



INTRODUÇÃO

*Gustavo Corrêa Matta
Júlio César França Lima*

A Reforma Sanitária brasileira foi concebida simultaneamente como uma bandeira específica do setor Saúde e como parte de uma ‘totalidade de mudanças’ (Arouca, 1988). No primeiro sentido, diz respeito ao reconhecimento da dinâmica do fenômeno saúde-doença nas sociedades expressa nos indicadores de saúde e do conjunto de instituições que atuam no setor em sua articulação com o Estado, assim como à produção de medicamentos, equipamentos e à formação dos trabalhadores de saúde. O segundo sentido introduz a dimensão ideológica, na qual se disputam concepções, valores e práticas, e a dimensão das relações existentes entre a saúde e economia, saúde e trabalho, saúde e educação, salário, habitação, saneamento, transporte, terra, meio ambiente, lazer, liberdade e paz. Essa concepção ampliada de saúde define um processo no qual a própria doença não é mais reduzida ao corpo biológico, na medida que inclui o corpo socialmente investido, ou a necessidade de 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 (Donnangelo, 1976).

Originalmente, portanto, o projeto da Reforma Sanitária está imbricado com a perspectiva de reforma social, com a construção de um Estado democrático, para além de uma reforma setorial. Não bastava superar, entre outros, o intenso processo de privatização capitaneado pela medicina previdenciária, a dicotomia curativo-preventivo e o corporativismo na saúde, que caracterizava o modelo



anterior. Aliado à reestruturação institucional e do processo de trabalho, a partir da redefinição do modelo assistencial, eram necessárias mudanças no conteúdo e na forma de pensar e fazer saúde, que se expressa na ampliação do conceito de saúde, e avançar a consciência sanitária acerca dos problemas de saúde, suas causas e as lutas por sua transformação.

Esse arcabouço conceitual e operacional está na base da diretriz que define a participação social no Sistema Único de Saúde (SUS), assim como da mudança na formação profissional em saúde, entendida como uma condição necessária, mas não suficiente, para a transformação das relações de trabalho, da prestação de serviços à população e para a própria participação do trabalhador no planejamento e avaliação das ações dos serviços de saúde. Com vistas a superar o caráter alienado da escola e do trabalho em saúde no que diz respeito aos determinantes sociais do processo saúde-doença e da organização do setor, propõe-se o aprofundamento da estratégia de integração ensino-serviço, que a formação alie a dimensão técnica e a dimensão política, e a construção de um novo compromisso ético-político dos trabalhadores da saúde pautado na questão democrática, na relação solidária com a população, na defesa do serviço público e da dignidade humana.

Esse debate na saúde é contemporâneo ao que ocorre no GT Trabalho-Educação da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (Anped), desde o início dos anos 1980, acerca da formação profissional dos trabalhadores técnicos e da natureza do ensino de segundo grau – atual ensino médio – em nossa sociedade (Frigotto, 1986; Kuenzer, 1987). Ao contrário da idéia de uma relação direta e imediata entre a escola e o mundo do trabalho – idéia-força da teoria do ‘capital humano’ – e de que a profissionalização compulsória desse grau de ensino determinada pela Lei n. 5.692/71, depois abolida pelo Parecer CFE 76/75, superava o seu histórico movimento pendular – ora valoriza a dimensão técnica ou tecnicista, ora valoriza a dimensão propedêutica ou acadêmica –, os estudos da área trabalho-educação evidenciam que aquela relação é indireta e imediata, que a superação do movimento pendular passa pela compreensão do caráter processual, relativo, dinâmico e histórico do conhecimento e que a atividade prática dos homens é um lócus fundamental na produção desses conhecimentos.

Desse ponto de vista, a articulação trabalho-educação, em discussão no setor educacional, e a estratégia de integração ensino-serviço, proposta pelo setor Saúde, se potencializam, já que ambas têm como referência a práxis do trabalho, o que significa que se o papel da educação é a formação do homem, é no trabalho e nas relações sociais por ele engendrada que aquele se constitui, cria a realidade e produz conhecimentos sistematizados pela escola. O antigo segundo grau, nesse sentido,

deveria garantir a explicitação da relação entre ciência e processo produtivo, a compreensão da relação entre tecnologias e os saberes das ciências naturais, humanas e sociais, sem reduzi-las aos componentes que formem exclusivamente para o trabalho (Saviani, 2002).

O debate travado na década de 1980, sobre a possibilidade de superação da dualidade entre cultura geral e cultura técnica, introduziu na história da educação brasileira o conceito de politécnica, não como o domínio de uma multiplicidade de técnicas fragmentárias, mas como o domínio dos fundamentos científicos das diferentes técnicas que presidem o processo de trabalho produtivo moderno.

Trabalho, educação e saúde articulam-se, assim, no bojo dessa intensa discussão que ocorre nos marcos do processo de redemocratização da sociedade brasileira e do processo constituinte nos anos 1980, dando origem às duas matrizes de formação profissional em saúde no interior do setor público. A primeira, tributária da experiência do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal do Ministério da Saúde (PPREPS/MS), desenvolvido na segunda metade da década de 1970, organiza-se em torno da estratégia de integração ensino-serviço originando o Projeto Larga Escala, responsável pela institucionalização da formação profissional em saúde no âmbito das secretarias estaduais de Saúde, com atuação dirigida fundamentalmente para a qualificação do grande contingente de trabalhadores sem formação profissional nos serviços de saúde. A segunda, tributária das discussões em torno da reestruturação da formação profissional em saúde em Cuba e Nicarágua (Cebes, 1984; Márquez & Ochoa, 2006) e da produção intelectual da área trabalho-educação no país, organiza-se em torno da proposta de educação politécnica de ensino, com atuação voltada para a integração da formação geral com a formação profissional em saúde. Para ambas as matrizes se coloca, a partir de então, o duplo desafio de superar uma visão abstrata e biologicista do processo saúde-doença e de articular a formação dos trabalhadores técnicos com o processo de trabalho em saúde.

Portanto, a década de 1980, considerada por vários autores uma década perdida em razão da recessão econômica que se abate sobre o país, da falência de inúmeros planos de estabilização e da perspectiva de hiperinflação, não o é para a sociedade civil, que se torna forte e articulada no processo de reconstrução democrática (Coutinho, 2006). Isso permitiu sedimentar referências fundamentais para a construção e operacionalização do SUS na Constituição brasileira, a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19/09/1990) e, logo depois, a lei que estabelece a participação popular no SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Lei n. 8.142, de 28/12/1990).

Entretanto, a aprovação dessas leis já ocorre sob um clima de acirrada luta entre as forças políticas da Reforma Sanitária e a doutrina neoliberal que, após o Consenso de Washington, em 1989, começa a se afirmar e fincar raízes no país com a eleição do governo Collor, se consolida no governo Fernando Henrique Cardoso e tem continuidade no governo Lula da Silva (Paulani *apud* Lima & Neves, 2006). O caminho imposto para o Brasil, assim como para o conjunto dos países latino-americanos, para a renegociação da dívida externa ou para conseguir empréstimos no sistema financeiro internacional foi a adesão às políticas de corte neoliberal que, paralelamente ao avanço do processo de globalização e da mudança do padrão de acumulação capitalista, passa a funcionar sob o imperativo da mundialização financeira.

Para essa doutrina, o suposto gigantismo do Estado com sua intervenção na economia, bem como os direitos sociais e trabalhistas que esse tipo de atuação havia conferido aos trabalhadores eram os principais responsáveis pela crise de estagnação e da inflação que os países então experimentavam. Buscava-se assim sedimentar a crença nas virtudes do mercado cujas graças seriam alcançadas pela interferência mínima de um Estado que, ao contrário de ser fraco, deveria ser forte o suficiente para garantir as regras do jogo capitalista, pelo controle dos gastos estatais e da inflação, pela privatização das empresas estatais e pela abertura completa da economia. No que tange às políticas públicas em geral e especialmente às políticas sociais, a lógica neoliberal defende a redução do gasto social junto com a ampliação da privatização da área de serviços, sob a alegada perspectiva de racionalização dos custos e do aumento da eficiência. As políticas sociais, nesse sentido, deveriam desempenhar papel compensatório e focalizar basicamente os setores mais pobres da população. Na área da saúde, essas orientações foram explicitadas pela primeira vez pelo Banco Mundial, em 1987, com o documento “Financing health services: an agenda for reform”, depois em 1993, por meio do “Informe sobre el desarrollo mundial: investir en salud”, e em 1995, com o texto “A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”. No plano internacional, a difusão das idéias do Banco Mundial sobre as políticas de saúde produziu o realinhamento dos atores e instituições da arena internacional da saúde, questionando o mandato de organismos tradicionais no setor, como o sistema Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde (OMS/OPS).

Dessa forma, nos anos 1990 o setor saúde no Brasil passa a enfrentar uma contradição central entre a clara dominância do projeto neoliberal e a organização de um sistema de saúde baseado legalmente nos princípios de universalidade,

equidade e integralidade, com uma clara direção de reforço do setor público, e não do mercado. Uma conjuntura plena de tensões e resistências ao desmonte do SUS, por parte daqueles que lutam por uma perspectiva contra-hegemônica no plano social e político-institucional. Entre as lutas, pode-se enumerar a ampliação da cobertura populacional do setor público, a inclusão de diferentes profissionais não-médicos na atenção à saúde, a progressiva ‘desmanicomização’ da saúde mental no país, o reconhecimento da atenção primária como estratégia-base para a reorientação do modelo de saúde pautado na integralidade das ações e a criação de formas de gestão do sistema de saúde mais próximas das necessidades de saúde das populações.

Entretanto, essa conjuntura encontrou terreno propício para a difusão das orientações normativas dos organismos internacionais com a adesão das elites nacionais às teses neoliberais, inclusive no interior do setor Saúde (Costa, 1996). Antes de serem decorrência de mera imposição, essas teses vão sendo assimiladas pelos especialistas em políticas de saúde, que ao articularem a reforma do Estado e a orientação para o mercado com as temáticas do combate à pobreza e a efetividade dos programas de proteção social, vão produzindo argumentos e ações/estratégias políticas para o fim e/ou adequação das engenharias universalistas de caráter público e a sua contraface: a expansão das organizações não governamentais na área de saúde e a gestão privada do público, entre outros.

No setor educacional, por outro lado, a educação profissional foi submetida inicialmente à reforma estrutural com o Decreto n. 2.208/1997, que a desvincula do ensino médio e passa a tratá-la como um subsistema de ensino independente e complementar à educação básica, restabelecendo em outros termos o dualismo educacional. Após a reforma estrutural, as Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Profissional (Parecer CEB n. 16/99 e Resolução n. 04/99) definem a reforma conceitual, baseada na noção de competências, seguindo a lógica das Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Médio, regulamentadas anteriormente (Parecer CEB n. 15/98 e Resolução n. 03/98). Uma noção marcada política e ideologicamente por sua origem – o mundo dos negócios, que se difunde associado à generalização das modernas formas de produção industrial denominada ‘especialização flexível’ e que, com base no conceito de empregabilidade, busca adaptar os trabalhadores às instáveis condições sociais e profissionais que marcam esse período de ajuste estrutural orientado para o mercado, requerido pelo capitalismo contemporâneo. No primeiro governo Lula da Silva, sob o embate de diferentes forças sociais, revoga-se o Decreto n. 2.208/1997 com a aprovação do Decreto n. 5.154/2004, que restabelece a integração do ensino médio com a educação

profissional como condição social e histórica necessária para a construção de uma formação básica unitária e politécnica.

Esse arcabouço conceitual está na base da organização deste livro, que ao articular trabalho, educação e saúde na perspectiva da ‘totalidade de mudanças’, busca fortalecer o campo da educação profissional em saúde com base em uma análise histórica destes vinte anos do SUS constitucional, suas contradições e desafios. A disputa de idéias e projetos que os textos reunidos neste volume fazem emergir é parte da luta cotidiana de todos aqueles que, como intelectuais e trabalhadores da saúde e da educação, têm o compromisso com a construção de uma sociedade mais justa e democrática, e de um sistema público de saúde e educação para todos e todas.

REFERÊNCIAS

- AROUCA, S. A Reforma Sanitária brasileira. *Tema. Radis*, 11: 2-4, nov. 1988.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). *Saúde e Revolução: Cuba*. Rio de Janeiro: Cebes, Achiamé, 1984.
- COSTA, N. R. O Banco Mundial e a política social nos anos 90: a agenda para a reforma do setor saúde no Brasil. In: COSTA, N. R. & RIBEIRO, J. M. (Orgs.) *Política de Saúde e Inovação Institucional: uma agenda para os anos 90*. Rio de Janeiro: SDE/Ensp/Fiocruz, 1996.
- COUTINHO, C. N. O Estado brasileiro: gênese, crise, alternativas. In: LIMA, J. C. F. & NEVES, L. M. (Orgs.) *Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2006.
- DONNANGELO, M. C F. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- FRIGOTTO, G. *A Produtividade da Escola Improdutiva*. São Paulo: Cortez, 1986.
- KUENZER, A. *Educação e Trabalho no Brasil*. Brasília: Inep, 1987.
- MÁRQUEZ, M. & OCHOA, F. R. *Sergio Arouca: su comprometida labor internacionalista*. La Habana: Editora Palacio de Convenciones, 2006.
- PAULANI, L. M. O projeto neoliberal para a sociedade brasileira: sua dinâmica e seus impasses. In: LIMA, J. C. F. & NEVES, L. M. W. *Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2006.
- SAVIANI, D. O choque teórico da politécnica. *Trabalho, Educação e Saúde*, 1(1): 131-152, 2002.