



10

A EDUCAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE SOB A ÉGIDE DA PRODUTIVIDADE

Isabel Brasil Pereira

Parte da incessante busca de explicitar questões da conflituosa e contraditória relação trabalho, educação e saúde, este texto tem por finalidade refletir sobre a crescente potencialização de características do trabalho produtivo na saúde.¹ Com este objetivo, interrogamos: Qual a expressão atual da formação histórica capitalista em que ocorre a potencialização do caráter produtivo no trabalho improdutivo e de produção imaterial da saúde? De que formas e maneiras ocorre esta potencialização? Quais são as inflexões na formação do trabalhador da saúde? Que estratégias podem ser implementadas na formação em saúde como contraponto à educação para o capital?

¹ A respeito da pertinência do trabalho produtivo, como categoria, para se refletir formas cada vez mais visíveis no trabalho em saúde, argumenta Isabel Brasil Pereira (2007): “Nas análises marxianas, os conceitos de trabalho produtivo e trabalho improdutivo, e o próprio valor útil de trabalho são analisados pela forma social do capital, não tendo como fundamental o seu conteúdo”. Ressalta a autora que o trabalho em saúde possui, como todo trabalho, características específicas e universais. Como característica universal, inserido nas relações capitalísticas, contém o seu duplo caráter, manifestado como trabalho concreto e trabalho abstrato. Além disso, o trabalho produtivo para Marx é o que “no sistema de produção capitalista” produz mais-valia para o empregador ou que transforma as condições materiais de trabalho em capital. E, ainda, que se configure como produção imaterial e trabalho improdutivo na relação profissional da saúde/sujeito a ser cuidado, o trabalho em saúde, exercido em instituições privadas, gera mais-valia para os proprietários das empresas, caracterizando-se na relação profissional da saúde/dono do estabelecimento privado.



Não ignoramos que a educação destinada aos trabalhadores da saúde, na formação histórica que é o capitalismo, é marcada pela divisão social do trabalho, pela adaptação, pela dominação e apropriação de conhecimento e práticas de saúde desenvolvidas pelas classes subalternas. Como sabemos, essa apropriação seletiva, foi e é respaldada pela escolaridade, e pela regulação do trabalho. Educação e regulação que vão, por esse ângulo, atender à plasticidade do capital – à sua dinâmica no processo de acumulação, envolvendo a apropriação, e submissão à sua égide, do desenvolvimento científico e tecnológico e as formas de organização do trabalho – que conserva, embora com reconfigurações na relação tempo-espaco, as classes sociais, a exploração do trabalho e a produção de valor.

Ao mesmo tempo, pode-se também afirmar

a existência de projetos de educação coletiva, em que a formação do trabalhador das classes subalternas não se pauta pelo ideário da dominação e adaptação. Projetos promissores, apesar de equívocos e ilusões quanto aos limites e possibilidades da educação em uma sociedade capitalista. (Bueno, 2008: 236)

São projetos contextualizados, historicamente, colocando em cena, de maneira clara e nítida, o homem como construtor da história, da sociedade e da política. A existência de projetos contra-hegemônicos de educação do trabalhador desvela as possibilidades de resistência (reação e criação) geradas no embate entre capital e trabalho, entre cultura civilizatória e cultura da barbárie, entre emancipação e adaptação (como forma resultante da alienação).

Diante das observações já conhecidas, aqui mencionadas, uma questão é sempre necessária: O que a educação dos trabalhadores da saúde destinada à emancipação, hoje, e em particular no Brasil, tem como impedimentos principais? Emancipação entendida no patamar de uma compreensão por parte do trabalhador da lógica a que é submetido pela sociedade administrada a favor do capital. Educação, portanto, como contraponto e como resistência ao existente.

O ponto de partida para essa questão é entender que a determinação desses impedimentos está nas relações sociais capitalísticas. Mas, tendo isso como premissa, como contribuir para a negação do projeto do capital e ao mesmo tempo vislumbrar possibilidades contra-hegemônicas na formação dos trabalhadores da saúde?

Para não cairmos em um idealismo ingênuo, convém avisar que tais reflexões não ignoram os limites da educação. Dito de outra maneira, não se pode perder de vista o conceito de totalidade, a idéia crítica central, ou seja, de que o capitalismo é um sistema-mundo, um conjunto global de relações – econômicas, políticas, científicas, culturais etc., em que há, cada vez mais, a dimensão prática e imaginária da



ideologia, que deve ser levada em conta, sempre, para que não pague o preço de se endossar mitos, fetiches e manipulações dos fatos e dados do real.

Neste caminho, sem perder as especificidades do trabalho na saúde e as contradições da relação trabalho e educação inserida nas características atuais do contexto econômico, político e social, estão sempre em pauta a violência, a exclusão e a inclusão forçada² promovida pela modernização conservadora e dependente do capitalismo no Brasil, em décadas recentes.

A EXPRESSÃO ATUAL DO CAPITALISMO E O TRABALHO EM SAÚDE

Ainda que sem pretensão de esgotar e mesmo de apresentar uma análise satisfatória sobre as relações capitalistas hoje, lembremos que o caráter de trabalho produtivo na saúde é instituído nas relações de produção e de reprodução do capitalismo. A potencialização deste caráter em atividades de produção imaterial e no trabalho improdutivo na saúde fortalece e é fortalecido pela crescente privatização da saúde, e pelo processo de formação dos trabalhadores sob lógica do capital humano³ e da empregabilidade.

Com isso, também o corpo humano e a saúde, pública e privada, entram na esfera do mundo da mercadoria, pela via concreta e simbólica, direta e imaginária, dissolvendo as diferenças e distâncias que poderiam separar o público e o privado, as formas de controle social e a relativa autonomia dos indivíduos. Não por acaso, enfatizam-se os ângulos sensacionais, tecnológicos, ultramodernos, caros e sofisticados, dos procedimentos médicos e cuidados com a saúde, em detrimento dos projetos públicos, nada espetaculares, mas atingindo a maioria da população de trabalhadores pobres do país, com uma constância implacável reduzidos a abstrações na matemática financeira e fiscal, desumanizada e desumanizadora, que define as recentes políticas econômicas como inserção subalterna do Brasil nos parâmetros ditados pelo Consenso de Washington e pelos interesses globais do capitalismo avançado. (Pereira, 2002: 192)

Assistimos, com os capitais financeiros voláteis ignorando fronteiras, nações e culturas regionais, a lógica objetiva e direta do mundo do mercado e da mercadoria querendo definir o todo da vida social, prática e simbólica, concreta e imaginária. Daí o debate em torno do enfraquecimento, ou mesmo inutilidade, do próprio

² A respeito da expressão 'inclusão forçada', ver Virginia Fontes, 2005: 327.

³ A respeito do conceito de 'capital humano', ver Gaudêncio Frigotto, 1986.



Estado-nação ou das políticas nacionais diante do capital sem pátria, buscando apenas o máximo lucro e eficiência, sem considerações de ordem nacional, política ou cultural. A conseqüência direta do enfraquecimento do Estado-nação, em países pobres, dependentes e de modernização tardia e desigual, como é o caso do Brasil, é lançar à selvageria impessoal do mercado e da mercadoria milhões de trabalhadores pobres, com pouca escolaridade e qualificação profissional, manipulados pela comunicação de massa, sem uma rede adequada de proteção social garantida pelo Estado.

Por via direta de conseqüência, o Estado-nação enfraquecido e dependente, subalterno e atrelado à lógica global da especulação financeira, resulta em políticas de teor público na saúde, na educação, na tecnologia, na indústria, na agricultura etc., também enfraquecidas. Ou, ao que estamos também assistindo no processo veloz da dinâmica do capital, as tentativas cada vez mais em cena de produção de consenso sobre um processo de privatização do Estado, não enfraquecido do ponto de vista de ser capaz de financiar os interesses dos setores privados. Sem esquecer que as determinações mais amplas da economia e da política afetam, de maneira direta e incisiva, a vida cotidiana dos que trabalham, no campo e na cidade. No caso, diminuindo o campo do possível, empobrecendo a vida, diminuindo os horizontes da liberdade e da emancipação. Ou seja, reduzindo a imensa maioria dos trabalhadores à luta direta e diária, incessante, pelo básico para sobreviver, para não perder o emprego. Não poderia ser mais direta – lembremos aqui uma vez mais Marx – a distância que agora separa o reino das carências e necessidades humanas básicas e o reino possível da liberdade, da emancipação humana como horizonte do desenvolvimento material e técnico da sociedade.

Em grande parte, como o demonstram Paul Hirst e Grahame Thompson (1998), trata-se de mitos envolvendo a própria globalização da economia, pois ainda há fortes bases nacionais e regionais dos investimentos e das concentrações de corporações financeiras e industriais, sobretudo nos Estados Unidos, na Alemanha e no Japão. E, por via de conseqüência, uma concentração muito menor nas áreas periféricas do capitalismo, como o Brasil e a América Latina, a Índia e a África. Bem ao contrário de uma 'livre' circulação de capitais e de investimentos financeiros, de forma 'democrática', em todos os quadrantes do planeta. (Pereira, 2002: 28)

Se há um jogo desigual da concentração e distribuição dos capitais financeiros voláteis, também há uma distribuição desigual dos ganhos tecnológicos e competitivos postos pela globalização. Seus defensores lembrariam que a competição tecnológica tende a ser benéfica, tanto para a sociedade quanto para os trabalhadores,



melhorando a qualidade das mercadorias e serviços, a qualificação profissional dos envolvidos, assim como sua participação na renda nacional bruta, que também tenderia a ser mais bem distribuída. Seria, se não fosse a comprovação, empírica e direta, de que na realidade as coisas não acontecem assim. Indo um pouco além, a nova ordem econômica global não supera, apenas repropõe, em outros termos, as heranças coloniais dos países pobres do Terceiro Mundo e da periferia do capitalismo.

É bom avisar que, na última década do século XX, apesar da ascensão do ideário neoliberal, há rejeição às teses e às iniciativas de privatização e de terceirização de ações nos serviços públicos, especialmente na assistência à saúde no âmbito hospitalar (Brasil. MS, 1998: 16) por trabalhadores da saúde, retratada em documentos originados de debates travados em fóruns coletivos.

Rejeitar políticas e iniciativas de privatização ou terceirização que, a pretexto de 'enxugar' o aparelho estatal, reduzem investimentos e limitam o alcance das políticas públicas (...) Defender o combate ao perverso projeto neoliberal e à implantação do Estado mínimo (...) Exigir a retirada de todas as propostas de cunho neoliberal, constadas nos projetos de Reforma Administrativa, incluída a regulamentação das 'organizações sociais' (...) Apoiar a manutenção dos princípios da estabilidade para os servidores. (Brasil, 1998: 15)

O retratado acima, portanto, é registro de que há, por parte de representações da saúde, integrantes da sociedade civil, uma da rejeição às reformas implementadas no Estado brasileiro. Reformas estas que traduzem tendências mundiais em relação ao papel do Estado no capitalismo, sustentadas com base na premissa de esgotamento do mesmo como provedor de bens e serviços públicos sem o apoio do privado. Esse esgotamento, como nos ajuda a entender Santos (2000: 10):

Estaria associado, ou seria consequência, de uma crise pela qual o Estado passa que é antes de tudo uma crise fiscal, a crise dos seus meios de financiamento. Então, há aí uma concepção inicial de que o Estado não é mais capaz de sustentar os serviços públicos que ele vinha prestando. Ele está estrangulado por falta de meios. E no momento que o Estado não tem meios, ele precisa também rever os seus fins. Esse é talvez o mote principal do processo de reformas, porque é a partir dessa verdade que vem do alto como uma revelação divina que tudo o mais se justifica, a partir dessa noção de crise do Estado se questiona o próprio papel do Estado de Bem-Estar Social.

Como sabemos, as políticas – traduzidas na maioria das vezes em Programas – chamadas a responder às demandas do processo de globalização do capital, foram batizadas no final dos anos 1980 como Consenso de Washington.



O Consenso de Washington (*Washington Consensus*) é um termo cunhado pelo economista inglês radicado nos EUA John Williamson, em 1989, e sistematizado por ele durante seminário – bancado pelo governo americano – na capital do país em 1993. O alvo imediato foi a América Latina, que seria, nas palavras do economista, cativa de uma ‘estrutura mental dos anos 60’ – ligada a um modelo estatista, autárquico e protecionista de desenvolvimento. ‘Os dez itens de mudanças preconizadas pelo economista inglês convergem com o receituário do FMI, Bird e BID: privatizações, controle das contas públicas, desregulamentação e abertura aos mercados internacionais, entre outras medidas.’ (Soares, 2001)

O aprimoramento do controle político e econômico dos países hegemônicos sobre a América Latina durante os anos 1990 pode ser analisado pelos programas impostos como via única de acesso ao mundo da economia globalizada. Como nos ajuda a entender Soares,

Embora alguns componentes desses programas tenham variado ao longo do tempo, são cinco os seus eixos principais: 1. Equilíbrio orçamentário, sobretudo mediante a redução dos gastos públicos; 2. abertura comercial, pela redução das tarifas de importação e eliminação das barreiras não tarifárias; 3. Liberalização financeira, por meio da reformulação das normas que restringem o ingresso de capital estrangeiro; 4. Desregulamentação dos mercados domésticos, pela eliminação dos instrumentos de intervenção do Estado, como controle de preços, incentivos etc; 5. Privatização das empresas e dos serviços públicos. (Soares, 1996: 23)

Indicadores oficiais, produzidos por instituições ligadas aos sistemas dominantes de poder, indicam a crueza da transição: de países dependentes para países inseridos de maneira subalterna no sistema-mundo do capitalismo, na nova divisão internacional do trabalho e no acesso à linha de frente das inovações tecnológicas, vitais para as economias e Estados nacionais, o que antes se chamava Terceiro Mundo vê aguçadas suas disparidades sociais, com o aumento da miséria, da concentração de riqueza, do desemprego, da violência urbana, e aumento também das doenças, psíquicas e somáticas, associadas à superexploração do trabalho, à competição ilimitada.

Tome-se como exemplo de análise crítica desse processo de competição ilimitada – que promove uma espécie de guerra de todos contra todos, à custa dos mais fracos, dos menos adaptados e, em geral, da saúde dos trabalhadores –, a associação que Christophe Dejours faz entre a atual ‘banalização da injustiça social’ e a análise, já clássica, de Hannah Arendt sobre ‘a banalidade do mal’, quando do julgamento em Jerusalém de Eichmann. Ou seja, um modelo de competição e de busca pela ‘qualidade total’ que é cego para suas conseqüências sociais, ao promover a

competição ilimitada, a aceitação da injustiça, da violência e do sofrimento no trabalho, e uma noção individualista de disciplina e necessidade, naturalizando um processo que é, em todas as suas etapas, histórico e situado na imanência do tempo histórico (Dejours, 1999).

Note-se que a premissa de redução de gastos públicos, fundamental nas políticas neoliberais, orientou reformas em países como o Reino Unido e a Nova Zelândia e também o Brasil. Como exemplo, citemos as metas de ‘superávit primário’ (como a acordada pelo governo brasileiro para 2000, quando foi estipulado como meta um superávit de ‘33 bilhões de reais’) para a “sustentação de compromissos com o pagamento de encargos da dívida pública”. Portanto, trata-se de reduzir gastos públicos. A moral é límpida: o governo ‘economiza’ à custa do sofrimento da Nação, deixando de investir em práticas sociais, como Educação e Saúde.

Junto com outras formas de ‘retração’ do Estado, entra em cena a contratualização, ou *contracting out*, que se caracteriza por atividades que são dever do Estado, mas que podem ser desenvolvidas por empresas privadas. Esta forma de contratualização, em que o Estado comparece apenas como financiador, tem sido adotada por países que sofreram reformas administrativas de cunho neoliberal no aparelho de Estado.

Esse processo de contratualização tem sido identificado na doutrina internacional como condizente com um tipo de Estado que é o chamado ‘Estado Mínimo Comprador’. O Estado só tem cabeça, não tem braços, nem pernas. E a cabeça está em cima de um grande cofre. A cabeça manda abrir o cofre, tira o dinheiro e dá para quem executa o serviço. (Santos, 2000: 16)

O Estado mínimo comprador pode não só produzir uma administração enjaulada, como também, alerta ainda Santos, se transformar no modelo conhecido como Modelo Sem Cabeça (*headless chicken*, ou, literalmente, ‘galinha sem cabeça’). Este modelo, que terceiriza atividades e se quer um comprador em escala mínima, não tem capacidade de fiscalizar ou regulamentar. Assim, ressalta o referido autor, o que se apresenta como modelo de eficiência gerencial e economia de recursos públicos apresenta dois problemas importantes: uma espécie de engessamento do sistema, que pode ir acompanhado de anomia social, tirando a iniciativa dos agentes e sujeitos envolvidos no processo. “O Brasil, infelizmente, tem caminhado no rumo da contratualização, de maneira perigosa. E tende a permitir que se instale uma administração *Headless Chicken*, em função de não estar adotando as cautelas necessárias” (Santos, 2000: 16).



Para o movimento de instituição do modelo neoliberal e do Estado mínimo comprador, é fundamental a formação de consenso. A finalidade é promover mudanças de comportamento no indivíduo e na sociedade. Mudanças essas afinadas com a noção de conseqüentes desdobramentos a favor da privatização, fazendo parte desta o financiamento pelo Estado de ações que serão executadas pelos setores privados. Nesse sentido, uma das alterações constatadas é a idéia de que os gestores públicos passem a agir com a lógica da gerência privada. “O que acontece é que, com essa mudança, a relação entre a entidade e o seu usuário também muda. E aí ele deixa de ser um simples cidadão, passando a ser o cliente daquela instituição, ou cidadão usuário, o que traduz uma visão privatista da relação do cidadão com o Estado” (Santos, 2000: 14).

A formação de um consenso sobre a qualidade da iniciativa privada para o ‘cliente’ é um processo ao mesmo tempo muito sofisticado e violento, que desqualifica a fundo toda a noção de serviço público que caminhe em alguma direção geral, coletiva e solidária, fazendo para isso largo uso dos meios sociais de comunicação de massa.

Na outra ponta do processo, a violência é sentida na vida cotidiana e no mundo do trabalho, mesmo que os sujeitos envolvidos não percebam, de fato e a fundo, o sentido do mal que os aflige. Ou seja, a miséria, os salários de fome, o desemprego, a falta de empregos estáveis, a redução de direitos duramente conquistados, vai acompanhada de toda uma ideologia voltada para o *glamour*, o espetáculo de massa, o sucesso, a riqueza fácil e farta, cujo cimento é o sujeito fragmentado, isolado, desorganizado, posto numa roda-viva que não entende, que não domina e que considera impossível de mudar. É nessa esfera, muito profunda e complexa, que se pode pensar a oposição entre Estado – capaz de prover o bem-estar das necessidades básicas e mais importantes de seus cidadãos – e empresa privada – como modelo gerencial e competitivo, voltado para a acumulação privada de riqueza e a promoção do sucesso de uma minoria, agressiva e adaptada, em detrimento de todo o resto.

No caso da Saúde, a privatização é reforçada também em lei, na medida em que

O artigo 199 da Constituição fortalece a idéia, promulgando que a assistência à Saúde é livre para a iniciativa privada. Claro que se é livre, o Estado pode pagar e comprar esses serviços, ficando em segundo lugar o aspecto de que na saúde a atividade de setor privado é complementar ao público. Mas, o modelo passa batido sobre esse aspecto e se apegua no resto. A partir daí fica mais fácil, nessas atividades de serviços não exclusivos, não ter órgão público, hospital público, nem instituições





públicas. O modelo, portanto, passa por uma premissa: que nessa área o Estado como tal é descartável e pode ser substituído pelo setor privado. (Santos, 2000: 14)

Entendendo o capitalismo como formação histórica e que o processo de sua continuidade requer que seus arautos pensem reformulações também nas estratégias da sua manutenção, algumas reconfigurações são propostas com base em críticas ao que se chamou de Consenso de Washington. Como exemplo dessas propostas (retratado pela imprensa no Brasil), nos remeteremos ao fato de que no ano de 2001 uma comissão de especialistas reunida pelo Fundo Carnegie para a Paz Mundial (Ceip) e o Diálogo Interamericano (IAD), ambas as instituições de pesquisa de grande influência nos Estados Unidos, redigiu um documento batizado de Dissenso de Washington, mediante o reconhecimento de que o chamado Consenso de Washington não atingiu o “combate à pobreza e a busca de equidade” na América Latina.

A principal responsável pelo trabalho é Nancy Birdsall, que foi vice-presidente executiva do BID e agora (2001) é diretora do projeto Carnegie de Reforma Econômica. Especialista em pobreza na América Latina, de seus tempos no BID. Além de Nancy Birdsall, o trabalho foi preparado também por Augusto de La Torre, assessor para a América Latina e caribe do BIRD e ex-presidente do Banco Central do Equador, e por Rachel Menezes, pesquisadora do Diálogo Americano. A Comissão criada para a promoção à reforma nos moldes do estudo inclui funcionários do FMI, a economista brasileira Eliana Cardoso, o primeiro-ministro do Peru, Roberto Daniño, o senador chileno Alejandro Foxley e o ex-presidente boliviano Gonzalo Sánchez de Lozada, entre outros. (Rossi, 2001)

O princípio da equidade é mola mestra no discurso do Dissenso de Washington, assim como a tentativa de diferenciar esta proposta daquelas pregadas pelo documento conhecido como “Consenso de Washington”.

Nancy Birdsall trouxe para o centro das propostas, batizadas de ‘10+1’, a necessidade de se buscar a equidade. O ‘Consenso de Washington’ deixou de lado esse tema, para centrar suas propostas na eficiência econômica. Onze anos depois o ‘Dissenso’ afirma sobre o ‘Consenso’: ‘Seus resultados foram desalentadores em termos de crescimento econômico, redução da pobreza, redistribuição de renda e condições sociais’. O trabalho do Ceip/IAD calça com números sua avaliação negativa. Por exemplo: o crescimento da economia na América Latina, nos anos 90, foi de apenas 3% ao ano na média ‘apenas ligeiramente melhor que os 2% registrados na década de 80’, chamada a ‘década perdida’ exatamente pelo baixo crescimento. Segundo exemplo: O desemprego aumentou. E a pobreza continuou sendo ampla e generalizada. A América Latina ingressou no terceiro milênio com quase 150 milhões de pessoas, mais de um terço de



sua população, vivendo na pobreza. Quase 80 milhões de pessoas padecem de pobreza extrema.

Embora se proclame como uma crítica às formulações e resultados do ‘Consenso de Washington’, o atual documento comunga com o mesmo ideário, pois reafirma que sem as reformas econômicas feitas nos anos noventa do século passado a situação seria pior.

O texto diz que ‘análises minuciosas mostram que a renda per capita e a produção teriam sido inferiores, a instabilidade teria sido maior, e seriam agravadas a pobreza e a desigualdade de rendas’... O trabalho do Ceip/IAD propõe, por isso, o que chama de ‘novo paradigma, que explicitamente abarca como objetivos centrais a equidade e a redução da pobreza, isto é, como fins em si mesmo e como mecanismos eficazes para promover um maior crescimento’. A avaliação dos autores, para centrar a proposta no combate à miséria, é a de que ‘houve uma mudança diametral no discurso em torno dos objetivos econômicos e sociais’, pondo ênfase mais na equidade que na eficiência econômica, ao contrário do que ocorria no início dos anos 90, quando nasceu o Consenso de Washington. (Rossi, 2001)

As propostas ‘10+1’ contêm orientações direcionadas aos governos em instância nacional (dez delas) e uma que vai para os chamados ‘países ricos’. As dez primeiras mencionadas dizem respeito: à disciplina fiscal regulamentada; à busca de equilíbrio para as expansões e contrações do mercado; às redes automáticas de proteção social; às ‘escolas também para os pobres’; tributar mais os ricos e gastar mais com os outros; oportunidade para a pequena empresa; ‘reforçar os direitos dos trabalhadores’; abordar abertamente a discriminação; sanear o mercado de terras rurais e serviços públicos a serviço dos consumidores. A orientação para os países ricos diz respeito: “à redução do protecionismo comercial dos países desenvolvidos, uma reivindicação permanente das nações em desenvolvimento, mas que não foi ouvida até agora” (Rossi, 2001).

De maior interesse para o nosso estudo, embora não ignoremos que essas propostas são articuladas entre si, são os itens “Escolas também para os pobres” e “Reforçar os direitos dos trabalhadores”. Como nos informa ainda Rossi (2001),

4. Escolas também para os pobres – A ênfase na educação, como fator de redução da miséria e da desigualdade, é apontada como uma das duas recomendações que seriam consensuais (a outra é o combate à corrupção). Diz o texto que ‘as reformas mais necessárias incluem maior autonomia para as escolas, menores subsídios para os que estão em condições de custear estudos superiores, e maior gasto público para programa pré-escolares’. Acrescenta que a política educacional deve também incluir a internet ‘mediante subsídios públicos, para assegurar que cada escola e cada comunidade se beneficiem deste revolucionário método para aceder ao conhecimento’. O BID



chegou a calcular que o aumento de um ano na escolaridade da força de trabalho faria com que o crescimento econômico aumentasse um ponto percentual por ano, assim como se reduziria a desigualdade na renda.

A educação como redutora da miséria e conseqüentemente da desigualdade, apartada da crítica das relações sociais capitalísticas, é uma velha retórica liberal já conhecida e que a literatura crítica sobre a educação já tratou de negar e denunciar. Chama-nos a atenção o discurso sobre “menores subsídios para os que estão em condições de custear os estudos superiores”, que não é novo nas intenções políticas governamentais, ao usá-lo como argumento para a privatização das universidades públicas. Hoje, no governo Lula, há programas destinados à ampliação das vagas no ensino superior, mas, a maioria delas está relacionada às universidades privadas, ou seja, o Estado financia o privado. Deve-se ressaltar, para que não se caia na armadilha de jogar fora medidas de fortalecimento ao sentido público, a abertura de concursos nas universidades e a política de ampliação da rede federal de escolas técnicas de ensino. Além disso, deve ser louvado, em programas propostos para o fortalecimento da formação por instituições públicas dos trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde, a disposição política de que não sejam financiados por empréstimos de organismos internacionais, e sim com financiamento da União. Essa decisão política, entre outras considerações de ordem econômica, pode fortalecer a resistência ao sentido, por exemplo, da formação técnica, dado e implementado pelos já mencionados organismos internacionais do capital.

Quanto à profecia do BID, relacionando aumento de escolaridade da força de trabalho como fator instituinte do crescimento econômico, é nítida a construção do sentido da formação e da qualificação profissional contida nessa premissa, o que desvela e atualiza a Teoria do Capital Humano a que iremos nos reportar mais adiante.

Em relação ao tema dos direitos dos trabalhadores:

7. Reforçar os direitos dos trabalhadores. Diz o trabalho que ‘os pobres padecem o custo de um regime trabalhista que dá pouca proteção ao trabalhador e tem excesso de regulamentações’. Completa: ‘A América Latina precisa proteger mais ativamente o trabalhador, em relação aos seus direitos de associação e convênios coletivos, organizações sindicais mais independentes e democráticas, e mais proteção social para substituir a excessiva rigidez das regulamentações que freiam a mobilidade laboral e o crescimento’. O item relativo ao trabalho tem propostas como ‘participação mais ativa do Estado, para proteger convênios coletivos’ e ‘As leis deveriam permitir contratos de trabalho por hora, de tempo parcial e por temporada’, com as devidas garantias de proteção social proporcional. (Rossi, 2001)



É impossível não ressaltar a ênfase no contrato de trabalho por temporada, uma política já apontada como nefasta e que embora forçosamente aceita por parcelas do movimento sindical brasileiro, e pelos trabalhadores na iminência do desemprego, é vista pelos mesmos como uma adaptação ao existente. Não é opção do trabalhador, ao contrário, revela desespero e luta pela sobrevivência. Não à toa, o documento '10+1' é ambíguo ao defender ao mesmo tempo a proteção de convênios coletivos, pois a competitividade, a precariedade do trabalho e o caráter individualista de propostas como a do trabalho temporário tornam ineficazes o fortalecimento de convênios coletivos. É difícil crer nas boas intenções, aqui entendidas como aumento de direitos trabalhistas, do discurso de proteção do trabalhador por meio da defesa do direito de organizações sindicais, pois a nova ordem social já instaurou, inclusive em leis, arbitrariedades e, como já mencionamos aqui, a quebra de direitos trabalhistas (contestada pelas organizações sindicais democráticas).

Isto posto, o documento chamado de "Dissenso de Washington" parece propor a quadratura do círculo, valendo-se de uma espécie de mal-estar, por certo que na esfera das boas intenções liberais, diante dos brutais resultados das políticas da ortodoxia de mercado e da redução do Estado do bem-estar social.

A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA NA SAÚDE: A PRODUTIVIDADE DA PRODUÇÃO IMATERIAL

Francisco de Oliveira, em "O Estado e o urbano" (1982), considera uma das melhores afirmativas sobre a relação público-privada a frase de Celso Furtado: "O Estado entra com a socialização das perdas e o privado com a privatização dos lucros". Ou seja, a relação público-privada acentua a dívida do Estado com a maioria da população e ao mesmo tempo favorece a esfera privada e a acumulação do capital.

Com olhar histórico sobre a relação público-privada na saúde, podemos observar a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) que, por meio da implementação de políticas voltadas para o setor privado da saúde, constituiu-se em potente instrumento para a ampliação da dinâmica de acumulação no setor, na medida em que traduziu na relação Estado/saúde o financiamento para a produção de serviços do setor privado e subsidiando o investimento privado para a sua ampliação (Cohn, 1995).

Na década de 1980, observa-se um crescimento da rede do sistema privado. Ao mesmo tempo, fruto do processo de redemocratização da sociedade e do

movimento da Reforma Sanitária, em 1988, é proclamado pela Constituição Brasileira o Sistema Único de Saúde (SUS), que instaura, entre outros pontos, a seguridade social, a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Dito de outra maneira, o cenário econômico, político e social de onde emerge o SUS, que advoga uma desmercantilização da saúde, apresenta-se contraditório e conflituoso, uma vez que há no Brasil um crescimento da rede privada de saúde, portanto dentro do processo de acumulação capitalista sustentado pelas políticas neoliberais, políticas estas traduzidas em parte nos anos seguintes por metas do Consenso de Washington. Como parte do pacote, institui à adesão o sentido da gestão de saúde orientada pela noção de custo/efetividade ou custo/benefício.

O SUS oriundo da Reforma Sanitária, como afirmado por Escorel (1998), pelas contradições inerentes ao movimento do capital, se torna, na sua implementação, um meio que não questiona a contento a ordem social capitalista. Não à toa, por exemplo, na última década do século XX e neste início de XXI, a proclamada Parceria Público-Privada (PPP), regulamentada em 2004, se torna objeto de adesão mesmo de alguns defensores das idéias da Reforma Sanitária.

Municípios e estados brasileiros embasados pelos entraves no financiamento do SUS, e pela necessidade de dar respostas rápidas às demandas de saúde da população, no período dos seus mandatos nos governos, vêem na PPP um modo mais rápido de execução de seus projetos. Porém, como sabemos, o que parece facilitar as ações públicas, na medida em que pode utilizar aparato já construído do privado, por outro, faz com o Estado financie o sistema privado, portanto possibilitando acumulação do capital, sem que, necessariamente, salvo algumas exceções, melhore as condições de saúde da população.

Uma estratégia que acaba fortalecendo a adesão da PPP como solução para as mazelas da saúde no Brasil, e que inflexiona a referida potencialização da produtividade na saúde é a concepção de 'capital social', mais precisamente nas relações entre os serviços de saúde (e também nas escolas) e outros setores da sociedade. Sem pretensão de realizarmos uma 'genealogia' do termo, mas por outro lado buscando elucidar o sentido a ele atribuído, chamamos a atenção para a explicitação de Pierre Bourdieu (1998), que em conceituação crítica, o traduz como recursos potenciais ou já em prática, articulados numa rede durável ou permanente de relações institucionais que possuem propriedades comuns. Ainda, segundo o autor, o capital social não se reduz a uma delimitação geográfica do espaço, e se, por um lado não pode ser relativamente reduzido ao capital econômico social, por outro, de maneira alguma, é independente dele (Bourdieu, 1998: 74).

Como nos ajuda a entender Neves (2006), na segunda metade dos anos 1990, os organismos internacionais (Banco Mundial, BID, Unesco) ressignificaram o conceito de capital social para incorporá-lo à sua estratégia de desenvolvimento social (...) O capital social adquire nesse contexto importância fundamental na redefinição do papel econômico e da legitimação social do Estado contemporâneo... na América Latina (...) o conceito foi introduzido pelos organismos internacionais e pelos governos sociais como elemento definido das políticas sociais, com vistas a aliviar a pobreza e fortalecer a coesão social. (Neves, 2006: 55)

O conceito, nessa nova versão de capital social, foi sistematizado para a América Latina por intelectuais dos organismos internacionais. Segundo essa nova formulação “o capital social é o conjunto de elementos da organização social encarnadas em normas e redes de compromisso cívico, que constitui um pré-requisito para o desenvolvimento econômico, assim como para um governo efetivo” (Neves, 2006: 54). Consta ainda nessa formulação que

são elementos básicos do capital social: a autoconfiança que gera a confiança social, as normas de reciprocidade (associativismo) e as redes de compromisso cívico (responsabilidade social). Especialmente na América Latina, o conceito de capital social é dirigido às comunidades locais e às populações pobres. (Neves, 2006: 54)

A referida autora advoga que a noção de capital social, nesta ressignificação, visa a conservar as relações sociais capitalistas, redefine a sociedade civil como colaboradora do Estado, esvaziando-a como espaço de conflito e de luta de classe (Neves, 2006: 54).

A concepção de capital social neste movimento de conservar por meio de estratégias as relações sociais capitalistas serve à configuração da PPP como significativa para o desenvolvimento social e econômico de comunidades, lugares, locais, melhoria da qualidade de serviços prestados à população e fundamental para a expansão da atuação de instituições públicas para além do seu espaço físico.

A PPP acentua o caráter produtivo da saúde e o capital social produz consenso sobre os benefícios dessa parceria ao pregar idéia semelhante à da solidariedade orgânica durkheimiana (ou seja, exploradores e explorados unidos em prol de uma sociedade harmônica). Há que se ressaltar o sentido contrário desta ‘coesão social’ ao sentido das formas de redes de solidariedade a ser instituídas em sociedade socialistas, ou ainda redes de solidariedade entre as pessoas que partilham a vida em lugares onde as condições objetivas estão aquém do desejado (tipo ‘rede de solidariedade’, que o capitalismo tem cada vez mais devastado). Não à toa, a formulação



crítica de Bourdieu, já mencionada, para o referido termo o insere como ‘capital’, numa afirmação incontestável de uma ‘rede social’ que acentua o caráter de mercadoria às relações sociais.

No caso da PPP na saúde, o capital social, na sua ressignificação, não mais crítica e sim incorporada como benefício, ‘fundamenta’ a necessidade desta para enfrentar o fenômeno das péssimas condições de saúde da população e do adoecimento da sociedade. Ou seja, não são mais as relações sociais capitalistas que produzem essas mazelas, e sim um isolamento entre o Estado e a sociedade civil (no caso, leia-se parcela da sociedade civil protagonista da acumulação capitalista). Por via de mão dupla, possibilita a produção de consenso sobre a necessidade desta parceria, mesmo para uma parcela representativa da sociedade civil contrária a um Estado capitalista ou um Estado que financia e regula a favor do capital.

A LÓGICA DA (DE)FORMAÇÃO HUMANA COMO CAPITAL: O CAPITAL HUMANO E A EMPREGABILIDADE NA SAÚDE

Não é difícil constatar que vivemos numa época antiutópica por excelência, reduzindo à irrelevância ou ao mero esquecimento os projetos e as lutas emancipatórias vindas dos séculos XVIII, XIX e mesmo do início do século XX. Nesse específico contexto do capitalismo está a desesperança, que pode levar à postura de que nem mesmo há espaço para se imaginar uma superação da divisão social do trabalho. A heteronomia é a marca da nossa sociedade. A sociedade, por meio de instâncias mediadoras, ‘forma’ as pessoas “de um modo tal que tudo absorvem e aceitam nos termos desta configuração heterônoma que se desviou de si mesma em sua consciência” (Adorno, 2003: 182). A referência a Theodor Adorno para se pensar o contexto da formação em saúde no mundo contemporâneo não é por acaso, pois o referido autor tinha como preocupação

não reproduzir esquemas mecânicos e fechados, incapazes de entender a dinâmica dos processos sociais e históricos em curso, e sim de construção de modelos críticos negativos e contraditórios, mediados e dialéticos, em que o pensamento não sucumbia ao fetiche da totalidade fechada, à vida social alienada, às várias formas que a dominação assume em nossa época, evitando as ilusões, extremas e complementares, de um mundo objetivado e sem fissuras e de uma subjetividade plena, isolada e provedora de sentido ao mundo (...) Por essa via negativa, a tarefa do pensamento é evitar a reconciliação com o existente, a integração positiva à ordem violenta da dominação, perdendo com isso seu potencial crítico e sua capacidade de apontar para a





emancipação, para a felicidade, para a vida não mutilada. Um trabalho crítico com e contra o conceito, passando ao largo da comunicação direta e ilusória, característica constante no pensamento de Adorno. (Pereira, 2008: 14)

A ‘semiformação’⁴ pautada pelo capital encontra na ressignificação da noção do capital humano uma aliada, na medida em que esta última coloca a educação no âmbito do valor de troca e ao mesmo tempo promove no trabalhador ‘um modo de ser’ adaptado (visto ser o capitalismo ‘inexorável’), em que tem que ser competente e responsável pelo desenvolvimento econômico, social e político do país.

A respeito do ‘capital humano’ (‘teoria’ que se afirma na literatura econômica na década de 1950, e mais tarde, nas décadas de 1960 e 1970, no campo educacional), nos diz Frigotto:

Trata-se de uma noção que os intelectuais da burguesia mundial produziram para explicar o fenômeno da desigualdade entre as nações e entre os indivíduos e grupos sociais sem desvendar os fundamentos reais que produzem esta desigualdade: a propriedade privada dos meios e instrumentos de produção pela burguesia ou classe capitalista e a compra, numa relação desigual, da única mercadoria que os trabalhadores possuem para proverem os meios de vida seus e de seus filhos – a venda de sua força de trabalho. (Frigotto, 2006: 45)

Theodore W Schultz (1973), ao elaborar mais detalhadamente o conceito de capital humano, utiliza análise comparativa entre o Produto Interno Bruto (PIB) e a escolaridade básica de países e parte da premissa de que “o componente da produção que decorre da instrução é um investimento, em habilidades e conhecimentos, que aumenta as rendas futuras semelhante a qualquer outro investimento em bens de produção” (Frigotto, 2006: 46). Nesse processo, as análises de taxa de retorno apontam para uma relação, mas não levam em conta os processos históricos, sociais e econômicos e as condições objetivas diferenciadas que determinam essa relação (Frigotto, 2006).

⁴ Semiformação (*Halbbildung*) é a determinação social da formação na sociedade contemporânea capitalista. Na perspectiva de Adorno, a sociedade deve ser apreendida em seu processo de reprodução material como reificação, mediação socialmente invertida. Cabe à teoria ir além do momento subjetivo da coisificação, ao decifrar as determinações objetivas da subjetividade. Não basta só revelar o sujeito por trás da reificação: ele é também socialmente determinado na adequação ao vigente, como sujeito que se submete e não experiencia as contradições sociais da produção efetiva da sociedade, ocultas ideologicamente na ordem social imposta pela indústria cultural. A educação não é idealista, para a emancipação, mas dialeticamente baseada na crítica à semiformação real e se orienta por possibilidades presentes, embora não concretizadas, na experiência das contradições da formação social efetiva (Maars, 2003).





É sempre bom ressaltar que a ciência sem estar inserida na história – daí uma das maiores contribuições de Marx ao fazer essa inserção quando afirma que é o ser concreto das relações sociais quem produz o pensamento – deriva para métodos que embora possam contemplar uma lógica formal, deixam de lado as condições históricas, sociais e políticas do que se apresenta como fenômeno, ou como aparência.

A idéia do capital humano na saúde – o homem como recurso e a educação dos trabalhadores da saúde como insumo da mão-de-obra – ganha roupagem nova ao chegar aos anos 1990, e já neste início do século XXI. Para atender à chamada ‘acumulação flexível’, à ‘reestruturação produtiva’ e a outros fatores demandados pela atualização capitalista da relação da educação no embate trabalho *versus* capital, ele encontra nas noções de empregabilidade, qualificação flexível, qualidade total e na sociedade do conhecimento concepções que o ajudam a estar inserido no ‘novo cenário’ do capital. A empregabilidade, segundo Oliveira,

No sentido mais comum, tem sido compreendida como a capacidade de o indivíduo manter-se ou reinserir-se no mercado de trabalho, denotando a necessidade do mesmo agrupar um conjunto de ingredientes que o torne capaz de competir com todos aqueles que disputam e lutam por um emprego. (Oliveira, 2006: 142)

Trata-se, portanto, como já analisado por diversos autores, de responsabilizar o indivíduo e a educação pelo movimento de se estar ou não inserido no mercado de trabalho. Como reafirma Marcio Pochmann (2001), a transição de um modelo de política econômica para outro, observada na dinâmica do capitalismo nas últimas décadas do século passado, trouxe implicações para a educação profissional, de maneira a enfatizar uma educação continuada, com ênfase na transferência tecnológica e na multidisciplinaridade de programas de qualificação. Dessa forma, o compromisso da educação profissional estaria se adequando às exigências de preparar o trabalhador, ao longo da sua vida ativa para competir para a empregabilidade, mais do que qualificá-lo para uma função estável de longa duração. Essa adequação deve-se a fatores como a busca de novas formas de gerenciamento da produção, objetivando novas formas de aumento da acumulação. Os processos de formação do trabalhador, portanto, são necessários, não sendo negados na manutenção da ordem capitalista, e sim adequados à sua dinâmica.

Na saúde, os adeptos da ressignificação da noção de capital humano na articulação com ideologia da empregabilidade assumem como imperiosa a formação dos trabalhadores, para o sucesso do Sistema de Saúde. Desse modo, a denúncia da naturalização de ações de saúde desenvolvidas por uma parcela significativa de





trabalhadores e a urgência em combatê-la é incorporada à educação para o capital, incluindo a necessidade também da educação básica para aqueles inseridos no SUS. Essa incorporação pela educação do capital de escolaridade básica para todos os trabalhadores que atuam no SUS promove contradições que não podem ser ignoradas ou somente apontadas por uma educação contra-hegemônica. Entre essas contradições, há o fato de ter aberto espaço para que os trabalhadores da saúde tenham esse direito, e de possibilitar maior financiamento pelo Estado de programas com esse fim. Por outro lado, esses programas vão sendo executados, na maioria das vezes, por meio de parcerias público-privadas, aumentando a possibilidade de agravamento da adesão ao ideário pertinente à mercantilização da saúde, da elegia do gerenciamento das ações de saúde e da redução de conteúdos a favor da formação humana na vertente civilizatória.

Há que se reconhecer que políticas governamentais, ao darem peso à formação de trabalhadores para o sucesso do SUS, possibilitam que projetos contra-hegemônicos ganhem também visibilidade. Porém, não podemos esquecer que grande parte dos educadores da saúde – mesmo que comprometidos com um sistema de saúde público e com a visão da importância da qualidade do trabalho em saúde ali desenvolvido – embora aliados no que diz respeito aos modelos mais progressistas de promoção e atenção à saúde, não possuem a mesma acuidade sobre a Educação. Desse modo, são relegadas a poucos interrogações como: Quais concepções fundamentam essa formação? Que conteúdos técnicos são esses que são reduzidos à ‘correspondência’ de alcance de ‘determinadas’ habilidades e atitudes? A quem serve a lógica e o sentido do ‘saber ser’ ali construído? Que conceito ou noção de educação que trata o ser humano como recurso e diz que os conhecimentos (fruto do trabalho da humanidade) apreendidos, e que serão aplicados numa prática social destinada à vida como é a saúde, devam ser entendidos como valor de troca, mercadoria? Com isso, no afã de promover aumento de escolaridade (com a qual compartilhamos), endossam-se ‘novas aparências’ de discursos e conceitos não tão novos, que incorporam o ‘social’, ‘o modo de ser’, sem identificar o caráter de adaptação ao capital neles contido. Há que se entender que, infelizmente, somente o fato de deslocar esses conceitos da lógica produtiva para uma prática social, improdutiva e de produção imaterial, que é a formação na saúde, não se consegue inverter o sentido da referida lógica sob a qual foram construídos. Isto porque, embora a educação possibilite na sua dinâmica espaços para a contra-hegemonia, ela só consegue fazer isso ao negar e superar concepções, métodos e teorias engendradas para reproduzir a ordem e a lógica do capital.





Para se desvelar o sentido da noção do capital humano articulado à empregabilidade na formação do trabalhador da saúde, há que se refletir como afirma Fontes (2005) sobre as formas contemporâneas de expropriação do trabalho pelo capital, tais como o vínculo contratual como condição para extração do sobretrabalho, em função da generalização da mais-valia e da subordinação real do trabalho ao capital; e a crescente penetração do capital, como relação social ou extração direta da mais-valia absoluta e relativa, em que a apropriação da produção social, seja pelo ‘modo de ser’ ou pelo ‘modo de produção’, determina todas as atividades humanas, inclusive a produção imaterial.

A educação dos trabalhadores da saúde para o capital, na sua versão contemporânea, quer no ensino via escola, ou em outros lugares sociais, alia uma aparente marca de ‘união social’ em prol da melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Para tanto, nada melhor que um conceito de que há necessidade de público e privado darem as mãos – por meio de uma rede de instituições públicas e privadas – para garantir escolaridade/formação profissional, com base na ‘competência’ e ‘eficiência’ adaptativa e competitiva.

EM BUSCA DAS POSSIBILIDADES DE UMA EDUCAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE COMO RESISTÊNCIA

Para aventar a hipótese de uma educação como resistência, pensemos, ao modo dialético, com Adorno, quando ressalta a necessidade da emancipação ser percebida como categoria dinâmica, como um vir-a-ser e não como um ser. Ele nos diz:

Se não quisermos aplicar a palavra emancipação num sentido meramente retórico, ele próprio tão vazio como o discurso dos compromissos que as outras senhorias empunham frente à emancipação, então por certo é preciso começar a ver efetivamente as enormes dificuldades que se opõem à emancipação nesta organização do mundo. (Adorno, 2003: 181)

Entendendo a vinculação da educação para a emancipação como um sentido ético, o referido autor chama a atenção para o fato de que essa vinculação não passa pelos “bons conselhos ou pelo aperfeiçoamento moral, mas implica a necessidade de intervenções objetivas, materiais (Adorno, 2003).

Estratégia significativa para um projeto educativo contra-hegemônico é a inserção de conteúdos/temas em currículos da formação em saúde do tema ‘políticas do SUS’, numa abordagem que articule essas políticas a estratégias promovidas pela





dinâmica do capitalismo contemporâneo, evidenciando tensões e conflitos nesse processo. Ou seja, conhecimentos que discutam a configuração as tendências do Estado no capitalismo contemporâneo e as formas de adesão ao movimento do capital na atual formação histórica. Esses conceitos e abordagem devem fazer parte dos cursos técnicos de nível médio em saúde e de formação continuada (Educação Profissional em Saúde) e da Educação Superior, em níveis de complexidade pertinentes. Do ponto de vista de disciplinas, ou eixos temáticos, constituiriam uma articulação entre a Economia Política e a Política de Saúde. No caso da formação para a docência em saúde, ou seja, formação de educadores da saúde, esses temas devem integrar as disciplinas, ou eixos curriculares, Economia Política, Políticas de Saúde e Políticas da Educação.

Ainda no âmbito curricular na formação dos trabalhadores da saúde, a construção de um projeto contra-hegemônico em relação à produção da Ciência e da Tecnologia dirigidas para a saúde de toda a população requer conteúdos e abordagens que problematizem as políticas de ciência e tecnologia na esfera pública, sustentadas pelo Estado, cujas finalidades se orientem pelos interesses e necessidades públicas. Ou seja, fundo público investindo na Saúde Pública; pesquisa e produtos tecnológicos sendo realizados por instituições públicas, em que a formação se pautaria com base na perspectiva de concepção crítica da educação na saúde, como a de politecnia. A respeito, Pereira e Ramos (2006) refletem que:

Essas instituições estariam inseridas na cadeia da pesquisa e da produção científicas com o diferencial dado pela proximidade com os processos diretamente produtivos. Isto as levaria a captar necessidades e potenciais tecnológicos, dinamizando, com maior intensidade e velocidade, a relação entre ciência, tecnologia e produção na esfera pública. Essa perspectiva difere frontalmente daquela em que as instituições de educação profissional são consideradas como espaços de produção mercantil de tecnologia, com propósitos, custos e ritmo adequados ao mercado. Ao contrário, a identidade dessas instituições se fortaleceria por meio de um projeto público que unificaria organicamente a formação de trabalhadores de nível médio e superior para a C&T, tendo como base uma formação integrada e politécnica. A produção de ciência e tecnologia nessas instituições não se resumiria aos processos de adaptação de tecnologias produzidas em países centrais do capitalismo; nem a formação profissional de nível médio e superior teriam o propósito de formar pessoas para o trabalho simples, características próprias de países de capitalismo dependente. O projeto que estaria em jogo, de fato, seria um projeto de nação, cujo desenvolvimento econômico e social se volta não para o mercado, mas contra ele em benefício da sociedade. (Pereira & Ramos, 2006: 68)





Um projeto educativo na saúde que tenha como finalidade a emancipação precisa traduzir em conteúdos e práticas curriculares o desvelamento do processo de ‘semiformação’ em curso na sociedade capitalista contemporânea. Isto significa que o ensino na saúde deve, como nos afirma Pereira (2008):

Pensar a cultura, as políticas de educação, a ciência e tecnologia, tão necessárias aos projetos sempre em construção de formação dos trabalhadores da saúde. Projetos esses que não confundam os diversos níveis de complexidade de conhecimento com banalização do conhecimento em função da ideologia que poderíamos chamar de divisão social (e portanto de classe) da aquisição do conhecimento produzido pela humanidade. Combater essa ideologia na educação do trabalhador que cursa a Educação Técnica na Saúde significa, por exemplo, negar uma menoridade em relação ao conhecimento produzido pela humanidade. Como inflexão crítica, trata-se de refutar o pensamento que defende que para esses trabalhadores os materiais educativos têm que ter uma forma de linguagem muito simplificada, a ponto de considerá-los tolos, sem capacidade de refletir a sua prática e também o conteúdo, como se as dificuldades reais de escrita formal e retórica não pudessem ser elaboradas visando à superação de certos limites. (Pereira, 2008: 19)

A construção da formação em saúde visando à emancipação com base na perspectiva materialista dialética exige análises da dimensão ao mesmo tempo objetiva e subjetiva da formação humana. No caso, as condições materiais e objetivas de trabalho como algo inseparável da dimensão subjetiva desses trabalhadores. Não se trata de cair numa ótica subjetivista da subjetividade e sim perceber que a subjetividade dos trabalhadores está articulada às condições objetivas da relação capital e trabalho, gerando medo, angústia, alienação e apontando para uma relação impessoal e/ou de domínio sobre o outro. Isto significa, que pode correr uma mutilação das melhores qualidades, sensíveis e práticas, do ser humano. Entendido aqui, frisemos, não como entidade abstrata, fora da história, transcendente e metafísica, mas como sujeitos em situação, postos em contextos específicos e vivendo sob condições determinadas, que as mais das vezes não foram resultado de uma livre escolha, mas da pura necessidade de sobreviver.

Uma proposta curricular a favor da educação emancipatória deve conter conteúdos e práticas que evidenciem o trabalho em saúde como prática social privilegiada em que – com base no entendimento de que os seres humanos são as relações que estabelecem entre si – a solidariedade com o outro, a preocupação e o sentido de cuidar do outro podem e constroem o projeto civilizatório de humanidade.

Não se trata de endossar a metáfora do profissional da saúde sob a égide do sacrifício, nem muito menos de idealizar os conflitos inerentes às relações entre os



homens, mas sim de afirmar o trabalho na saúde na sua própria constituição e essência, o ato de um ser humano compartilhar necessidades de outro. Neste sentido, há que se problematizar a produção da impessoalidade e distanciamento como conduta para o profissional da saúde. Arriscamo-nos a dizer que se a conduta mencionada se apresenta em todas as esferas das relações entre os seres humanos, não se trata, certamente, de um desejo premeditado dos arautos do capital, mas sim de consequência inevitável do capitalismo. Dito de outra maneira, se a lógica de uma sociedade de classes, tendo uma ‘desigualdade’ sem o patamar da miséria, pudesse conviver ‘harmonicamente’, com a multidão de seres humanos se relacionando afetuosamente, ou se preferirem ‘todas as classes unidas numa solidariedade orgânica e fraterna’, os arautos do capital ficariam satisfeitos – com servos e patrões de mãos dadas, os primeiros contribuindo com o trabalho e os últimos se apropriando da riqueza do trabalho. Mas, como mostra o real, privatização do que deve ser coletivo e falta de individuação para fazer opções e escolha não resultam em igualdade, solidariedade, nem tornam a humanidade mais fraterna.

Denunciando as promessas que o capital não poderá nunca cumprir e, ao mesmo tempo, atuando como uma resistência à educação para o capital, a politecnicidade, com base no pensamento materialista histórico dialético, concebe e implementa estratégias de formação dos trabalhadores da saúde. Utopia sempre em construção, é orientada pela e para a superação de conceitos e atualização de práticas, de modo a situá-la no movimento da ciência, do trabalho e da saúde na história. Neste caminho, podemos dizer que tem eixos norteadores como:

I) A noção de politecnicidade postula que o processo de trabalho desenvolva, em uma única unidade indissolúvel, os aspectos manuais e intelectuais, características extrínsecas ao trabalho (...) implica uma formação que, a partir do próprio trabalho social, desenvolva a compreensão das bases de organização do trabalho de nossa sociedade. Trata-se da possibilidade de formar profissionais não apenas teórica, mas ao praticar, se compreendam os princípios que estão direta e indiretamente na base desta forma de se organizar o trabalho na sociedade; II) O materialismo histórico, como abordagem e método (...); III) O entendimento do sujeito como indivíduo singular e ao mesmo tempo como consciência geral (...); IV) Afirmar na formação técnica a ‘Educação dos sentimentos, da sensibilidade e dos sentidos’; a elegia da arte e do pensamento filosófico como inerentes à integração dos conhecimentos científicos, e destes com a vida cotidiana; V) O trabalho como princípio educativo; VI) A pesquisa como princípio educativo. (Projeto Político-Pedagógico da EPSJV, 2005, cap. IV: 146)

Há que se acrescentar que como educação contra-hegemônica na formação dos trabalhadores da saúde, a politecnicidade se contrapõe à semiformação imposta pela

sociedade capitalista contemporânea; aos discursos e práticas a favor da mercantilização da saúde; aos processos de produção de consenso destinados a uma adaptação ao capital. A politecnia entende que todos os trabalhadores da saúde desempenham trabalho complexo. Trabalho que não pode ser confundido como valor de troca e mercadoria. Com isso partimos da premissa que educar neste sentido é educar para o difícil, pois, como afirma Pereira (2008: 20),

Não há via fácil e direta de acesso ao conhecimento, à crítica elaborada, à percepção forte dos processos sociais e históricos que o capitalismo põe e repõe ao longo da sua formação, no passado e no presente. Não há mesmo, no plano da grande história, assim como no nível da pequena história do cotidiano, uma tal via fácil e simples de acesso. Porém, ao mesmo tempo conhecer é possível, é uma característica do trabalho humano, pensar e fazer, criar e assimilar conhecimentos produzidos ao longo da história pela humanidade. Cabe ao educador trabalhar na direção do difícil, do que precisa ser longa e pacientemente elaborado, do que se constrói com rigor e determinação.

A educação quando entendida como uma ação que tem como preocupação principal facilitar o conhecimento técnico-científico, político e social, digamos assim, pode banalizar, subjugar a capacidade de conhecer das pessoas oriundas das classes exploradas, e vir a “entregar o pensamento aos lobos, deixando sempre os mais fracos, os mais explorados e oprimidos, incapazes e indefesos diante do que não entendem e, portanto, não sabem como mudar” (Pereira, 2008).

Enfatizando, para a formação dos trabalhadores da saúde, hoje, diante das situações aqui analisadas, é necessário incluir nos seus cursos conteúdos disciplinares, com base na

- Economia Política – as contradições, articulações, tensões de setores da sociedade civil e Estado no que tange à saúde;
- Políticas de Saúde – recuperando as contradições do SUS, ressaltando o caráter de mercantilização a que é submetido e ao mesmo os avanços políticos e técnicos da sua proposta, possibilitando, portanto, entendê-lo sem idealização ou negação total, de modo a apostar na sua face pública;
- Políticas de C&T em Saúde, com ênfase nas tecnologias sociais;
- Sociologia do Trabalho – formas de organização do trabalho em saúde; relações sociais do trabalho, ressaltando as condições objetivas na produção de subjetividade do trabalhador da saúde.

CONCLUSÕES

A produção imaterial e o trabalho improdutivo têm, cada vez mais, estreitado sua relação com a subsunção ao trabalho produtivo na sua acepção clássica (Antunes, 1999). A preocupação com a crescente potencialização do caráter de trabalho produtivo no trabalho em saúde levou-nos à análise da noção de capital social ressignificada para promover adesão à relação público-privada na saúde e ao conceito de capital humano atualizado na articulação com a empregabilidade como umas das estratégias atuais da educação para o capital.

Como contraponto, analisamos e apontamos o modo operante dessa potencialização e estratégias de projeto de formação do trabalhador da saúde, como educação emancipatória, no sentido da resistência. Trata-se, assim, de perceber a educação dos trabalhadores da saúde pelo ângulo da luta entre projetos de adaptação e de emancipação do trabalhador que acompanha a Educação.

Paul Singer (1996) ajuda, ao expressar essa luta pelos sentidos distintos entre dois projetos sob os quais a Educação é pretendida, uma posição civil-democrática, que entende a Educação como um processo de formação, tendo como operadores os conceitos de democracia, de formação da consciência crítica e de emancipação do trabalhador, sem perder de vista um projeto de sociedade igualitária; o outro projeto Singer denomina de produtivista, para o qual o sentido da educação seria o de preparação dos indivíduos para a integração à sociedade capitalista. Os dois sentidos que constroem projetos distintos, cada qual ao seu modo, não negam, hoje, processos educativos dirigidos para a formação profissional e em relação a algumas profissões na Saúde, já há setores da lógica produtivista que não negam a escolaridade básica (pelo menos nos discursos e em programas).

Ao refletir sobre os impedimentos, hoje, para uma formação destinada à emancipação faz-se necessário observar que o processo de 'acumulação flexível', como resposta dinâmica e expansiva do capitalismo à sua própria crise, vinha apoiada em formas novas e flexíveis na produção, nos processos de trabalho, nos mercados, nos produtos e nos padrões de consumo. Com rapidez, cresce o 'setor de serviços' e surgem 'complexos industriais complementares' (Harvey, 2004). A combinação de flexibilidade e mobilidade da nova etapa do capitalismo avançado trouxe sérias conseqüências para o mundo do trabalho e para a organização dos trabalhadores: aumenta o desemprego estrutural, as qualificações no mundo do trabalho se alteram e se reconstróem, os ganhos salariais são quase irrelevantes e, sobretudo, o poder dos sindicatos, que era uma coluna mestra do período fordista, retrocede e entra em crise.



Há que se constatar que faz parte dessa nova etapa o controle da informação e da cultura de massas também vital na batalha pelo controle e pela hegemonia em escala global. Com esse modo de produção altamente competitivo, a propaganda acaba consumindo mais investimentos que o próprio produto, já que se vendem marcas, num imaginário de massas fortemente manipulado. Junto com a nova dinâmica, houve também uma 'reorganização do sistema financeiro global', resultando em formas muito fortes, concentradas e coordenadas, de poder econômico. Por certo, a crítica e a luta contra o capitalismo tornaram-se, na mesma medida, muito mais difíceis. Com isso, "a acumulação flexível evidentemente procura o capital financeiro como poder coordenador mais do que o fordismo o fazia" (Harvey, 2004: 155).

O discurso da relação público-privada, hoje, como fundamental para sanar problemas econômicos e sociais não altera o objetivo da produção de valor, apenas repropõe uma nova dinâmica ao apontar o já referido 'Estado mínimo comprador' como consequência para a já recente crise do que se chama de neoliberalismo. Ou seja, na verdade, há necessidade, para a acumulação capitalista atual, um investimento no fortalecimento de um Estado financiador do privado, o que nos leva a pensar com Harvey (2004: 236) quando afirma que: "os livres mercados têm como ponto de apoio o poder do Estado", opondo-se, portanto, à idéia de que os processos e mercantilização não levam a "um esvaziamento do estado de certas facetas dos processos sociais".

Ainda segundo Harvey (2004: 237), isto reafirma o que Karl Polanyi (2000) vê como

a contradição central alojada no próprio cerne da política neoliberal. A preservação e a extensão do poder do Estado são cruciais para o funcionamento do livre mercado. Se, segundo sua tendência, solaparem os poderes do Estado, os livres mercados estarão destruindo as condições de seu próprio funcionamento.

No caso da Saúde, não há dúvida que a proposta do SUS, na sua origem, combate a privatização e a medicalização da saúde. Porém, não podemos esquecer que a implantação desse Sistema de Saúde enfrenta dificuldades vinculadas às características patrimonialistas e privatistas do Estado brasileiro e à expansão atual da expressão da ideologia do capital, o que faz com que determinadas ações, em nome do SUS, vão de encontro à sua formulação com base na Reforma Sanitária. Perceber a existência da luta entre projetos no âmbito histórico-social, na política e na economia capitalista ajuda a analisar os avanços e recuos do SUS. Neste caminho, há que se entender que a parceria público-privada produz efeito nefasto na formação



para a emancipação, pois reforça a lógica do valor na produção imaterial que é a saúde. Com isso, o valor ético e político das ações de saúde passam a ser distorcidos, em nome de um bom 'gerenciamento' das ações de saúde.

Entende-se que o trabalho em saúde, assim como um projeto de sentido público-democrático da saúde, requer a ampliação qualitativa e quantitativa da formação profissional dos trabalhadores da saúde. Porém, chamamos a atenção que esta escolarização tem que ser voltada para a valorização ética e pública desse trabalho. Há que se desvelar um projeto de educação para fazer frente ao capital que utiliza expressões como 'projeto coletivo', 'solidariedade', mas que pauta a escolarização na conservação do existente, no momento atual caracterizado pela alienação, pelo individualismo, e pelo crescente embrutecimento das relações sociais. Ao mesmo tempo, há que se implementar projetos de educação para emancipação.

Neste sentido, podemos vislumbrar nos eixos curriculares a centralidade do trabalho e do trabalho na saúde, buscando entender como o trabalho no seu sentido geral e o trabalho na saúde, no geral e em suas especificidades, estão organizados hoje. Mais um eixo norteador fundamental será o constituído por conceitos centrais para as ações integrais de saúde, a qual projeto político ela se contrapõe e a necessidade da mediação entre o real e o possível, para que não se transmita um modelo ideal, com o qual o trabalhador no seu cotidiano não possa implementá-lo. (Pereira, 2007)

Trata-se, assim, de negar o 'canto ideológico' da expressão atual do capitalismo que enfraquece e desqualifica valores éticos-políticos orientados para o coletivo (e que não colocam em segundo plano a individuação), e fortalece ações individuais e ao mesmo tempo impessoais. Na saúde, esse 'canto' se traduz em ajuda para a elegia da produtividade, a eficácia e a eficiência, valores do trabalho produtivo, para ações que, mesmo na ordem capitalista, são de ordem da produção imaterial, como mais uma nova face da acumulação.

Por fim, há que se buscar caminhos que elucidem ser o trabalho humano o responsável por construir cultura, conhecimento, ações de saúde no sentido público, como possibilidade de que a educação favorável à emancipação seja prática significativa para a transformação do existente, na medida em que o pensamento marxiano nos ensina que o homem educado "constrói sociedade diferente daquela existente, e que esta por sua vez, vai gerar um novo tipo de homem e de humanidade".

REFERÊNCIAS

ADORNO, T. Educação e emancipação. In: ADORNO, T. *Educação e Emancipação*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

- ANTUNES, R. *Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999.
- BOURDIEU, P. Capital social. In: NOGUEIRA, M. A & CATANI, A. (Orgs.) *Pierre Bourdieu: escritos de educação*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: CNS, 1998.
- BUENO, A. O arcaico e o moderno no Brasil: variações em torno de uma educação interrompida. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, 2008. (No prelo)
- COHN, A. Políticas sociais e pobreza no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, 12: 1-17, 1995.
- DEJOURS, C. *A Banalização da Injustiça Social*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.
- ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV) Projeto Político Pedagógico da EPSJV. Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2005.
- ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- FONTES, V. M. *Reflexões Im-pertinentes: história e capitalismo contemporâneo*. Rio de Janeiro: Bom Texto, 2005.
- FRIGOTTO, G. *A Produtividade da Escola Improdutiva*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1986.
- FRIGOTTO, G. Crise do trabalho, formação profissional e reforma de ensino. *Cadernos da EPSJV*, 2000.
- FRIGOTTO, G. Capital humano. In: LIMA, J. & PEREIRA, I. B (Orgs.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz, 2006.
- HARVEY, D. *Espaços de Esperança*. São Paulo: Loyola, 2004.
- HIRST, P. & THOMPSON, G. *Globalização em Questão*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- MAARS, W. L. Adorno, Semiformação e educação. *Educação e Sociedade*, 24(83): 459-476, 2003.
- NEVES, L. *et al* Capital social. In: LIMA, J. & PEREIRA, I. B (Org.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz, 2006.
- OLIVEIRA, F. O Estado e o urbano. *Espaço e Debates*, 6: 36-54, 1982.
- OLIVEIRA, R. Empregabilidade. In: LIMA, J. & PEREIRA, I. B (Org.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz, 2006.
- PEREIRA, I. B. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

- PEREIRA, I. B. Educação dos trabalhadores: valores éticos e políticos do cuidado na saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Org.) *Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: o cuidado como valor*. 1. ed. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Cepesq, Abrasco, 2007.
- PEREIRA, I. B. *A Formação Profissional em Serviço no Cenário do Sistema Único de Saúde*, 2002. Tese de Doutorado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- PEREIRA, I. B. & RAMOS, M. N. *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. (Coleção Temas em Saúde)
- POCHMANN, M. *O Emprego na Globalização*. São Paulo: Boitempo, 2001.
- POLANYI, K. *A Grande Transformação: as origens de nossa época*. Rio de Janeiro: Campus, 2000.
- ROSSI, C. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 26 ago. 2001. Domingo, p. A12.
- SANTOS, L. A. Tendências mundiais sobre o papel do Estado e suas implicações na economia brasileira. *Em Busca da EPSJV Pública e Estratégica. Caderno de Debates*, 2000.
- SCHULTZ, T. W. *O Capital Humano: investimentos em educação e pesquisa*. Trad. Marco Aurélio de Moura Matos. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1973.
- SINGER, P. Poder, política e educação. *Revista Brasileira de Educação*, 1: 5-15, 1996.
- SOARES, M. C. C. Banco Mundial: políticas e reformas. In: TOMMASI, L.; WARDE, M. J. & HADDAD, S. (Org.) *O Banco Mundial e as Políticas Educacionais*. São Paulo: Cortez, PUC-SP, Ação Educativa, 1996.
- SOARES, C. C. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 26 ago. 2001. Domingo, p. A12.