

trabalho *necessário*

issn: 1808-799X

ano 5 - número 5 - 2007

artigo

Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde

Júlio César França Lima

Pesquisador LATEPS/EPSJV/FIOCRUZ

A referencia para a construção desse texto foi o trabalho em saúde e o recorte escolhido envolve duas temáticas: a difusão e consolidação do neoliberalismo no Brasil e a formação profissional em saúde. Ao discutir essas temáticas procuro responder algumas questões, entre as quais: quais as mudanças decorrentes do receituário neoliberal no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista particularmente a relação público-privado?; e qual formação profissional para qual SUS?

Em função dessas questões, inicialmente retomo o conceito de saúde tal qual foi sendo construído desde o final da década de 1970 e que chega aos anos 1980, apontando para a construção de uma proposta de política de saúde de cunho universalista, igualitária e com controle social. Depois, procuro mapear os obstáculos que o SUS teve de enfrentar para sua operacionalização, na década de 1990, e as mudanças que nesse período vão sendo operadas na concepção de educação profissional em saúde.

Anos 1980: formação e participação no SUS democrático

Para iniciar essa reflexão, considero que a melhor forma de fazê-la é revisitar o conceito de saúde a partir de uma entrevista que Sergio Arouca^[1] concedeu à revista *Radis* da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em outubro de 2002, e publicada posteriormente na revista *Trabalho, Educação e Saúde* no ano seguinte (Arouca, 2003). Arouca, intelectual e militante, foi uma das principais lideranças do que se convencionou chamar de movimento da reforma sanitária brasileira, na década de 1980, que protagonizou vitórias importantes, entre as quais, a inscrição na Constituição Federal de

1988 de que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, isto é, um bem público, de responsabilidade estatal e universal. Vitória importante, conquistada com a participação de um amplo leque de forças sociais no contexto da reconstrução democrática do país, que vai sendo reconfigurada nos anos de 1990.

Nessa entrevista, Arouca declara que a sua luta naquele momento, em 2002, era pela retomada dos princípios da reforma sanitária, pois na sua avaliação “a reforma acabou se resumindo à criação do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Paradoxalmente, ao operacionalizar o sistema os dirigentes dos diversos níveis de governo abandonaram seus princípios, reduzindo a reforma ao SUS, quando na sua origem, nos anos 1980, está imbricada com a perspectiva de reforma social, isto é, com a construção de um projeto de sociedade democrática de massas, que não se reduzia ao setor saúde como aponta Fontes (2006).

Além disso, com esse projeto de reforma que ia além da reforma setorial, o movimento não podia deixar de exigir também mudanças no conteúdo e na forma de pensar e fazer saúde. Isso vai se expressar na ampliação do conceito de saúde e na necessidade de reestruturação do processo de trabalho em saúde, a partir da redefinição do seu modelo assistencial. Por outro lado, essas mudanças passam a exigir também um novo compromisso ético-político dos trabalhadores de saúde[2] pautado fundamentalmente na questão da construção da democracia e na defesa da dignidade humana, assim como mudanças na materialidade das práticas e da formação em saúde.

Para o pensamento marxista na saúde, que se desenvolve na segunda metade dos anos 1970 e que nos anos 1980 vai influenciar o movimento da reforma sanitária, a saúde é definida como o resultado das relações sociais que os homens estabelecem em sociedade e destes com a natureza, no processo de produção de sua existência. E, particularmente, como produto das relações que os homens estabelecem com as formas de organização social da produção material, que permitem ou não maior qualidade de vida, acesso à alimentação saudável, à moradia, à educação, ao trabalho, ao lazer, a serviços de saúde, entre outros. Essa concepção de saúde define um processo no qual a própria doença não pode mais ser pensada ou reduzida ao corpo biológico. Exige-se considerar também o corpo socialmente investido, isto é, verificar como o corpo do homem se dispõe em sociedade antes de tudo como agente de trabalho, pelo fato de o trabalho definir o sentido e o lugar dos indivíduos na sociedade. Quem antecipa essas discussões na década de 1970, de forma muito clara, é Cecília Donnangelo no seu livro *Saúde e Sociedade* (Donnangelo e Pereira, 1976). Em sua análise, a autora discute o quanto o corpo, enquanto objeto do trabalho em saúde, só se realiza, mesmo como estrutura anatômica e fisiológica, por intermédio das qualificações ou determinações que adquire no plano da existência material e social.

Esta forma de entender a saúde está na base da perspectiva de reforma social, ou, da necessidade de uma reforma que não fosse apenas setorial, da mesma forma que do boom de estudos de epidemiologia social que se verifica no período. Agrega-se a isto o destaque que passa a ser dado à dimensão de historicidade das práticas de saúde, isto é, só podiam ser compreendidas no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento.

Do ponto de vista da prática educativa ou da formação profissional em saúde, essa nova concepção de saúde vai exigir uma nova concepção de educação, segundo a qual os trabalhadores deveriam ser educados não apenas para compreender o seu papel como membro de uma equipe de saúde, mas principalmente para participar da gestão do sistema, intervir na sua organização e atuar no seu controle. Quer dizer, o par 'formação-participação' é conseqüência direta do lema central do movimento da reforma sanitária, sintetizada na idéia *Saúde e Democracia*. A formação profissional é entendida aí como uma condição *sine qua non* para a própria participação, no sentido de qualificar a intervenção dos trabalhadores na definição e organização do sistema de saúde, aliando com isso, a dimensão técnica e a dimensão política na formação dos futuros dirigentes do sistema.

Essa questão está na origem das discussões então travadas em torno da concepção politécnica de ensino no âmbito do setor saúde e um dos motivos que, ao nosso ver, pode ter influenciado a definição constitucional inscrita no artigo 18, da Constituição Federal de 1988, de atribuir ao SUS a função de ordenar a formação de recursos humanos em saúde, que até aquele momento era responsabilidade exclusiva do Ministério da Educação. Essa concepção de ensino, tributária da tradição socialista, tem por objetivo permitir o domínio dos fundamentos das diversas técnicas utilizadas na produção, e não o mero adestramento em técnicas produtivas. "A noção de politecnicia diz respeito ao domínio dos fundamentos científicos das diferentes técnicas que caracterizam o processo de trabalho produtivo moderno. Diz respeito aos fundamentos das diferentes modalidades de trabalho" (Saviani, 1987, p. 17).

Essas idéias também estão na base da defesa que Arouca vai fazer na citada entrevista, de que é preciso discutir Saúde não como uma política do Ministério da Saúde, mas como uma função permanente do Estado. Daí aponta para o papel de sensor crítico que o setor deve exercer sobre as políticas econômicas e a liderança que deve ter no desenvolvimento de práticas que, no seu entendimento, ampliam a Reforma Sanitária, não a restringindo a uma reforma setorial mas que no limite tenciona e exige uma reforma societária.

O conceito fundamental que Arouca vai enfatizar nessa entrevista é o de intersectorialidade, uma das principais diretrizes do SUS. Para ele, essa noção deve servir

de base para o desenvolvimento de políticas públicas e práticas intersetoriais ou para o desenvolvimento local, integral e sustentável. Aponta que para a realização desse projeto intersetorial é necessário o estabelecimento de um governo que não seja um somatório de ministérios que disputam entre si os poucos recursos da área social, como indicam Paulani (2006) e Pochmann (2006), mas que tenha um projeto societário que permita a implementação de práticas intersetoriais.

Portanto, na década de 1980, são formuladas referências fundamentais para a construção-operacionalização do SUS, num contexto de ampliação dos espaços democráticos e de conquista de direitos, tanto no âmbito da saúde, como no da educação.

Anos 1990: a reforma do Estado e a universalidade do SUS

Entretanto, o SUS terá de enfrentar, na década de 1990, uma outra realidade. Podemos enumerar, com Arouca, as diversas conquistas legais que o setor saúde inscreveu na Constituição Federal de 1988, entre as quais, o princípio de universalidade, a partir do qual todo brasileiro tem direito à saúde; o dever do Estado em promover a saúde; a aprovação, em 1990, da Lei Orgânica da Saúde[3]; a consolidação das Conferências Nacionais de Saúde como fórum privilegiado de discussões e; a formalização dos Conselhos de Saúde com caráter deliberativo e representação de usuários, a partir da Lei nº 8.142/90. Essas vitórias foram sendo viabilizadas pelo próprio movimento sanitário, seja no interior do Estado, seja fora dele, nas instituições como a Fiocruz e em outros espaços institucionais, como as Secretarias de Saúde. Temos ainda a presença do movimento municipalista, que se torna cada vez mais forte junto com uma série de atores e movimentos sociais.

Em que pese a presença dessas forças sociais e suas conquistas, um número crescente de estudos começam a apontar a partir da segunda metade dos anos 1990, para duas questões: a privatização e a focalização no campo da saúde, que o SUS passa a enfrentar com o governo Collor. As análises apontam que a privatização na área ocorre de duas maneiras não excludentes mas complementares. Uma que, inspirado em Arouca, denomino de 'universalização do privado' e a segunda denominada por Correia (2000), de 'universalização excludente'.

A primeira forma é interna ao sistema, pois decorre da própria lógica do modelo assistencial do SUS, que privilegia a atenção hospitalar e que, na ausência do Estado nos diversos municípios brasileiros, terceiriza a assistência principalmente com a contratação do setor privado filantrópico, mas não só, e a de serviços de diagnóstico e terapia, para executar a atenção à saúde da população. Pela própria brecha constitucional, que considera o setor privado complementar ao setor público, este vai se consolidando e mantendo-se como o principal prestador da atenção hospitalar no país, reeditando a velha política do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social do ex-

Ministério da Previdência e Assistência Social (INAMPS/MPAS), na década de 1970, tão combatida pelo movimento da reforma sanitária, e incorporado ao Ministério da Saúde, em 1993. Não é por acaso que Arouca declara, na entrevista, que o Ministério da Saúde sofreu uma 'inampização', isto é, transformou-se em um grande comprador de serviços médicos, mantendo o setor privado da saúde como um grande mercado para a indústria de medicamentos e equipamentos médicos. Como diria Donnagello (1976), ampliando e mantendo a mercantilização da saúde, ou, realizando a mais-valia produzida em diversos setores industriais dentro do setor saúde. Por isso, Arouca é contundente quando diz que "o SUS como modelo assistencial está falido, não resolve nenhum problema da população" (2003, p.358).

Os dados relativos ao ano de 2002, não deixam dúvida quanto ao predomínio do setor privado na assistência hospitalar. De 7.397 hospitais existentes no Brasil, 65% estão sob o controle do setor privado. Mesmo considerando apenas os hospitais próprios e aqueles conveniados com o SUS, isto é, 5.933 hospitais, 58% são privados, e de 439.577 leitos hospitalares, 63% são leitos privados. O setor público predomina no âmbito da assistência ambulatorial ou na oferta da rede básica de serviços, que não é um setor lucrativo para a iniciativa privada. Assim, o que se verifica, ao longo do tempo, é de um lado, a ampliação da atenção básica, por meio do Programa Saúde da Família (PSF), financiado por intermédio do Piso da Atenção Básica (PAB), com base em um valor *per capita* nacional, que é multiplicado pela população da área, para custeio dos procedimentos - parte fixa, e por incentivos financeiros para implantação de vários programas, como Agente Comunitário de Saúde, Vigilância Sanitária etc. - parte variável. De outro lado, o financiamento da atenção hospitalar, de média e alta complexidade, sob a forma tradicional de procedimentos produzidos, um mecanismo que sempre foi denunciado como um espaço privilegiado de mercantilização (Ugá & Marques, 2005).

Nessa lógica mercantil, as instituições públicas cumprem o papel de atender às famílias pobres com alto risco de adoecimento e as empresas médicas ou agências seguradoras se tornam responsáveis pela assistência médica ou clínica e pelos procedimentos de alta complexidade, de maior lucratividade. Esta é uma das principais críticas que se faz à forma de financiamento das ações de saúde implantada pelo Ministério da Saúde através da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), que continua em vigor. Isto porque, de um lado, induziu fundamentalmente a oferta de uma 'cesta básica' pelos municípios, através de programas que podem ser considerados focais como o Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde (PSF/PACS), enquanto na outra ponta, a mercantilização, por intermédio do financiamento da assistência médica (Bueno & Merhy, 1997).

Esse formato parece configurar aquilo que Laurell (1994), denomina de 'privatização seletiva' em trabalho onde analisa a proposta do Banco Mundial para o setor saúde, em

1993. Para a autora, esta seria uma característica distintiva do processo de privatização em saúde nos países latino-americanos, no qual o setor público se torna responsável pela oferta de um pacote de serviços essenciais^[4], reservando ao setor privado os setores mais rentáveis da assistência clínica, considerando a relação custo/benefício.

A essa fórmula agrega-se ainda uma nova faceta, que é a introdução da forma neoliberal de gestão dos serviços públicos de saúde com a transformação dos hospitais públicos e outros serviços de saúde em agências privadas denominadas 'organizações sociais'. Em nome da modernização gerencial, entrega-se nas mãos de agentes privados, como as cooperativas médicas, os serviços de saúde, que são financiadas com recursos públicos. O exemplo mais dramático dessa política de corte neoliberal ocorreu na gestão Paulo Maluf, com a implantação do Plano de Assistência à Saúde (PAS), na segunda metade dos anos 1990 (Elias, 1999), em que toda a rede pública do município de São Paulo foi entregue às cooperativas de trabalho e os funcionários se tornaram cooperativados. Assim, ao mesmo tempo, elimina-se a figura do servidor público com a flexibilização e a desregulamentação das relações de trabalho, e compromete o serviço que antes era público com o faturamento, com a otimização da relação custo-benefício, com a quantidade e não com a qualidade da atenção prestada à população. Além disso, ainda temos uma forma de privatização que se dá no interior do próprio setor público, que é a terceirização de determinados setores, como os serviços de diagnóstico e terapia.

O segundo processo de privatização é a 'universalização excludente', que é consequência direta do subfinanciamento do SUS. As restrições financeiras que ao longo da década de 1990 foram reduzindo drasticamente o gasto público *per capita* em saúde no Brasil tiveram como consequência o sucateamento, a precarização crescente da rede assistencial pública existente e a baixa remuneração dos trabalhadores de saúde, o que resultou na expulsão – por isso excludente – de usuários potenciais do SUS.

Essa política de arrocho financeiro exerceu uma dupla função. A primeira é ideológica. A crise do setor saúde não é explicada como consequência do encolhimento do tamanho do Estado, da redução dos gastos sociais, da redução do gasto *per capita* em saúde, ou, como trata Leda Paulani, da expoliação dos recursos públicos. Muito ao contrário, a crise é explicada como decorrência da ineficiência do Estado, que gasta mal os poucos recursos que tem para aplicar na área social e em consequência da corrupção no interior do setor público. Então, nesses termos, o melhor a fazer é privatizar, entregando à iniciativa privada a administração da coisa pública, ao mesmo tempo em que transforma a racionalidade administrativa em elemento fundamental para sair da crise. Isso vai justificar a mudança da natureza jurídica dos serviços públicos, e contribuir para o desenvolvimento e expansão do mercado privado de planos e seguros de saúde.

Essa propaganda ideológica, que contou com a colaboração dos meios de comunicação de massa, diminuiu fortemente a adesão da população ao SUS e assegurou um patamar de demanda para os seguros privados de saúde, que explodiram durante os anos de 1990. E isto ocorreu porque o discurso ideológico combina-se com uma materialidade, que se expressa no fato da população chegar aos hospitais e não encontrar bons serviços, só precariedade e dificuldade de acesso: ausência de profissionais, filas intermináveis, falta de materiais e equipamentos, mal atendimento, agenda lotada etc. Uma situação que acaba produzindo uma sensação de que o 'serviço público é ruim mesmo'. É um processo sutil e importante, que paulatinamente vai mudando o sentido da saúde. De bem público de responsabilidade estatal converte-se em bem privado ou bem público não estatal. A saúde deixa de ter um caráter de direito universal de cujo cumprimento o Estado é responsável, para converter-se em um bem de mercado, que os indivíduos devem adquirir (Iriart et al, 2000).

Agrega-se a isso o fato de que desde a década de 1980 os estudos indicam que a demanda por serviço supletivo de saúde já é um componente implícito das negociações entre capital e trabalho. Essa demanda por assistência médica diferenciada, por formas de seguro e serviços próprios nas empresas, torna-se um item cada vez mais forte na agenda de negociação coletiva dos trabalhadores mais organizados, o que vai fragilizar ainda mais o modelo assistencial público e universal e fortalecer as diferenciações e as segmentações no acesso aos serviços de saúde, conforme o tipo de inserção no mercado de trabalho.

A segunda função é econômica, pela necessidade de o capital controlar e colocar os grandes excedentes de capital nas áreas de produção e serviços que antes estavam nas mãos dos Estados, configurando o desenvolvimento do que Armando Boito Jr. (1999) vai denominar de uma 'burguesia dos serviços'. Segundo alguns estudos apontam, a agenda do Banco Mundial para saúde vai se inscrever exatamente nessa ofensiva de recuperação de serviços sociais para as empresas privadas, propondo a remercantilização de tais serviços. Isso constitui um dos móveis de crítica que atualmente se faz ao Estado do Bem-Estar Social em todo o mundo, motivado pelo interesse em controlar o fundo público destinado ao setor saúde. Há dados que demonstram a importância da participação dos gastos em saúde no PIB nacional dos países capitalistas centrais. Desse ponto de vista, o próprio princípio de universalidade que se inscreveu na Constituição brasileira de 1988 é utilizado como justificativa para se ampliar a cobertura dos planos e seguros privados de saúde, já que o investimento público no país é precário.

Os dados sobre a composição do gasto em saúde no Brasil referente a 2003, retirados do estudo de Ugá & Marques (2005) ajudam a exemplificar essa questão. Elas demonstram que naquele ano o gasto público total com saúde foi da ordem de 42%, enquanto o gasto privado foi de 58%. Dos gastos privados, 20% equivalem aos gastos com planos e seguros de saúde e 38% ao gasto das famílias com medicamentos. Para as

autoras, esse padrão de financiamento da saúde no Brasil se aproxima muito mais do modelo liberal de tipo americano, em que o gasto público é equivalente a 44%, um pouco acima do Brasil, do que da estrutura de gasto dos sistemas nacionais de saúde de cunho welfariano, de acesso universal e integral, que inspirou o movimento da reforma sanitária brasileira e que estava na base do projeto de sociedade que se discutia nos anos 1980. No Reino Unido, na Dinamarca e na Suécia, o gasto público com saúde é, respectivamente, 97%, 84% e 78%, em sua maioria, financiados pelos impostos gerais.

O que se percebe é que à medida que se criaram as condições para a inclusão das camadas populares antes excluídas do sistema previdenciário, também se criaram as condições para que os trabalhadores melhor remunerados fossem expulsos de tal sistema e do SUS, o que obrigou-os a comprar os serviços do setor privado, incrementando, assim, a mercantilização da saúde e da previdência. Sobre esse último aspecto, Paulani (2006) diz que a imposição pelo Estado brasileiro de tetos de valor reduzido para os benefícios, primeiro para os trabalhadores do setor privado no governo Fernando Henrique Cardoso, depois para os trabalhadores do setor público no governo Lula da Silva, abriu imediatamente à acumulação privada todo o imenso território da previdência, sendo que o último governo ofertou-lhe o presente mais valioso, os servidores públicos, de salário médio mais elevado e praticamente sem risco de desemprego.

Para caracterizar o crescimento vertiginoso dos planos de saúde, recorro aqui a dois estudos. O primeiro de Pires (1998), aponta que, em 1988, dez milhões de pessoas, cerca de 10% da população na época, tinha plano de saúde e que esses planos representavam uma capacidade instalada de trezentas empresas. Em 1998, um levantamento do IPEA (*apud*: Bodstein e Souza, 2003), informa que o setor privado autônomo – esse setor privado integra seguradoras de saúde, cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo – acolhia, naquele ano, mais de mil empresas, movimentava cerca de 14 milhões de dólares por ano, o equivalente a 2.6% do PIB, e cobria aproximadamente 27% da população do país. Em 1996, segundo o estudo de Pires (1998), o faturamento das empresas de plano de saúde era em torno de 10 bilhões de reais, maior do que o de grandes empresas como a Volkswagen e a Ford juntas ou o dobro do faturamento da IBM. Face a esse crescimento vigoroso dos planos e seguros de saúde no Brasil, a questão central para o SUS se tornou a capacidade de regular esse mercado pelo Estado e sobre os critérios em que se dá a articulação público-privado na prestação de cuidados médicos, cujo marco foi a aprovação da Lei nº 9.656/1998. O debate gira em torno do questionamento sobre quanto de autonomia o mercado privado de saúde deve manter em relação ao Estado e não exatamente sobre a possibilidade de o sistema público de saúde prescindir da colaboração do setor privado (Bodstein e Souza, 2003).

Portanto, a proposta do SUS, construída sob a égide dos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social, confronta-

se ao longo dos anos 1990, por um lado, com o desfinanciamento, conseqüente ao ajuste das finanças públicas para a geração do superávit fiscal, o que acaba por subordinar, como refere Pochmann (2006), as políticas sociais e no nosso caso, a política de saúde, à economia, ganhando relevo as medidas de caráter compensatório e deixando em segundo plano o sistema de proteção social universal. Por outro lado, o SUS também vai se confrontar com a estagnação social de grandes contingentes populacionais, expressa no aumento da concentração de renda e a persistência das desigualdades sociais.

O impacto do receituário neoliberal incrementado pela associação da burguesia nacional com a internacional e a conseqüente superexploração do trabalho, como destacam Cardoso (2006) e Paulani (2006), sobre a saúde da população, pode ser verificado em dois exemplos muito perversos. Um muito visível para todos e outro absolutamente invisível aos nossos olhos. O elemento visível é a violência urbana, que presenciamos a todo o momento, no nosso cotidiano, e que é um fenômeno intimamente associado ao quadro de desigualdades que se instalou no país – não está associado à questão da pobreza, só isso não explica (Noronha et al, 2005). No ano 2000, só para termos uma pálida idéia, as causas externas, que incluem homicídios e agressões, foram a segunda causa de morte no país, quase empatadas com as neoplasias, configurando a violência como um grave problema de saúde pública, em todas as regiões do país. Ou seja, convivemos com doenças e/ou causas de morte de um lado, que são semelhantes ao quadro epidemiológico de sociedades capitalistas avançadas, como câncer, problemas de doenças do aparelho circulatório etc., e de outro lado, com doenças e/ou causas de morte que têm a ver com a desigualdade social.

O outro exemplo, invisível para a sociedade mas que está associado à desigualdade e à deteriorização das condições de moradia e alimentação nos grandes centros urbanos, principalmente Rio de Janeiro e São Paulo, é o recrudescimento dos casos de tuberculose, principalmente a partir de 1995. São casos que têm ocorrido, principalmente, na faixa etária de 20 a 59 anos, que coincide com o período de vida de maior atividade produtiva dos homens e que, ao contrário do que se acreditava, apenas um quarto deles tem associação com a AIDS.

Nesse quadro de agravamento das questões sociais, de sonegação de condições objetivas mínimas para a existência humana, o que pode prevalecer é aquilo que Severino (2006) denomina de niilismo axiológico. Isto é, de esvaziamento dos valores, de fim das utopias, da esperança de um futuro melhor, da incapacidade de construir projetos, predominando como únicos critérios o receituário neoliberal da eficiência e produtividade, veiculados nos anos 1990 pelas agencias financeiras internacionais, nomeadamente o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial. Segundo o estudo de Correia (2000), esse último organismo internacional propõe uma agenda da saúde aos países por

ele subsidiado agrupada em três pontos: 1º: criar um ambiente propício para que as famílias melhorem suas condições de saúde; 2º: tornar mais criterioso o investimento público em saúde; 3º: facilitar a participação do setor privado. Pelos dados apresentados acima, portanto, a análise leva a concluir que esses três pontos são viabilizados pela oferta de uma cesta básica, pelos municípios, às famílias pobres com maior risco de adoecimento, através do Programa Saúde da Família (PSF); pela racionalidade gerencial, defendida como uma das principais alternativas para sair da crise e exacerbada durante a gestão de José Serra no Ministério da Saúde, que Arouca (2003) denomina de fúria regulatória; e, por último, pela mercantilização da atenção hospitalar de média e alta complexidade, através da universalização do privado e da universalização excludente.

Entretanto, parece não haver consenso dentro do setor saúde sobre o caráter focal ou não da expansão da atenção básica, que têm como base o Programa Saúde da Família (PSF). Há uma tensão na relação focalização x universalização, o que leva algumas forças a disputar dentro do Estado a transformação dessa proposta em estratégia de implantação da universalização da saúde e, nesse sentido, como um requisito da universalidade ou forma de reorganizar o modelo assistencial. Para Arouca, por exemplo, o PSF pode ser visto de duas maneiras: como um programa paralelo, sem aderência ou organicidade ao SUS e, desse ponto de vista, focal, ou ser um modelo reestruturante do sistema de saúde, apoiado no conceito de intersectorialidade.

Formação Profissional em Saúde: concepções em disputa

Diante desse modelo de saúde, formalmente universal, mas que, ao contrário de universalizar a atenção pública, foi universalizando a atenção privada por meio do setor público; expulsando clientela potencial do SUS para os seguros privados, que acabam pagando duas vezes por um direito que o Estado tem o dever constitucional de conferir; e que tende a focalizar suas ações nos destituídos de renda através do SUS coletivo, como refere Bahia (2005), qual a educação profissional em saúde para qual SUS?

Antes de avançarmos, é importante situarmos a magnitude do 'mercado educativo' em saúde, que é outro filão de mercantilização que se expande pelo Brasil afora. Segundo levantamento que realizamos no Censo da Educação Profissional de 2002, temos, no Brasil, 995 estabelecimentos de ensino que oferecem 1.473 cursos de educação profissional em saúde. Esses estabelecimentos e cursos, em sua maioria, estão localizados na região Sudeste, certamente porque aí também se concentra o mercado de trabalho em saúde, configurando uma importante desigualdade regional na distribuição da formação profissional em saúde no país. Dos cursos oferecidos, 81% são da iniciativa privada, apontando para o caráter eminentemente privado da formação em todas as regiões brasileiras. Os principais cursos oferecidos são de auxiliares e técnicos de enfermagem (56%). Dos alunos matriculados em todos os cursos, 63% freqüentam cursos

noturnos, o que pode estar indicando que, em sua maioria, são alunos trabalhadores que não têm outra alternativa de acesso à educação profissional em saúde, senão após o expediente de trabalho (Lima et al, 2004).

Não conhecemos nenhum trabalho ou resultado de pesquisa que indique a qualidade desses cursos, o projeto pedagógico, a concepção de formação e de saúde etc. Mas o predomínio do setor privado de ensino e a precária qualidade dos cursos oferecidos, na década de 1980, particularmente na área de enfermagem, aliado ao grande contingente de trabalhadores sem formação atuando no setor público e à necessidade de expansão de cobertura do SUS decorrente do processo de municipalização da saúde, estão na base da organização e abertura das escolas técnicas do SUS, a partir de 1980, com o Projeto Larga Escala.

De fato, é a partir dessa iniciativa que o Estado assume progressivamente a responsabilidade pela educação profissional em saúde no país. Antes disso, a prática dominante dentro do setor público era o 'aprender-fazendo' na prática cotidiana e/ou por meio de treinamentos organizados por núcleos de formação e, depois, por meio de escolas de enfermagem dentro dos próprios hospitais – cada hospital tinha a sua escola para treinar/formar os seus trabalhadores.

Entretanto, com a ampliação da concepção de saúde realizada pela reforma sanitária e com a complexidade decorrente dessa ampliação, aliado ao progressivo processo de descentralização e municipalização da saúde, que se acelera nos anos 1990, isso não era mais possível. Já não bastava a experiência e o treinamento, era necessário organizar escolas técnicas de saúde para a formação e ampliação da consciência sanitária dos trabalhadores e dos futuros profissionais de saúde sobre os princípios da reforma e do projeto societário que ela enseja. Eles deviam ser educados não apenas para compreender o seu papel individual como membro da equipe de saúde, mas, principalmente, atuar coletivamente na gestão do sistema, na sua organização e controle. Portanto, uma perspectiva democrática, que associa formação e participação, encampada pelo Projeto Larga Escala, por meio de sua proposta de integração ensino-serviço. Um dos pressupostos dessa concepção pedagógica é a necessidade de uma 'relação permanente' entre a atividade didática e a prestação dos serviços, que sirva não só como substrato ao processo de formação, como a própria integração da escola com os serviços de saúde deve ser realizada na perspectiva de reorganização desses serviços com a participação dos trabalhadores.

Em que pese os limites e obstáculos que se colocaram para efetivação dessa perspectiva democrática de formação, que não pode ser dissociada dos próprios rumos que o SUS tomou a partir dos anos 1990; em que pese o difícil processo de afirmação e consolidação das escolas técnicas do SUS, a sua maioria vinculada às secretarias

estaduais de saúde e que viveram ao longo desse tempo ao sabor das conjunturas políticas, clientelistas etc., importa destacar que nesse período se verifica uma redefinição da concepção de educação do SUS. Aquela concepção abrangente, que aliava formação e participação para a construção coletiva de um sistema, dá lugar a uma concepção restrita, de cunho individualista e voltada prioritariamente para o local de trabalho, muito longe da perspectiva de intersectorialidade, defendida por Arouca. Isso se verifica mais recentemente, na definição de formação profissional inscrita na Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, como um “processo que sistematiza os conhecimentos técnicos e científicos por meio da educação profissional [...], com o objetivo de propiciar ao indivíduo o permanente desenvolvimento de aptidões, habilidades, competências específicas e posturas solidárias perante os usuários, para o exercício do trabalho e da educação a fim de inseri-lo nos setores profissionais” (Brasil, Ministério da Saúde, 2005, p. 32).

Parece-nos que esse fenômeno está associado à difusão da sociabilidade neoliberal que ao longo dos anos de 1990, principalmente a partir do governo FHC, difundiu-se no país e que do ponto de vista da formação humana, como sinaliza Severino (2006), opera a subversão do desejo, da vontade e do conhecimento, emulando uma suposta autonomia e suficiência do sujeito individual.

No plano educacional, essa ideologia se materializou, como demonstra o estudo de Ramos (2001), na adoção da pedagogia das competências, que conduz a uma abordagem individualizante da formação do trabalhador e o responsabiliza por sua empregabilidade. Uma noção que foi facilmente incorporada pelo setor saúde por um motivo, do meu ponto de vista, muito simples: porque ela destaca a imprevisibilidade do processo de trabalho. Como Ramos e outros autores já apontaram, essa noção surge do mundo do trabalho com a flexibilização e integração dos processos produtivos, que passam a valorizar a subjetividade e o saber tácito do trabalhador, passando a contrapor a partir daí a qualificação real adquirida no processo de trabalho à qualificação formal adquirida na Escola. Com isso, afirma-se a idéia de que a construção de aprendizados vai além da aquisição formal de conhecimentos academicamente validados e transmitidos pela escola, supervalorizando assim as experiências adquiridas no processo de trabalho, principalmente considerando as rápidas mudanças que se processam nos projetos de trabalho ou decorrentes dos eventos imprevistos que ocorrem com as novas formas de produção flexível.

O trabalho em saúde tem importantes similaridades com o conjunto dos trabalhos existentes na sociedade. Entre elas, o uso dos conceitos de administração científica e racional aplicados aos cuidados; é um trabalho coletivo, que tem como *locus* privilegiado de prática o hospital moderno; a incorporação crescente de equipamentos e tecnologias materiais; e o assalariamento do conjunto dos seus trabalhadores. Entretanto, é um

trabalho que tal qual o trabalho educativo se completa no ato de sua produção, particularmente no processo de cuidar; é um trabalho reflexivo, de difícil racionalização e normatização; alguns dos seus produtos tem a objetividade das mercadorias, porém não tem a universalidade de seu valor de uso, como por exemplo, uma chapa de raio-X, uma bota de gesso, etc; e opera cotidianamente com as incertezas decorrentes da indeterminação das demandas, com as descontinuidades e a necessidade de prontidão no atendimento. Uma de suas características, portanto, é sempre lidar com situações de emergência e imprevisto. Esta característica é determinada pelo próprio objeto de trabalho, que se materializa num corpo socialmente investido, um objeto histórico e variável.

Nessa medida, os trabalhadores de saúde devem ser competentes para agir em função de possíveis ocorrências não previstas do processo de trabalho em saúde. Não é por acaso que é um dos trabalhos sociais mais desgastantes, tanto do ponto de vista físico, como mental e emocional. Portanto, não é por acaso também que a noção de competência foi rapidamente assimilada pelo setor saúde, mas de forma absolutamente acrítica e ahistórica. No limite, a noção de competência com sua ênfase na experiência e nos aspectos subjetivos da prática, tende a desqualificar os saberes escolares e a escola, como agente que disputa a transmissão de conhecimentos, forçando-a a se adequar não às necessidades do educando mas às necessidades do mercado de trabalho, neste caso, o de saúde.

Ao contrário, acreditamos que o acesso dos trabalhadores ao conhecimento é uma das mediações fundamentais para a transformação da sociedade. Cardoso (2006), por exemplo, afirma que para ultrapassar o 'consenso'/consentimento/submissão, que é construído ideologicamente pelo poder, é necessário questionar os quadros de pensamento estabelecidos e essa luta ideológica não prescinde do acesso ao conhecimento, principalmente numa sociedade capitalista dependente como a brasileira. Frigotto (2006) aponta de forma muito clara, que se os conhecimentos científico, técnico e tecnológico são forças de dominação sob o capital, também são elementos de emancipação humana e são cruciais e necessárias a ela. Portanto, são alvos de disputa de projetos sociais antagônicos e condição *sine qua non* da sociedade socialista. Severino (2006) também salienta que o conhecimento é uma ferramenta fundamental que o homem dispõe para dar referências à condução da sua existência histórica e que o grande desafio que a escola deve enfrentar para superar a sociabilidade neoliberal vigente é simultânea e contraditoriamente, inserir os educandos nas malhas culturais de sua sociedade e levá-los a criticar e a superar essa inserção. Isto é, fazer um investimento na conformação das pessoas a sua cultura ao mesmo tempo que precisa levá-las a se tornarem agentes da transformação dessa cultura.

Portanto, essas questões apontam para a luta teórica e ideológica que está posta para todos aqueles que militam na educação e na saúde. Se no campo educacional a luta

passa, como diz Frigotto, pela afirmação do caráter estratégico e prioritário do direito à educação escolar básica, unitária, politécnica ou tecnológica, no campo da saúde a luta central é pela afirmação do direito à saúde no espaço político e no espaço escolar.

A argumentação do Banco Mundial que fundamenta a necessidade de privatização dos serviços de saúde, como salienta Laurell (1994), parte da definição de que a saúde é um bem privado, porque é consumido por indivíduos privados. É toda uma construção lógica que, junto com outras justificativas, tem o propósito de destruir o conceito dos direitos sociais e, particularmente, o direito à saúde, pois é uma condição indispensável da privatização e da mercantilização dos serviços de saúde, visto que, a rigor, não é possível reconhecer esse direito sem especificar simultaneamente as correspondentes obrigações sociais e públicas.

No seu artigo, Laurell nos dá ferramentas para avançarmos essa discussão. Ela diz que o fato de um bem ou serviço ser consumido pelos indivíduos privadamente, não impede, em absoluto, que seja considerado de interesse público e garantido pela sociedade através do Estado.

Antes, ao contrário, as liberdades e direitos dos cidadãos, princípios fundantes das sociedades modernas, têm caráter público com independência de que sejam exercidos ou gozados individualmente, porque representam valores éticos compartilhados e prioridades sociais democraticamente fixadas. Dado que a saúde diz respeito diretamente à preservação da vida e ao desenvolvimento de capacidades humanas, se pode ademais sustentar que é uma necessidade humana básica, em sentido estrito. Por isso, todo ser humano deveria ter direito a satisfazer essa necessidade. Um direito que só pode ser garantido mediante a ação pública, particularmente nas sociedades marcadas por profundas desigualdades, como são as sociedades latino-americanas (op. cit., p.17).

Bibliografia

AROUCA, Sérgio. Entrevista. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, v.1, n.2, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003, p.355-361.

BAHIA, Ligia. O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N. S. & GERSCHMAN, S. & EDLER, F. C. (orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p.407-449.

BODSTEIN, Regina & SOUZA, Rosemary Gonçalves de. Relação Público e Privado no Setor Saúde: tendências e perspectivas na década de 90. In: GOLDENBERG, P. & MARSIGLIA, R.M.G. & GOMES, M.H.A. (orgs.). *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 289-309.

BOITO JR., Armando. *Política neoliberal e sindicalismo no Brasil*, São Paulo: Xamã, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BUENO, Wanderlei Silva & MERHY, Emerson Elias. *Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?* Documento produzido para a 10ª. Conferência Nacional de Saúde. <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>

CARDOSO, Miriam Limoeiro. Sobre as Relações Sociais Capitalistas. In: LIMA, Júlio C. F & NEVES, Lucia M. W. (orgs). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, p. 25-66.

CORREIA, Maria Valéria Costa. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

DONNANGELO, Maria Cecília F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades. 1976, p.13-68.

ELIAS, Paulo Eduardo. PAS: um perfil neoliberal de gestão do sistema público de saúde. *Estudos Avançados*, v.13, n.35, jan/abr, 1999, p. 125-137.

FONTES, Virginia. Sociedade Civil no Brasil Contemporâneo: lutas sociais e luta teórica na década de 1980. In: LIMA, Júlio C. F & NEVES, Lucia M. W. (orgs). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, p.201-240.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Fundamentos Científicos e Técnicos da Relação Trabalho e Educação no Brasil de Hoje. In: LIMA, Júlio C. F & NEVES, Lucia M. W. (orgs). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, p. 241-288.

IRIART, C. & MERHY, E.E. & WAITZKIN, H. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(1):95-105, jan-mar, 2000.

LAURELL, Asa Cristina. La salud: de derecho social a mercancía. In: LAURELL, A. C. (coord.). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México: UNAM-Xochimilco, 1994, p.9-31.

LIMA, Júlio César França et al. Educação Profissional em Saúde: uma análise a partir do Censo Escolar 2002. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise*. vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 203-222.

LIMA, Júlio César França & NEVES, Lúcia Maria Wanderley. *Fundamentos da educação escolar no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

NORONHA, J.C.de & PEREIRA, T.R. & VIACAVA, F. As Condições de Saúde dos Brasileiros: duas décadas de mudanças (1980-2000). In: LIMA, N. S. & GERSCHMAN, S. & EDLER, F. C. (orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p.153-192.

Paulani, Leda. O projeto neoliberal para a sociedade brasileira: sua dinâmica e seus impasses. In: LIMA, Júlio C. F & NEVES, Lucia M. W. (orgs). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, p. 67-107.

PIRES, Denise. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998.

Pochmann, Marcio. Economia brasileira hoje: seus principais problemas. In: LIMA, Júlio C. F & NEVES, Lucia M. W. (orgs). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, p. 109-132.

RAMOS, Marise Nogueira. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001.

SAVIANI, Dermeval. *Sobre a concepção de politecnia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Politécnico da Saúde Joaquim Venâncio, 1987.

SEVERINO, Antonio Joaquim. Fundamentos Ético-Políticos da Educação no Brasil de Hoje. In: LIMA, Júlio C. F & NEVES, Lucia M. W. (orgs). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de

Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, p.289-320.

UGÁ, Maria Alicia D. & MARQUES, Rosa Maria. O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. S. & GERSCHMAN, S. & EDLER, F. C. (orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p.194-233.

[1] Sergio Arouca foi presidente da Fundação Oswaldo Cruz no período 1985-1988. Na sua gestão foi criada a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, em 1985, onde esse autor trabalha. Foi deputado federal eleito em dois mandatos consecutivos e candidato a vice-presidência da República pelo Partido Comunista Brasileiro. Faleceu em 2003.

[2] Para uma discussão sobre os “Fundamentos Ético-Políticos da Educação no Brasil de Hoje”, consultar Severino (2006).

[3] A Lei 8.080/90 disciplina a descentralização político-administrativa do SUS, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. A Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

[4] As responsabilidades do Estado na área de saúde, de acordo com o Banco Mundial (1993), seria de produzir bens públicos em sentido restrito, ou seja, bens que se baseiam em critérios de não exclusividade – todos se beneficiam das medidas, tais como controle de vetores – e de não rivalidade – o seu uso não exclui o uso de outra pessoa, como certas informações -, o que para Laurell, esvazia a categoria de público de todo conteúdo histórico, valorativo e ético. Além disso, se responsabilizar por ações de grande externalidade como as campanhas de vacinação, a regulação e informação para contrarrestar as imperfeições do mercado, e ações com alto rendimento de custo-benefício para aliviar a pobreza crítica, que iram conformar o pacote de serviços essenciais.

[volta](#)