nesses marcos referenciais [teórico social crítico] a realidade social é entendida na perspectiva da historicidade e da tensionalidade, realidade sempre permeada por conflitos e contradições. Isso indica que nesse processo histórico os trabalhadores sempre

encontram diversas formas de resistência às práticas de controle e dominação, comportando-se também como sujeitos desses processos (BARROS, FILHO, GOMES, 2012, p.33).

Apreendemos que no contexto atual, e numa concepção mais ampla a mercantilização vem exigindo um perfil profissional voltado para responder favoravelmente a concepção privada, com práticas tecnicistas, e esvaziadas de um saber crítico, basta lembrar a campanha em outdoors no País que foi financiada por empresas aliadas ao Governo Temer, publicizando a frase do mesmo: *“Não pense em crise: Trabalhe!”* (2016)²⁰. Contudo, a análise mostra que ainda que haja uma estratégia esmagadora de exploração do trabalho, existiu na história, e ainda resistem no campo das lutas sociais, os movimentos que vem dando visibilidade a estas contradições, buscando dentro das estratégias coletivas e democráticas superar as práticas alienantes do trabalho e da expropriação dos direitos da classe trabalhadora.

Podemos citar a propósito, os importantes movimentos sociais a partir de Fóruns, Sindicatos, Conselhos e Entidades de Classe que repudiam ações antidemocráticas e de desmonte das políticas públicas. Dentre as possibilidades que a RISMC/UFRGS apresenta a relação com estes movimentos de participação popular e Controle Social tem sido uma estratégia eficiente característica deste programa. E assim, o coletivo se fortalece consubstancialmente junto com militantes da desinstitucionalização, como por exemplo, junto ao Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM).

Criado em 1991 a partir do entrelaçamento entre Políticas Públicas e Educação no curso do Movimento de Saúde Mental do Rio Grande do Sul, o FGSM propõe mudanças socioculturais e políticas, buscando transformar o modo de pensar e agir sobre a loucura. Contando com a participação de militantes e usuários, o Fórum promove encontros entre os participantes para preparação de eventos nacionais do movimento, da saúde mental, e para as Conferências previstas na legislação do SUS (FAGUNDES, 2006).

²⁰ A frase surge no discurso de posse de Temer, no exercício de suas funções como presidente após o impeachment de Dilma Roussef: *“Nós não podemos mais falar em crise. Trabalharemos. Há pouco tempo eu passava por um posto de gasolina na Castello Branco e o sujeito colocou uma placa lá: ‘Não fale em crise, trabalhe’. Eu quero ver até se consigo espalhar essa frase em 10 ou 20 milhões de outdoors por todo o Brasil”* Após este pronunciamento, empresários adeptos a campanha adotaram a ideia e financiaram o compartilhamento de outdoors pelo País (Fonte: <http://g1.globo.com/sao-paulo/sorocaba-jundiai/noticia/2016/05/frase-citada-por-temer-sobre-crise-esta-escrita-em-posto-desativado.html>).

Outro movimento importante, no âmbito da mercantilização da Saúde, objeto de estudo deste trabalho, é a Frente Nacional Contra Privatização da Saúde (FNCPS), fundada em 2010. Um coletivo que, articulando a academia, com movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, partidos políticos dentre outras entidades, busca travar a luta contra a privatização da saúde no horizonte de um SUS 100% público, estatal e de qualidade. Conforme Bravo (2011, p.27), a Frente retoma como fonte unificadora de lutas a mesma motivação que deu sustentação às lutas travadas pelo Movimento Sanitário nos anos 1980.

Significativas conquistas nas suas trajetórias contemplam a potencialidade dos movimentos sociais. Como importante ferramenta de democracia e capacidade de mobilização popular, os coletivos, como observamos, contribuem também na formação de estudantes, trabalhadores/as, militantes e usuários/as que buscam romper com as lógicas segregatórias, e hegemônicas do capital, lógica esta que perpetua as desigualdades sociais no curso das transformações societárias, expropriando cada vez mais direitos da população e da classe trabalhadora. Do conhecimento acumulado nas lutas sociais, ousamos dizer que se existe saída para o cenário de retrocesso no cenário político, social, cultural, econômico e atual, a estratégia é coletiva e pela resistência da classe trabalhadora!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apartada de uma visão crítica a conjuntura atual, que aqui tratamos como retrocesso, sugere analisar os dados apenas como fatos isolados, ações pontuais, e com isso se minimiza os efeitos, ou se desconsidera as consequências na vida da população brasileira. Quando superamos a visão fatalista da história e partimos para análise de toda uma conjuntura, que é social, política, econômica, espiritual e cultural, temos a possibilidade de criar estratégias para incidir nesta realidade.

Nesse horizonte, nos reportamos ao referencial da Teoria Social Crítica que substantivamente embasou nossas reflexões, propondo analisar os fenômenos sociais de forma dialética e crítica, permitindo reconhecer o movimento na lógica de que a realidade social se encontra, ou seja, permeado por constantes mudanças, *com avanços e retrocessos*. Deste modo, sustentar este texto a partir desta concepção teórica, nos permitiu apreender as transformações societárias, em suas múltiplas determinações, e desta forma então suprimir qualquer visão minimalista que se acabe na imediaticidade da realidade aparente.

Não pretendemos em hipótese alguma contribuir para um conceito ou modelo de teoria que se acabe em si, e por isso indicamos que muitos são os questionamentos e indagações pertinentes a esta reflexão. Portanto, a Saúde, a Saúde Mental, a formação em serviço, e a pergunta *“a quem interessa a privatização?”* refletem a dinâmica desta sociedade, que deve ser constantemente investigada e desvelada à luz da sua processualidade histórica. Com isso, não buscamos interpretar os fenômenos e encerrá-los em respostas fechadas, com conceitos unívocos ou lineares, mas conseguimos indicar que a privatização da saúde interessa aos donos do capital, aqueles que mantêm o poder econômico neste País, e que sustentam a máquina capitalista de expropriação de direitos da Classe Trabalhadora.

Como vimos no decorrer deste trabalho, foi das contradições e da concepção histórica das divisões de classes sociais, da exclusão e desigualdade social no país que políticas sociais públicas foram pensadas. O que nos permitiu identificar a intrínseca relação de desigualdade em que a política de saúde, ainda no momento atual, se configura no país, contribuindo apenas para fortalecer a lógica de um sistema de saúde para os pobres, e retomando por vezes a visão clientelista do cidadão de direito.

Quando analisamos aspectos da história do Brasil e vimos que a constituição dos direitos sociais se deu tardiamente após um árduo processo coletivo de mobilização e lutas para romper com um regime que segregava o cidadão, reconhecemos a importância dos processos históricos na análise do presente, bem como a importâncias dos coletivos como estratégia de transformação.

Acreditamos que fora apresentado um conjunto de informações suficientes para apreender que a busca pela garantia plena da cidadania e a defesa intransigente do acesso à saúde como direito social, e, portanto, de responsabilidade estatal, ainda é uma busca sucessiva e necessária. Por isso é preciso também superar a visão *romantizada* do SUS, como se o SUS ideal, aquele que está lá no “papel”, não fosse repleto de contradições e burocracias, como também superar visões *fatalistas*, que caracterizam a saúde universal, 100% estatal e de qualidade enquanto utópica. É necessário compreender o SUS em sua totalidade, considerando que a mercantilização, que visa tanto o lucro quanto a expropriação de direitos, sempre esteve presente neste contexto adverso.

Parafraseando lamamoto (2004, p.01), “vivemos em uma época de regressão de direitos e destruição do legado das conquistas históricas dos trabalhadores, em nome da defesa quase religiosa do mercado e do capital”. Por isso arduamente debatemos a necessidade de um olhar crítico para a mercantilização que inegavelmente vem acontecendo desde a constituição desta política, mas que ganhou intensidade no curso do capital financeiro pós-golpe neste País. Precisamos reiterar que para cada período em que o crescimento do setor privado é favorável, ocorre quase que consequentemente o declínio da saúde enquanto política social e pública.

Mais do que um retrocesso nas conquistas sociais, o desmonte e a precarização do serviço público na saúde a partir dos processos de mercantilização, é uma situação caótica que representa um Estado que está terceirizando a sua responsabilidade em defesa do seu bem estar econômico. Onde responder as necessidades da população deixou de ser prioridade, contribuindo para que popularmente o SUS seja conhecido muito mais por suas fragilidades do que potencialidades.

No que se refere em especial a Saúde Mental, vimos que estratégias arbitrárias e truculentas foram utilizadas no trato da população usuária desta política. E por isso a

exigência de olhar para a contemporaneidade com a crítica a um sistema que desqualifica e desvaloriza a condição social e de ser humano. Tanto historicamente quanto na atualidade, vimos que se reproduzem posturas manicomiais, e de interesse da privatização da loucura. No entanto, não houve no curso desta política um retrocesso tão *escancarado* como os citados pela nota técnica 11/2019.

O fato é que o retrocesso na Política de Saúde Mental se apresenta toda vez que a internação em hospitais psiquiátricos, clínicas de desintoxicação e comunidades terapêuticas são a retórica de um atendimento prestado ainda nos dias de hoje. Sob a lógica de um pensamento ideal e conservador, a cultura intolerante dispensada aos/às usuários/as de drogas ou pessoa com sofrimento psíquico é o passo dado em direção ao nosso passado de barbárie. Sendo assim, a importância de despertar para o valor de não encerrar a intervenção diante dos limites e obstáculos impostos no cotidiano. Ainda que a privatização e segregação da loucura seja algo a temer, e que seja vislumbrado tempos difíceis, o desafio, é estar articulado, é necessário estar *junto*, caminhar *junto* para resistir diante deste cenário.

Entendemos que a atenção integral a saúde é possível com equipes multiprofissionais atuando na perspectiva interdisciplinar. E se a integralidade é um dos pressupostos teóricos fundamentais na Política do SUS, as Residências em Saúde estão no caminho certo. Ainda que como tenhamos observado existam desafios para sua implementação diante do cenário de contrarreforma, as RMS não podem ser tratadas como forma de precarização do trabalho e ensino. É nesta perspectiva da educação em serviço que se tem a busca pela qualificação dos/das trabalhadores da saúde, com profissionais qualificados para defender os princípios da Reforma Sanitária, os princípios preconizados no Sistema Único de Saúde e a democratização no acesso público.

Encerrar este trabalho nos mostra que as considerações são transitórias, e não conclusivas. Foi a partir de sucessivas aproximações da realidade social que apreendemos o mundo em seu movimento dialético e contraditório. As considerações finais deste texto, guardam o cunho de transitoriedade relativa a prospecção da formação profissional continuada e permanente. Não somente pela continuidade da formação, mas principalmente porque a realidade está em constante movimento e é muito mais rica em determinações que a capacidade do pensamento humano em apreende-las.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. NUNES, Mônica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6): 2067-2074, 2018

ALRS. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. **Lei n. 9.716 DE 07 DE AGOSTO DE 1992.** Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências.

BARROS, Maria Elisabeth. FILHO, Serafim Barbosa Santos. GOMES, Rafael da Silveira. **Alguns Conceitos Articulados na Discussão do Processo de Trabalho em Saúde.** IN: Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde / Jorge Mesquita Huet Machado, Ada Avila Assunção (organização). – Belo Horizonte : UFMG/Faculdade de Medicina, 2012. 164p.

BBC BRASIL. Mariana Schreiber. **Sistema de saúde para todos é 'sonho' e seus defensores são 'ideólogos, não técnicos', diz ministro da Saúde.** BBC Brasil em Brasília; Publicado em 11 de Novembro de 2016. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-37932736>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

BELLINI, Jomar. **Frase citada por Temer sobre 'crise' está escrita em posto desativado** Publicado em 13/05/2016 08h31 - Atualizado em 13/05/2016 15h04; Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/sorocaba-jundiai/noticia/2016/05/frase-citada-por-temer-sobre-crise-esta-escrita-em-posto-desativado.html>>. Acesso em 10 de fev. 2019.

BELINI, Maria Isabel Barros in: PREFÁCIO: **Público e Privado na Saúde Menal: inflexões de um mundo a parte.** HOFF, L. R. Porto Alegre: EDUPUCRS, 2016.

BERLINGUER, Giovane. **Medicina e política**. São Paulo: CEBES: Hucitec, 1978. 199 p.

BRANDÃO, Vanessa Maria. SILVA, Monique Muniz Alves. LIMA, Jéssika Ferreira. LEVANDOWSKI, Cristina. Formação e Trabalho dos/das assistentes sociais na Saúde Mental. IN: CLOSS, T.T; BRANDÃO, V.M; LIMA, J.F. (Orgs). **Serviço Social e Residências em Saúde no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Movimento, 2018.

BRASIL, Constituição Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 287 DE 08 DE OUTUBRO DE 1998**. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Octogésima Primeira Reunião Ordinária [...].

_____Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

_____Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002**.

_____Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e

Outras Drogas. **NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**

_____Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **PORTARIA INTERMINISTERIAL MEC/MS Nº 1.077, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2009.** Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

_____Presidência da República. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____Presidência da República. **LEI N. 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

_____Presidência da República. **EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

_____Diário Oficial da União. **RESOLUÇÃO Nº 1, DE 9 DE MARÇO DE 2018.**

_____Diário Oficial da União. **Resolução CNRMS Nº 5 DE 07/11/2014.** 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.

BRAVO. Maria Inês Souza. PELAEZ. Elaine Junger. PINHEIRO. Wladimir Nunes. **As contrarreformas na política de saúde do governo Temer Argum.** Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza. MATOS. Maurílio Castro. **Reforma Sanitária e Projeto Ético Político do Serviço Social: elementos para o debate**. In: BRAVO. M. B [et al.], Saúde e Serviço Social. 5ª Ed – São Paulo: Cortez; UERJ, 2012.

_____. **Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. - 1.ed. – São Paulo: Cortez, 2013.

_____. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4.ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais**. 2. ed., São Paulo, Cortez, 2007.

_____. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional - "A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica". In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde** - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CAMPOS. Gastão Wagner de Souza. **Método para apoios a coletivos organizados para a produção: a capacidade de análise e interpretação**. In: Um método para análise e co-gestão de coletivos- a construção do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: O método da roda. São Paulo, Hucitec, 2010.

CECCIM, Ricardo Burg. [et al.] organizadores. **EnSiQlopedia das residências em saúde**. 366p. – (Série Vivências em Educação na Saúde). Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018.

CECCIM, Ricardo Burg. SILVA, Maria Cristina Carvalho, PALOMBINI, Analice de Lima. FAGUNDES, Sandra Maria Sales. **Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva: Educação Pós-graduada em Área Profissional da Saúde realizada em serviço, sob orientação docente-assistencial**. IN: Residências em Saúde: Fazeres & Saberes na Formação em Saúde. Brasil.

Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição; organização FAJARDO, AP. [ORGS], 2010. 260 p.: 22 cm.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde.** PUBLICADO EM 08 FEV. 2019 – 17:20H Disponível em: < <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude>>. Acesso em: 20 de fev. 2019.

CORTELLA, Mário Sérgio. **Entrevista. Roda viva.** Publicado em 19 de set de 2016. Disponível em:<https://www.youtube.com/watch?v=_vo4ca8JeWs>. (1h 22m 02s). Acesso em 05 mar. 2019.

CLOSS, Thaísa Teixeira BRANDÃO, Vanessa Maria. LIMA, Jéssika Ferreira. (Orgs). **Serviço Social e Residências em Saúde no Rio Grande do Sul.** Porto Alegre: Movimento, 2018.

CLOSS, Thaísa Teixeira. REIDEL, Tatiana. BRANDÃO, Vanessa Maria. LEVANDOWSKI, Cristina. **Tendências da Formação e do Trabalho dos/das assistentes sociais nas Residências em Saúde no Rio Grande do Sul.** In: CLOSS, T.T. BRANDÃO, V. M LIMA, J.F (Orgs). **Serviço Social e Residências em Saúde no Rio Grande do Sul.** Porto Alegre: Movimento, 2018.

FAGUNDES, Sandra Maria Sales. **Águas da Pedagogia da Implicação: Intercessões da Educação para as Políticas Públicas de Saúde.** Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/16185>>. Acesso em 01 de mar. 2019.

FENAFAR. FEDERAÇÃO NACIONAL DOS FARMACÊUTICOS. 10 de dezembro de 2016: **Fenafar define como espetáculo midiático Operação Ph.D no Sul.** In: Portal Vermelho Dia: 11/12/2016 às 13:54:32, Disponível em <<http://www.vermelho.org.br/noticia/290906-1>>. Acesso em 20 de fev. 2019.

GUERRA, Yolanda. **No que se sustenta a falácia de que “na prática a teoria é outra?”**. UNIDESTE – 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil, 2005.

IBCCRIM. EDITORIAL - **O iluminismo não chegou à luz**. Boletim 321 de Fev 2012. Disponível em: https://www.ibccrim.org.br/boletim_artigo/4546-EDITORIAL-O-iluminismo-nao-chegou-a-luz. Acesso em: 08 de março de 2019.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 8ªed. São Paulo: Cortez, 2014.

_____. **As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo: Trajetórias e desafios**. In: www.ts.ucr.ac.cr <texto base da conferência inaugural do XVIII Seminário Latino Americano de Escuelas da Trabajo Social: San José, Costa Rica, 12 de julho de 2004.

Marx, Karl. **O 18 Brumário de Luís Bonaparte** - Karl Marx. Escrito entre dezembro de 1851 a março de 1852. Disponível In: <http://www.culturabrasil.org/18brumario.htm>. Acesso em 16 de março às 01:44 horas.

MARX, Karl e ENGELS Friederich. **O Capital: crítica da economia política**. Vol. I. Apresentação de Jacob Gorender/ coordenação e revisão de Paul Singer/ tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo, 1996. Editora Nova Cultura.

MENDES, Alessandra Gomes **Residência multiprofissional em saúde e serviço social**. In: *Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica*. SILVA, L. B. Disponível in: R. Katál., Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan./abr. 2018 ISSN 1982-0259.

MATHIAS, Thiago: Canal YOUTUBE. (1:03). Publicado em 6 de jun de 2018 "Eu sou favorável à tortura, você sabe disso": Disponível em: www.youtube.com/watch?v=hGu2tzkfEo8>. Acesso em 01 mar de 2019.

PALOMBINI, Analice de Lima. e TSCHIEDEL , Rosemarie Gartner. **Aprender a gerir um Programa de Residência Multiprofissional: A cogestão na formação para o Sistema Único de Saúde.** In: Residências em Saúde e o Aprender no Trabalho: Mosaico de Experiências de Equipes, Serviços e Redes. FERLA, A.A [orgs]. Rede UNIDA, 1ª Edição: Porto Alegre/RS, 2017.

REIDEL, Tatiana. FERRUGEM, Renata Dutra. ALMEIDA, Manuela Nogueira, STEINGLEDER, Thaís Caroline. ROLIANO, Manuela, DEVIT, Tuane Vieira. **Formação e Trabalho dos/das assistentes sociais nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Hospitalar no Rio Grande do Sul.** In: CLOSS, T.T. BRANDÃO, V. M LIMA, J.F (Orgs). **Serviço Social e Residências em Saúde no Rio Grande do Sul.** Porto Alegre: Movimento, 2018.

ROLIM, Marcos. **Notas sobre aprovação da Lei e seu contexto.** In: 25 anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. / org: PAULON, S. M. [ET.AL]. – Porto Alegre: ALRS, 2018.

ROSSI, Pedro. DWECK, Esther. **Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação.** Cad. Saúde Pública 2016; 32(12).

SILVA, Regina Célia Pinheiro e ARIZONO, Adriana Davoli. **A Política Nacional de Humanização do SUS e o Serviço Social.** IN: Revista Ciências Humanas – Universidade de Taubaté/ UNITAL. Vol. 1 nº2, 2008.

SILVA, Letícia Batista; **Residência multiprofissional em saúde: um espaço de formação pelo trabalho,** In: CLOSS, T.T; BRANDÃO, V.M; LIMA, J.F. (Orgs). Serviço Social e Residências em Saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Movimento, 2018. P. 18-35.

SINDSEPER. **“Reforma Psiquiátrica não se discute, se cumpre”:** Audiência Pública debateu Política de Saúde Mental no RS. Matéria de Mariana Pires/Engenho Comunicação e Arte, publicada no site Jornalismo B Publicado em: 26 de maio de

2015. Disponível em:< <http://www.sindsepers.org.br/wordpress/?p=49>>. Acesso em 02 de mar. De 2019.

SPOSATI, Aldaíza. **Cidadania ou Filantropia: um dilema para o CNAS.** – relatório de pesquisa - Núcleo de seguridade e assistência social.

TIBURI, Márcia. **Como conversar com um fascista: reflexos sobre o cotidiano autoritário brasileiro.** 7ªed. Rio de Janeiro, Record, 2016.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 4ª.ed – São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Saúde e Serviço Social: tendências nos anos 2000.** Texto de subsídio para as palestras do Seminário Estadual na Saúde Promoção: DSS/UFSC, CRESS e SMS de Florianópolis Dias 29 e 30/03/2010.

_____. **A Prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez Editora, 2002.