

Barreiras da racionalidade neoliberal para a interprofissionalidade

Barriers of neoliberal rationality to interprofessionality

Barreras de la racionalidad neoliberal a la interprofesionalidad

Marina Peduzzi^(a)

<marinape@usp.br> 

^(a) Departamento de Orientação Profissional, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Avenida Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira Cesar. São Paulo, SP, Brasil. 05403-000.

O artigo em debate traz uma análise das contradições entre a abordagem de trabalho e educação interprofissional em saúde e o contexto da racionalidade neoliberal na América Latina, buscando contribuir na perspectiva crítica da interprofissionalidade.

Os autores apontam que o modelo denominado Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (EIPC) vem ganhando maior visibilidade, na última década, nos cenários mundial e latino-americano; nesse último, com a instalação da Rede Regional de Educação Interprofissional da Região das Américas (Reip), promovida pela Organização Pan-Americana da Saúde, em 2017. Mas cabe lembrar que a REIP inclui Estados Unidos e Canadá, que vêm desenvolvendo iniciativas nessa direção desde a década de 1990.

Os Estados Unidos lança, no ano 2000, o livro “*To Err is Human*”¹ pelo Institute of Medicine. Uma publicação marcante no cenário global e regional, pois apresentou a gravidade dos erros médicos e sua relação com as dificuldades de comunicação interprofissional e de trabalho em equipe de saúde, acarretando eventos adversos temporários, permanentes ou fatais. Esse movimento ampliou as análises dos erros profissionais, levando à compreensão de que eles decorrem de problemas dos sistemas locais ou nacionais; e a elaboração por parte da Organização Mundial da Saúde do Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente, tendo em vista o número alarmante de mortes anuais que decorrem de danos evitáveis aos pacientes².

Portanto, entende-se que a EIPC ganha destaque a partir do final dos anos 1990, como apontado no artigo em debate, com base em evidências de sua relação com a segurança do paciente e a qualidade da Atenção à Saúde. As propostas aparecem no cenário mundial, no regional e de cada país, associadas ao reconhecimento da complexidade da saúde e dos sistemas de saúde; das mudanças do perfil epidemiológico e demográfico das populações com aumento das doenças e condições crônicas; das mudanças de gestão dos serviços e sistemas de saúde segundo modelos participativos; e da constatação de que a formação profissional segue fundamentada no modelo tradicional uniprofissional que não atende às necessidades de renovação da educação para o século XXI³.

Portanto, há mudanças em curso que demandam EIPC e constituem uma tendência presente na Atenção à Saúde e na formação profissional, dada a relação recíproca entre trabalho e educação e sua reconhecida complexidade.

Nesse sentido, entende-se a EIPC como tendência mais do que como modelo, visto que ainda não foram alcançados consensos acerca dos construtos nucleares da proposta: trabalho em equipe, prática colaborativa, educação interprofissional. A imprecisão conceitual e dos termos utilizados compromete a própria EIPC, como vem sendo assinalado na literatura⁴, e configura uma incongruência, pois sua implementação requer alinhamento conceitual e pesquisa, que, por sua vez, demanda definição de termos para avançar.

Por outro lado, o movimento em torno da EIPC nas últimas duas décadas traz a contribuição de colocar na agenda dos sistemas de saúde a necessidade de investimentos na transição do trabalho e educação multiprofissional para o trabalho e educação interprofissional. O primeiro caracterizado pela justaposição das ações de saúde dos profissionais de diferentes áreas, e o segundo, pela busca de articulação e integração das ações por meio da comunicação efetiva e da colaboração interprofissional.

As mudanças em torno da EIPC no setor saúde decorre também do reconhecimento de que cada uma das áreas profissionais em saúde reúne saberes e intervenções de cuidado orientados para as necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidade. Os profissionais das diversas áreas da Saúde deixam de ser vistos como auxiliares do trabalho médico, e o conjunto dos profissionais busca construir parcerias com foco nas necessidades do usuário e da população.

Mas o reconhecimento cultural e simbólico do trabalho e da educação interprofissional, como analisado no artigo em debate, enfrenta, dentre outras, barreiras estruturais do modelo da racionalidade neoliberal que se expressam, de forma dialética, também nas interações e comunicação entre os sujeitos envolvidos nas práticas de saúde e na formação profissional, na presente análise, nos países da América Latina.

No contexto neoliberal dominante no setor saúde dos países latino-americanos, segue forte “*el primado de la biomedicina como concepción dominante de la salud*” (p. 6) e a organização das práticas de saúde “*bajo la influencia del enfoque de Nueva Gestión Pública que privilegia el criterio de eficiencia por encima del de justicia*” (p. 6), o que é contrário e inconsistente ao movimento da EIPC que busca construir o modelo de Atenção Integral à Saúde orientada pela integralidade do cuidado.

Como apontado no texto em debate, a lógica neoliberal move os serviços e sistemas de saúde segundo valores e princípios empresariais e configura uma nova subjetividade, transformando trabalhadores e profissionais de saúde em empreendedores e colaboradores. Os profissionais das diversas áreas da Saúde deixam de se perceber como trabalhadores, sujeitos sociais com direitos e deveres, e deixam também de se perceber como profissionais, portadores de capacidades que lhes facultam contribuir na produção da saúde e no enfrentamento do adoecimento, e aceitam ser denominados pelas empresas da saúde como colaboradores. A racionalidade neoliberal configura um processo de subjetivação que faz desaparecer o trabalho como ação dirigida a um fim, que no campo da Saúde diz respeito ao reconhecimento e à atenção às necessidades de saúde⁵.

Mas aqui reside uma contradição, além de incongruência, pois a prática colaborativa, presente no trabalho interprofissional, resulta do reconhecimento por parte dos agentes do trabalho e dos partícipes desse processo, como os estudantes, de que juntos é possível produzir mais e melhor Atenção à Saúde, portanto a colaboração interprofissional não é mandatória nem externa ao trabalho em saúde como ação coletiva. Os profissionais das diversas áreas da Saúde não cooperam porque lhes foi ordenado que colaborem, e colaborar é um ato voluntário⁶.

A denominação dos trabalhadores/profissionais de saúde como colaboradores das empresas veio acompanhada da configuração da narrativa do empreendedorismo, disseminada pelas agências econômicas ao longo das últimas quatro décadas de neoliberalismo. Essa narrativa configurou o trabalho como responsabilidade de cada indivíduo, sob a ameaça do desemprego, desconstruindo o reconhecimento legítimo do trabalho como responsabilidade do Estado e das empresas que asseguram a acumulação do capital, e agora segue o modelo flexível, sem gerar postos de trabalho⁷.

A segunda contradição analisada refere-se à formação dos profissionais de saúde segundo o modelo de competências na acepção funcionalista, com foco nas ações técnico-científicas prescritas e nos comportamentos que devem ser assimilados pelos indivíduos. Com isso, os autores do artigo indagam a adoção de parâmetros de competências de EIPC na ausência da reflexão crítica pertinente a cada cuidado à saúde e às condições de trabalho em que atuam estudantes e profissionais. Também questionam a formação por competências em

um contexto dominado pela racionalidade neoliberal, no qual a ampliação do escopo de prática de cada área profissional em saúde e as decorrentes sobreposições de competências, bem como a delimitação de competências comuns, poderiam contribuir para aumentar o processo de desregulamentação das práticas profissionais.

Sem dúvida, o enfoque predominante de competências no contexto do neoliberalismo econômico e cultural reproduz a dinâmica de divisão social do trabalho em saúde regida pela divisão de classe e pela separação das dimensões mais intelectuais e mais manuais no parcelamento do trabalho⁵. No entanto, entende-se que os marcos de competências interprofissionais mapeados⁸ podem ser adotados de forma crítica quanto às mudanças contemporâneas no mundo do trabalho⁷.

Por fim, destaca-se a contribuição do artigo em debate ao provocar a reflexão sobre a EIPC da perspectiva crítica ao neoliberalismo, o que merece um longo caminho de questionamentos para evitar a banalização da proposta de trabalho e educação interprofissional no cenário de empreendedorismo e de colaboração limitada a comportamentos prescritos.

Conflito de interesse

A autora não tem conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editor de debates

Sérgio Resende Carvalho

Submetido em

24/07/23

Aprovado em

08/08/23

Referências

1. Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is human: building a safer health system*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. doi: 10.17226/9728.
2. World Health Organization. Seventy-second World Health Assembly. Resolution WHA72.6. Global action on patient safety. Geneva, 20-24 May 2019 [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [citado 20 Jul 2023]. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf
3. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an independent world. *Lancet*. 2010; 376(9756):1923-58. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
4. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 6(6):CD000072. doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub3.
5. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. In: Ayres JRCM, Santos L, organizadores. *Saúde, sociedade e história*. São Paulo: Hucitec; 2017. p. 298-374. doi: 10.18310/978-85-66659-74-0.
6. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodríguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8:188. doi: 10.1186/1472-6963-8-188.
7. Filgueiras VA. “É tudo novo”, de novo: as narrativas sobre grandes mudanças no mundo do trabalho como ferramenta do capital. São Paulo: Boitempo; 2021.
8. Thistlethwaite JE, Dawn F, Matthews LR, Rogers GD, Steketee C, Yassine T. Competencies and frameworks in interprofessional education: a comparative analysis. *Acad Med*. 2014; 89(6):869-75. doi: 10.1097/ACM.0000000000000249.