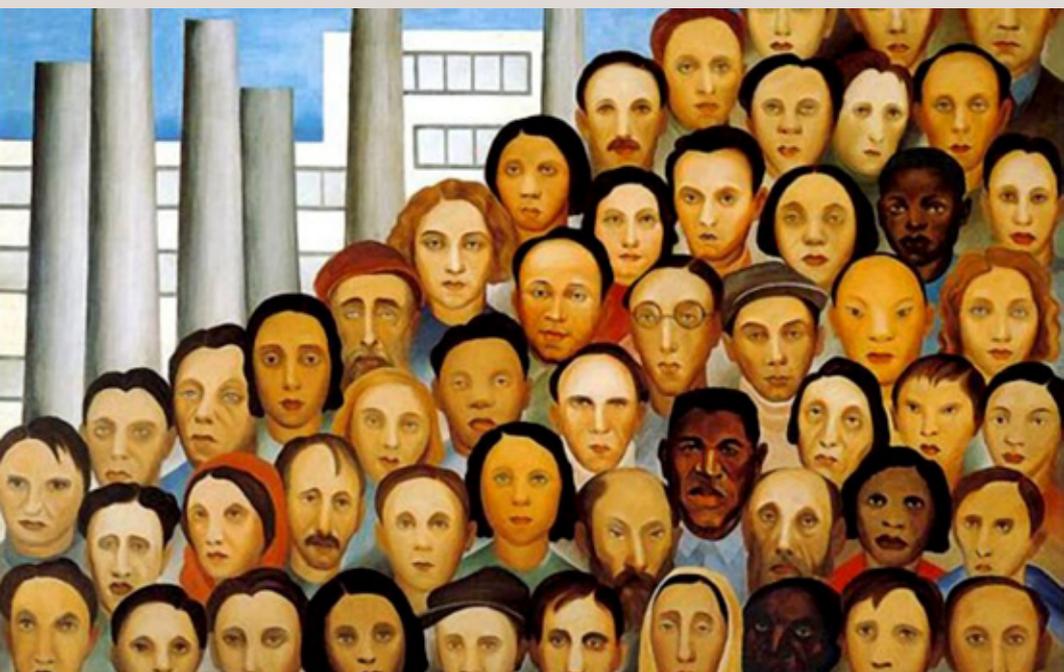


Maria Lúcia Teixeira Garcia [ORG.]

Análise da Política de Saúde Brasileira



EDUFES

Editora filiada à Associação Brasileira das Editoras Universitárias (Abeu)
Av. Fernando Ferrari · 514 · Campus de Goiabeiras
CEP 29 075 910 · Vitória – Espírito Santo, Brasil
Tel.: +55 (27) 4009-7852 · E-mail: edufes@ufes.br
www.edufes.ufes.br

Reitor | Reinaldo Centoducatte
Vice-Reitora | Maria Aparecida Santos Corrêa Barreto
Superintendente de Cultura e Comunicação | Ruth de Cássia dos Reis
Secretário de Cultura | Orlando Lopes Albertino
Coordenador da Edufes | Washington Romão dos Santos

Conselho Editorial

Agda Felipe Silva Gonçalves, Cleonara Maria Schwartz, Eneida Maria Souza Mendonça, Gilvan Ventura da Silva, Glícia Vieira dos Santos, José Armínio Ferreira, Maria Helena Costa Amorim, Orlando Lopes Albertino, Ruth de Cássia dos Reis, Sandra Soares Della Fonte

Secretária do Conselho Editorial | Fernanda Scopel Falcão

Comitê Científico de Letras

Antônio Pires, Evando Nascimento, Flávio Carneiro, Goiandira Camargo, Jaime Ginzburg, Luiz Carlos Simon, Marcelo Paiva de Souza, Márcio Seligmann-Silva, Marcus Vinícius de Freitas, Marília Rothier Cardoso, Paulo Roberto Sodrê, Rosani Umbach

Revisão de Texto | Anna Catharina Izoton
Imagem de Capa | Os operários de Tarsila do Amaral
Revisão Final | As autoras
Projeto Gráfico e Diagramação | Oficina de Letras

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

A532 Análise da política de saúde brasileira / Maria Lúcia Teixeira
 Garcia (org.). - Vitória : EDUFES, 2014.
 218 p. : il. ; 21 cm

ISBN: 978-85-7772-242-6

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Política de saúde - Brasil. I. Garcia, Maria Lúcia Teixeira, 1961-.

Maria Lúcia Teixeira Garcia [ORG.]

Análise da Política de Saúde Brasileira



EDUFES

Vitória 2014

SUMÁRIO

Apresentação.....	7
Introdução.....	9
Capítulo 1. Contrarreforma na política de saúde e a ênfase nas práticas assistenciais e emergenciais.....	15
Capítulo 2. A gestão dos serviços de saúde pós 1988: o caso dos hospitais universitários.....	45
Capítulo 3. A (in)visibilidade do processo de trabalho na estratégia de saúde da família.....	83
Capítulo 4. Política de saúde do trabalhador: desafios históricos e contemporâneos.....	123
Capítulo 5. Trabalho e formação em saúde: entre os dilemas das reformas.....	147
Capítulo 6. Políticas de enfrentamento ao uso indevido de drogas na sociedade capitalista: o crack nesse contexto.....	179
Posfácio.....	209
Identificação dos autores.....	215

Apresentação

Análise da política de saúde brasileira nos chega em boa hora! Organizado por Maria Lúcia Teixeira Garcia, o livro vem contribuir para o debate da política de saúde quando a imperativa lógica da gestão privada se capilariza pelos diversos setores da gestão pública, intencionando tornar anacrônica a defesa de um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.

A coletânea reúne artigos com rigor acadêmico e um espírito refinado de análise técnico-política, que nos convoca à desentorpecer nossa razão. A naturalização dos interesses do capital na saúde é reposicionada frente às disputas por hegemonia, cujas lutas descortinam as contradições em curso na tendência de assistência e emergencialização nas práticas de saúde; na Estratégia de Saúde da Família no âmbito da Atenção Básica brasileira; na ofensiva sobre a gestão dos hospitais universitários, locus contraditório de um contínuo do modelo flexneriano, mas espaço fundamental de ensino, assistência em alta complexidade e pesquisa em saúde; na atual política de saúde do trabalhador e do processo social em curso que envolve o trabalho; nas políticas de enfrentamento ao crack e, finalmente, na própria formação dos trabalhadores para a saúde, ganhando especial análise o projeto das Residências Multiprofissionais em Saúde.

Tais temas de grande relevância atual para a política de saúde brasileira se tornaram objeto da inquietude e pesquisa de mulheres assistentes sociais, alinhadas ao projeto da Reforma Sanitária. Longe de ser um livro específico para leitores do Serviço Social, torna-se uma leitura indispensável para aqueles que desejam renovar suas práticas, afirmando a construção de políticas sociais assentadas na conquista combinada entre democracia política e democracia econômica.

Rita de Cássia Cavalcante Lima
Assistente Social
Professora da Escola de Serviço Social da
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Introdução

Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade

O tema da política de saúde me foi apresentado na Graduação pela professora Angela Maria Campos da Silva. Como militante e defensora de uma saúde pública de caráter universal, Angela ensinava a todos que, como assistentes sociais, deveríamos ser capazes de construir análises consistentes da realidade sob intervenção, sob pena de não entendê-la.

Passados quase 30 anos dos ensinamentos da grande mestra, olho para trás e para a frente e vejo que da política de saúde não me afastei. E, nesse balanço de vida profissional, faltava uma tarefa: reunir em um livro algumas reflexões de amigos, ex-alunos e colegas de trabalho sobre a Política de Saúde. O objetivo aqui é adensar o debate do Serviço Social nos tempos difíceis em que vivemos, tempos de avanço dos interesses privados, desconstruindo-se o ideal de saúde pública ensejado na luta pela Reforma Sanitária brasileira.

Opondo universalidade de acesso e restrição ao acesso à saúde, a saúde hoje é um claro exemplo da opção política dos governos de plantão de priorização dos interesses do capital em detrimento da ampliação das políticas sociais. A saúde sofre com a falta de recursos públicos, e as autoridades públicas não são presas por assumirem o descumprimento constitucional do direito à saúde. Ao anunciar que “[...] o Brasil precisa dobrar o número de mamografias entre mulheres de 50 a 69 anos para chegar a um índice ideal”¹, o Ministro da Saúde dá o tom exato da questão: estamos muito longe de alcançar o acesso universal. Convivemos com um número inaceitável de mortes evitáveis e nada acontece. Perdemos a sensibilidade de nos revoltar com a injustiça que cerca esse processo? É com o espírito de repudiar essa realidade, em nome de uma sociedade justa e igual, que esse livro foi escrito. Todos os textos assumem essa perspectiva gramsciana: o pessimismo da razão e o otimismo da vontade.

Quem são as autoras? Todas mulheres fortes, que militam na área da saúde e defendem uma Saúde estatal, universal e de quali-

¹ Entrevista do Ministro Alexandre Padilha em Brasil, outubro de 2012.

dade. O livro abre com o debate de Raquel Cavalcante Soares, que nos lembra que “a política de saúde tem se constituído cada vez mais espaço de contradição e grande complexidade de desafios à prática social dos trabalhadores da saúde”. E, nesse cenário, com um contingente superior a 22 mil trabalhadores (destes, mais de 90% são servidores do SUS), é mister que engrossemos a luta e o debate dessa política.

Raquel discute a racionalidade hegemônica na política de saúde brasileira, suas principais tendências e a ênfase na assistência e emergencialização nas práticas de saúde na atualidade. Revela que qualquer processo de defesa da reforma sanitária perspassa os espaços assegurados pelos marcos legais, mas transcendem a eles, inscrevendo-se no campo das lutas coletivas. Nesse caso, o recrudescimento dos sujeitos coletivos de luta contra a privatização da saúde é central.

Com esse tom, Leandra traz à tona a questão da gestão dos Hospitais Universitários. Em tempos de Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o tema e o futuro dos Hus é atual e desafiador. Usando a metáfora “da gestão da ‘crise’ à crise da gestão”, a autora traça o panorama de indefinição entre Ministério da Saúde e Educação na condução de uma instituição que mescla um modelo flexneriano à convivência com a tripla demanda de ensino, assistência à saúde e pesquisa, com deterioração dos equipamentos e redução de pessoal técnico.

Maria Ilk Nunes de Albuquerque, centrando-se na Atenção Básica (AB), discute o trabalho na ESF, partindo do pressuposto de que, no campo da saúde, a AB ocupa um espaço privilegiado e de ampla visibilidade no SUS. Contudo, o processo de trabalho em sua configuração não é dissociado de alguns paradoxos relacionados aos condicionantes e determinantes de alguns mecanismos da acumulação capitalista que, apesar das especificidades inerentes aos serviços de saúde, se manifestam através de efeitos perceptíveis, mas, na maioria das vezes imperceptíveis pelos trabalhadores, embora evidenciados na ocorrência da intensificação e da exploração do trabalho, na SF.

A autora conclui que o trabalho na SF, ao mesmo tempo em que “busca demonstrar a pretensão em superar a lógica do processo de trabalho, pautada no modelo curativo, individual e médico-centrado”, tem como contrapartida “o Estado, que, sob fortes pressões políticas e econômicas, tanto nacionais quanto internacionais, não demonstra efetivamente a pretensão em superá-la”.

Jussara Maria Rosa Mendes, Dolores Sanches Wunsch e Paulo Antonio Barros Oliveira colocam na cena a questão de um tema caro a todos nós: Saúde do Trabalhador e suas mediações históricas e contemporâneas, relacionadas à constituição de uma política na área. Os autores evidenciam “a construção, organização e limites da atual política de saúde do trabalhador e do processo social em curso que envolve o trabalho”, denunciando que a “política de Saúde do trabalhador no Brasil, a ser implementada através do Plano Nacional de Segurança e Saúde dos Trabalhadores [...] embora elaborada intersetorialmente, ainda perpetua a histórica fragmentação entre as três grandes políticas: saúde, previdência e trabalho”.

Gislene do Nascimento Brunholi traz a temática da formação em serviço e de como a residência multiprofissional em saúde se situa nesse contexto. A autora aponta a relevância desse debate: “No Brasil, a força de trabalho na saúde compreende mais de um milhão de profissionais de nível superior. Houve um aumento de 144,7%, passando de 451.303 para 1.104.340 profissionais, entre 1992 a 2009. Entre os setores público e privado, o crescimento seguiu praticamente igual, chegando, em 2009, com o setor privado com 551.497 e o público com 552.843 profissionais de nível superior”. É preciso aprofundar esse debate que envolve diferentes segmentos e a avaliação das experiências em curso.

Por fim, Fabiola Xavier Leal situa um tema importante e controverso: as políticas de enfrentamento ao crack. O crack é uma substância psicoativa (cocaína em forma de pedra, com presença de produtos químicos utilizados no refino da pasta base de cocaína) que traz, em si, múltiplos aspectos para debate: o processo de fabricação, distribuição e comercialização de uma substância ilícita², o consumo da substância, que envolve diferentes padrões de consumo, e os danos individuais e coletivos resultantes deste, a forma de tratamento, o sofrimento de quem convive com o usuário dessa substância, entre outros. Qualquer foco em um dos aspectos implica perder a complexidade desse fenômeno.

No momento atual, o foco tem sido o consumo de crack e seus impactos sociais. Dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013) indicam que, em 2010, as regiões com maior preva-

² Como um produto (mesmo que ilícito), o *crack* tem um mercado caracterizado por ter um baixo custo (quando comparado a outras drogas, como a cocaína). Lançado para popularizar o uso da cocaína, movimentou até US\$ 100 bilhões em 2009, segundo cálculos da ONU.

lência de uso de cocaína permaneceram na América do Norte (1,6 por cento), Europa Ocidental e Central (1,3 por cento) e Oceania (1,5-1,9 por cento). Embora as estimativas globais de consumo de cocaína tenham permanecido estáveis em 0,3-0,4 por cento da população entre os 15-64 anos (entre 13 milhões e 19,5 milhões de usuários), registrando uma diminuição substancial, foi relatada na América do Norte e alguns países da América do Sul. A média geral da América do Sul diminuiu 0,9-0,7 por cento no mesmo período, refletindo as estimativas revistas na Argentina e um declínio acentuado no Chile. Se, por um lado, há afirmações sistemáticas sobre um aumento do consumo de cocaína no Brasil, a OMS, por outro lado, afirma que faltam dados para uma melhor compreensão do impacto sobre estimativas regionais. Ou seja, a OMS nos adverte que a ausência de dados confiáveis pode nos levar à simplificação do fenômeno.

Sob o manto do problema do consumo, nos defrontamos com um acalorado debate em torno do que fazer em relação ao usuário dessa droga. Diferentes são os argumentos apresentados e somos desafiados a nos colocar nesse debate. É *mister* deixar claro um pressuposto que nos orienta: entenderemos a questão em tela não como uma questão em si – a droga ou o sofrimento decorrente de seu consumo –, mas enfatizar aquilo que nela não conseguimos ver: os interesses políticos e econômicos que se entrecruzam por fios nem sempre visíveis.

Enfim, essa coletânea convoca você leitor para se encantar, se rebelar e se envolver na luta por uma Saúde Pública e Universal.

Para mim, uma pequena homenagem à Mestra Angela Maria Campos Silva.

Maria Lúcia T. Garcia (organizadora)

CAPÍTULO 1

Contrarreforma na política de saúde e a ênfase nas práticas assistenciais e emergenciais

Raquel Cavalcante Soares

A política de saúde tem se constituído cada vez mais espaço de contradição e grande complexidade de desafios à prática social dos trabalhadores da saúde. O presente artigo pretende discutir a racionalidade hegemônica na política de saúde brasileira, suas principais tendências e a ênfase na assistência e emergenciais na atualidade.

A política social, enquanto espaço de contradições imanentes à relação entre Estado e sociedade civil, é expressão, sobretudo, da luta de classes e mantém relevantes conexões com as necessidades sócio-históricas. Neste sentido, para desvelarmos as principais tendências da política de saúde brasileira e suas mediações com as práticas sociais na saúde, faz-se necessário um empreendimento investigativo que identifique a racionalidade que a organiza e legitima.

1. A racionalidade hegemônica na política de saúde brasileira na atualidade

Os projetos societários de classes disputam a hegemonia no Estado e na sociedade e possuem um determinado modo de conceber a realidade e, sendo assim, comportam também uma racionalidade. Há, então, um embate de projetos que se consubstancia também sob a forma de disputa de racionalidades que, no âmbito da política social, se configuram nas diversas concepções de direito, de Estado, de classes sociais, entre outros. Sendo assim, a política social expressa também as racionalidades que fundamentam os interesses de classe em confronto no âmbito do Estado e da sociedade civil.

“O capitalismo, ao surgir como modo de produção dominante na Europa, teve que construir sua racionalidade.” Os fundamentos dessa racionalidade, suas premissas ideológicas e políticas, ganham espaço na institucionalidade do Estado, para além da forma jurídica, no “adensamento de uma rede de práticas que constituem, a um só tempo, a individualidade e o coletivo” (DIAS, 1997, p. 27).

Historicamente, a política de saúde brasileira esteve fundada numa “racionalidade hegemonicamente fragmentada; em geral,

curativa, hospitalocêntrica e medicocêntrica, centrada no indivíduo (...)”, com prevalência da lógica dos interesses privados, principalmente a partir do regime autocrático pós 1964. Com o movimento de reforma sanitária e a promulgação da Constituição de 1988, houve uma tentativa de ruptura com essa racionalidade instrumental burguesa no âmbito do Estado e mais particularmente na política de saúde (SOARES, 2010, p.340).

O projeto de reforma sanitária defendido pelo movimento de mesmo nome constituiu um marco político emancipatório no âmbito da saúde pública brasileira. Suas propostas fundamentais não estavam restritas ao campo da saúde e integravam um processo mais amplo de defesa e luta pela democratização do Estado brasileiro.

As modificações necessárias ao setor da saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionado chamar a Reforma Sanitária (BRASIL, 1986, p.10).

Com a contrarreforma do Estado brasileiro, diante das necessidades do grande capital de investimento na área dos serviços sociais, a saúde tornou-se, de forma ainda mais intensiva, espaço de lucratividade. De fato, o campo da saúde, por estar relacionado diretamente à vida, tem possibilidades incontestes de mercantilização capitalista. Afinal, quem não pagaria qualquer preço, se assim o pudesse, para garantir saúde, qualidade de vida, a cura de uma doença ou mesmo escapar da morte? Com uma mercadoria de valor tão alto – que está relacionada diretamente à própria vida – o capital tem possibilidades exponenciais de maximização dos lucros.

De acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2012), em 2012, o número de beneficiários de planos de saúde chegou a mais de 47 milhões, o que representou um crescimento total de 17 milhões de pessoas, em 10 anos.

No entanto, importa salientar que a utilização do direito à saúde como objeto de mercantilização e privatização ultrapassa os meandros do mercado privado de planos e seguros de saúde. Há uma verdadeira rede de investimentos do capital que percorre todo o processo de trabalho em saúde, dos mais variados tipos e modalidades: desde a indústria – com equipamentos hospitalares e medicamentos / insumos; passando por grupos hospitalares, clínicas, laboratórios e centros de diagnóstico, farmácias privadas

etc.; rede pública de saúde, seja através dos contratos de compra de equipamentos, medicamentos e insumos, seja via terceirização, convênios com entidades privadas, contratos com entidades privadas de uma forma geral, inclusive as entidades que se configuram hoje como os novos modelos de gestão – organizações sociais, fundações estatais de direito privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); bolsa de valores, tendo em vista que na atualidade é considerável a participação das grandes empresas do setor nesse importante campo do capital portador de juros.

Assim, a necessidade de expansão do capital nos serviços de saúde é um dos determinantes fundamentais no processo de contrarreforma na política de saúde, iniciado de forma mais sistemática no governo Fernando Henrique Cardoso, com a aprovação da Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 – que, contraditoriamente, estimulava a contratação de serviços privados pelos gestores – e da instituição das organizações sociais como novos modelos de gestão de instituições públicas nas mais diversas áreas da política social, dentre elas a saúde.

Com a ascensão do governo Lula, os anseios de implementação do projeto de reforma sanitária foram frustrados pela continuidade da política econômica conservadora, com orçamento público sendo drenado predominantemente para pagamento de juros da dívida pública. A política de saúde, além de sofrer os impactos financeiros desse processo, tem um adensamento qualitativo e quantitativo do processo de contrarreforma: intensificase o transformismo de antigas lideranças do projeto de reforma sanitária que passam a formular estratégias, propostas e fundamentações que, no campo acadêmico e político, tentam legitimar a privatização e a mercantilização da saúde.

Tais proposições dão nova qualidade a uma particularidade da racionalidade da contrarreforma na saúde: a refuncionalização dos princípios do SUS. O transformismo e a refuncionalização são processos típicos da sociedade política capitalista amadurecida, em que as estratégias de hegemonia tornam-se fundamentais para a manutenção da ordem do capital e a reprodução de seus interesses. Há, dessa forma, uma defesa dosificada do projeto de reforma sanitária, muito bem expressa nos documentos do Ministério da Saúde, que ressaltam os princípios do SUS, mas também introduzem modificações substanciais que modificam o conteúdo e a direção sociopolítica da reforma sanitária (GRAMSCI, 1980).

Em nome de uma atualização e/ou modernização da reforma sanitária brasileira, a lógica privada é introduzida paulatinamente e ganha corpo na forma, inclusive, de projetos de lei como a proposta das Fundações Estatais de Direito Privado, no governo Lula, e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, no governo Dilma.

Segundo Bravo (2006), desde a década de 1980, há um forte embate entre o projeto de reforma sanitária e o projeto de saúde privatista. Na Assembleia Constituinte, o projeto de reforma sanitária conseguiu ser hegemônico e imprimir, na forma de um marco legal, os seus princípios fundamentais. As Leis Orgânicas da Saúde – 8080/1990 e 8142/1990 – também expressam a racionalidade político-emancipatória desse projeto. No entanto, na década de 1990, com as necessidades do capital de ajuste estrutural e contrarreforma do Estado, o projeto privatista ganha a hegemonia.

O que se coloca como novo, a partir do governo Lula, é que o movimento de transformismo das lideranças e de refuncionalização dos princípios do SUS e da reforma sanitária é tão intenso a ponto de evidenciarmos a configuração de um outro projeto, o projeto SUS possível. Tal projeto é defendido pelas lideranças que, diante dos limites da política econômica, defendem a flexibilização da reforma sanitária, mas nomeiam esse processo como reatualização, modernização ou mesmo como continuidade daquela. Esse projeto, na verdade, termina por favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética e se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade que, dessa vez, avança mais rapidamente na disputa hegemônica (SOARES, 2010, p.53).

No governo Lula, nos diversos documentos do Ministério da Saúde, há uma retomada da discussão da reforma sanitária. No entanto, agora sob uma perspectiva diferente, incorporando conteúdos em contraposição ao próprio projeto de reforma sanitária, como, por exemplo, a repolitização que refuncionalizou o princípio da participação social que se tornou equivalente a pactuação, consensualização. Todo e qualquer conflito político, toda e qualquer contradição do sistema que se evidencia politicamente deve ser marginalizada. Todo e qualquer conflito deve ser controlado, institucionalizado e, no máximo, administrado como objeto do novo gerencialismo estatal.

De fato, a partir da análise de documentos do Ministério da Saúde representativos da racionalidade da contrarreforma hoje hegemônica, desvelamos os seus três eixos estruturantes:

1) Saúde e desenvolvimento: a saúde, para além de campo do direito social e público, constitui espaço estratégico para o desenvolvimento do país. Ressaltamos, porém, que a concepção de desenvolvimento aqui apresentada refere-se a esse neodesenvolvimentismo tutelado pelo Estado, que tem caracterizado o investimento público para benefício dos interesses dos grandes grupos econômicos nacionais e internacionais. Desse modo, o SUS é concebido numa relação de complementariedade e parceria com o setor privado. Há, assim, uma dupla dimensionalidade na saúde. “A atual proposta de desenvolvimento que consta no PAC tem suas bases no crescimento exponencial da lucratividade do capital a partir das garantias do Estado” (SOARES, 2010, p.84).

2) Redefinição do público estatal: as necessidades desse modelo de desenvolvimento e com ele os interesses do grande capital na saúde impulsionam um movimento de redefinição da gestão pública. Integra esse movimento toda uma cultura de desvalorização da gestão pública tradicional.

3) Introdução de novos modelos e instrumentos de gestão, que são apresentados como proporcionadores de uma verdadeira profissionalização da gestão, incorporando-se a racionalidade empresarial e administrativa no campo da gestão da política de saúde. Dentre esses instrumentos, ganha destaque um verdadeiro processo de repolitização da política de saúde que perde o conteúdo político-emancipatório conquistado com a reforma sanitária. Assim a participação social é concebida como estratégia de pactuação, consensualização, as unidades de saúde são estimuladas a criarem ouvidorias ao invés de conselhos gestores. Além disso, há a incorporação, tanto na gestão pública tradicional como na gestão privada, de contratualização por metas e da lógica da produtividade.

Assim, pode-se afirmar que os novos modelos de gestão propostos desde o governo Fernando Henrique Cardoso (na forma de organizações sociais) e atualizados no governo Lula (com as fundações estatais de direito privado) e no governo Dilma (com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH) constituem elementos fundamentais da racionalidade da contrarreforma na saúde. São apresentados como solução para as contradições e conflitos ocasionados na e pela gestão pública na

saúde, enquanto expressão de eficiência e eficácia no âmbito da administração pública.

No entanto, cabe ressaltar que a intensa produtividade dos serviços que estão nas bases da eficiência e eficácia propalada está alicerçada, como poderemos analisar mais profundamente posteriormente, na intensa superexploração do trabalhador da saúde, com vínculos precários, instáveis, baixos salários e, por isso mesmo, maior nível de subalternidade e grande limitação da autonomia relativa dos profissionais de saúde.

A necessidade de expansão do capital nos serviços de saúde é, sem dúvida, a mais importante determinação dessa lógica e de suas expressões na gestão da política. Para isso, há três processos ou implicações necessárias que vêm ganhando corpo no espaço da saúde brasileira: o crescimento exponencial do mercado privado em saúde, como já citado anteriormente; a precarização e focalização da política pública, sucateando-se a estrutura de serviços públicos existentes, seja para estimular a demanda da população por serviços privados, seja para conquistar o consenso dos trabalhadores e usuários do SUS sobre a inevitabilidade do processo de privatização da gestão; e a expansão da saúde pública atrelada à expansão do mercado privado, principalmente através de convênio e contratação de entidades privadas para gerir e executar serviços de natureza pública, acessando diretamente os recursos do fundo público.

No governo Dilma, a racionalidade da contrarreforma na saúde, seus eixos e processos vêm sendo acentuados e adensados em quantidade e qualidade. Importa ressaltar que, dias antes de sua eleição, a então candidata à presidência recebeu a visita de uma comitiva de representantes do mercado privado no setor saúde. Na ocasião, Dilma afirmou que a implementação e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde não podem ser apartados da iniciativa privada. Assim, o mandato da presidente na política de saúde efetivamente tem cumprido o seu compromisso junto ao mercado privado, o de estimular o incremento das parcerias público-privadas. Além disso, foi o seu governo que apresentou o projeto de lei e conseguiu, no Congresso, a aprovação da EBSEH, a fundação estatal de direito privado criada para gerir os hospitais universitários, que hoje se constituem num grande filão para o investimento privado.

Associada aos eixos aqui elencados, há uma particularidade importante dessa racionalidade, analisada por Netto (2007),

que precisa ser ressaltada: o Estado brasileiro tem se constituído como um Estado profundamente assistencialista, principalmente a partir do governo Lula. A política de saúde também expressa essa assistencialização com rebatimentos em suas práticas sociais, como analisaremos a seguir.

Apesar dessa racionalidade permanecer hegemônica, o projeto de reforma sanitária – que expressa os interesses da classe trabalhadora na saúde pública – continua resistindo, inclusive com a constituição de novos espaços de organização e luta. Segundo Bravo (2011), um desses importantes espaços tem sido a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, que tem estimulado a criação de frentes nos diversos estados e municípios do país.

Nesse confronto de projetos que se colocam desde a sociedade civil até o Estado, a disputa de racionalidades perpassa e engendra uma série de tendências e contradições expressas também na materialidade da execução da política, nos serviços e nas práticas em saúde. Mais do que isso, as configurações que a racionalidade hegemônica da contrarreforma adquire na realidade constituem também fonte de contradições, dadas as suas limitações, expressas na impossibilidade de estruturalmente atender às reais necessidades sociais da população demandatária do SUS.

2. Tendências da saúde pública brasileira: a objetivação da racionalidade da contrarreforma

A mesma racionalidade hegemônica que estrutura a gestão do sistema de saúde é a que organiza a prestação da atenção à saúde, isto é, seu modelo assistencial, tendo em vista compor uma mesma unidade, mesmo que uma unidade de complexos. Apesar de este ser um campo muito debatido nos sistemas de saúde, não pretendemos adentrar este debate – tendo em vista não ser este o objeto deste artigo – mas sim, definir claramente nossa concepção.

A política de saúde constitui-se um complexo de complexos – gestão, financiamento, atenção à saúde etc. – que, por sua vez, está em relação recíproca e dialética com outros complexos de maior ou menor complexidade da totalidade social. Assim, a racionalidade hegemônica e as demais racionalidades em disputa podem se expressar de forma diferenciada em cada complexo do sistema, todavia, não perdem seu caráter de unidade. Paim, ao analisar os modelos de atenção e vigilância em saúde, lhes confere a seguinte conceituação:

[...] modelo de atenção é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser; uma racionalidade, uma espécie de “lógica” que orienta a ação. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou em processos de trabalho em saúde. Aponta para um determinado modo de dispor dos meios técnico-científicos existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde. Incorpora uma lógica que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde, constituindo um modo de intervenção em saúde. Corresponde, portanto, à dimensão técnica das práticas de saúde. (...) Portanto, não se trata de normas ou exemplos a serem seguidos, mas sim de racionalidades diversas que informam as intervenções em saúde (PAIM, 2003, p. 568).

Apesar de Paim inserir a discussão dos modelos de atenção na dimensão técnica dos serviços de saúde, é imprescindível ressaltar que tais modelos compõem o sistema de saúde e integram a totalidade da política social, mais precisamente, conformam a sua materialização, e, por isso mesmo, são perpassados pelas relações sociais, políticas e econômicas presentes na mesma.

Assim, como vimos anteriormente, a racionalidade hegemônica na trajetória da política de saúde brasileira historicamente estruturou um sistema de saúde cujo modelo de atenção é fragmentado, centrado na medicina, numa perspectiva assistencial, individualista e curativa e fortemente perpassado pelos interesses privados. Este ainda é o modelo predominante, mesmo que a racionalidade do projeto de reforma sanitária tenha sido hegemônica nos anos 1980, particularmente no processo Constituinte, e tenha garantido sua incorporação num marco legal.

Esse modelo de atenção termina produzindo e reproduzindo uma série de conflitos e contradições no cotidiano das práticas sociais na saúde. A maior parte desses conflitos tem sua origem no fato de que ele é incapaz de atender de forma integral às reais necessidades da população usuária que integra as classes trabalhadoras.

Segundo Paim (2003), o modelo assistencial sanitário convive de forma subordinada no sistema, constituído fundamentalmente por campanhas e programas especiais que também terminam por reproduzir uma certa fragmentação, apesar de não estar

necessariamente centrado na perspectiva individualista e curativa, pode estar organizado de forma vertical, ocorrendo também muitas dificuldades no espaço da execução dos serviços. Assim, as propostas alternativas apresentadas e inspiradas na racionalidade do projeto de reforma sanitária tentam romper com essa fragmentação, segundo os princípios da integralidade e os demais princípios que se encontram no marco legal original do SUS.

Porém, mesmo estas propostas consideradas alternativas têm uma série de limitações, tendo em vista que suas experiências, quando são implantadas, ocorrem no interior do sistema de saúde, cuja lógica predominante inviabiliza ou pode distorcer muitos resultados; mais do que isso, podem ser apropriados para fins diversos dos originalmente pensados ou mesmo refuncionalizados.

Nesse sentido, para analisar os impactos da racionalidade instrumental hegemônica engendrada no processo de contrarreforma na saúde e presente no SUS hoje sobre as práticas de saúde, é importante refletirmos sobre as contradições do sistema e, junto com os fundamentos e diretrizes da política já analisados, chegarmos às tendências postas no cotidiano do SUS. Para isso, analisaremos alguns indicadores e dados com relação aos serviços de saúde prestados à população que traduzem essas contradições.

Podemos ter uma dimensão da ampliação do SUS, no gráfico a seguir, que faz um comparativo entre a produção ambulatorial aprovada dos anos de 1995 – com 1,2 bilhão de procedimentos – e de 2011 – com um quantitativo de quase 3,6 bilhões de procedimentos (Brasil, 2012).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, em 2009, foram realizadas mais de 11 milhões de internações, investindo-se R\$ 10,1 bilhões. Além disso, dos leitos disponíveis para a população brasileira, 73% são leitos SUS, perfazendo um total de mais de 343 mil leitos. No entanto, destes leitos, 54% são de estabelecimentos filantrópicos ou privados conveniados, com o quantitativo de mais de 186 mil leitos, indicando a forte presença do setor privado / filantrópico nos procedimentos de internação que têm um potencial lucrativo maior do que outros atendimentos do sistema.

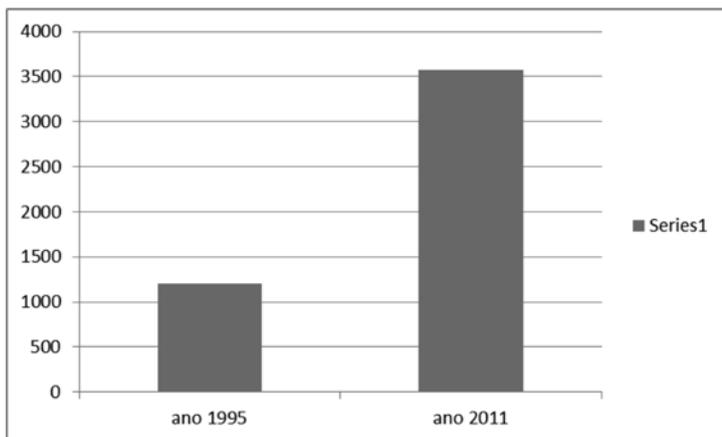


Gráfico 01: Produção ambulatorial do SUS em milhões de atendimentos/Quantidade aprovada em 1995 e 2011. Fonte: DATASUS / Gráfico de elaboração própria

Apesar da ampliação do sistema, há indícios concretos, pela quantidade de serviços e pelo seu aporte financeiro, de que a cobertura e acesso do SUS não é efetivamente universal e, mesmo para aquelas populações consideradas cobertas, os serviços, muitas vezes, estão estruturados de forma precária, tanto do ponto de vista estrutural quanto em termos de recursos, inclusive déficit de recursos humanos. O gasto do Ministério da Saúde com atenção básica, por exemplo, foi responsável, em 2009, por apenas 19,9% do seu gasto total. Porém, a sua cobertura vem crescendo de 2004, com 54,5% da população, chegando, em 2009, com 60% coberta. No entanto, sabe-se que essa cobertura é insuficiente, como pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1 – Indicadores de cobertura populacional da Atenção Básica

Ano	Modelo de Atenção	População coberta (1)	% população coberta pelo programa
2004	PACS	31.265.852	17,5
	PSF	65.543.751	36,6
	Outros	837.377	0,5
	Total	97.646.980	54,5
2005	PACS	28.082.605	15,2
	PSF	74.289.991	40,3
	Outros	585.498	0,3
	Total	102.958.094	55,9
2006	PACS	26.098.567	14,0
	PSF	82.219.750	44,0
	Outros	518.330	0,3
	Total	108.836.647	58,3
2007	PACS	20.949.547	11,1
	PSF	88.953.608	47,0
	Outros	30.954	0,0
	Total	109.934.109	58,1
2008	PACS	19.889.607	10,5
	PSF	92.790.438	48,9
	Outros	81.485	0,0
	Total	112.761.530	59,5
2009	PACS	20.194.460	10,5
	PSF	95.638.435	49,9
	Outros	215.476	0,1
	Total	116.048.371	60,6

Fonte: SIAB. Situação da base de dados nacional em 22/02/2010.

Se falta cobertura universal na atenção básica, por outro lado, a cobertura vacinal do SUS é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como exemplar. De 1994, atingindo apenas 38,2% da população, chega, em 2009, com 90% de cobertura, como podemos acompanhar na progressão mostrada no gráfico (2).

Além disso, o SUS tem hoje o maior programa público de transplante de órgãos do mundo, com mais de 23 mil transplantes realizados em 2011, e vem conseguindo, ao longo dos últimos anos, diminuição dos indicadores de mortalidade infantil de 73% desde 1990. Dados do Ministério indicam que, em 2011, a taxa foi de 16 em crianças até 5 anos. Mesmo assim, a mortalidade infantil ainda encontra-se num patamar alto, tendo em vista que a OMS considera aceitável o índice de 10 mortos para cada mil.

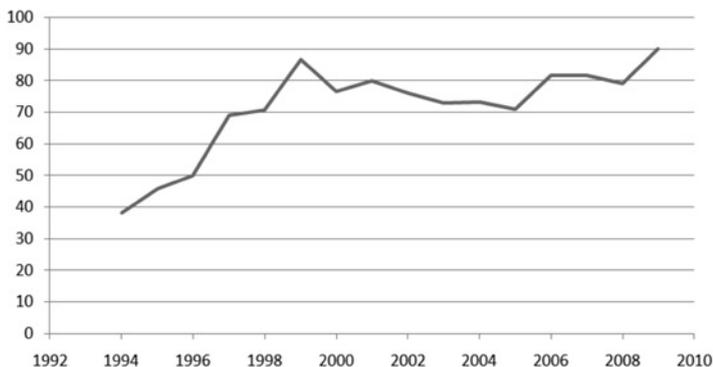


Gráfico 02: Evolução da Cobertura das Imunizações - SUS - Brasil

Em 2009, o gasto do Ministério da Saúde com atenção básica per capita foi de R\$65,40 e com média e alta complexidade foi R\$156,70. Apesar de sabermos que as ações de atenção básica são de baixo custo, a grande diferença de investimento revela a preponderância da assistência no interior do sistema. Porém, mais do que isso, também expressa a precarização da política, tanto na atenção básica quanto no âmbito da assistência secundária e terciária, dado o seu subfinanciamento.

Segundo Salvador (2010), a saúde ocupou, em 2007, apenas 15% das despesas com seguridade social. De acordo com Piola (2009, p. 12), o gasto total com saúde no Brasil, em 2007, foi de 3,5%, sendo que o investimento público foi de apenas 42% desse total. Assim, o Brasil certamente “é o único país com sistema universal de saúde, ao menos do ponto de vista legal, onde o gasto privado é maior que o público. Entre os países da OCDE, a participação das fontes públicas no financiamento do sistema representa, em média, 70% da despesa total.” Em termos de investimento público na saúde, o Brasil está atrás de países como Chile, Argentina, Colômbia, Panamá, Costa Rica, Barbados, Bahamas, entre outros da América Latina e Caribe.

O orçamento de 2012 para a saúde teve o maior aumento nominal desde o ano 2000, segundo informações do Ministério da Saúde, passando de R\$78,5 bilhões para R\$91,7 bilhões, representando um acréscimo de 17% em relação aos valores do ano de 2011. Há que se considerar, no entanto, que as necessidades de saúde da população brasileira são crescentes em vista de um modelo de desenvolvimento que não tem priorizado a redistri-

buição de renda e o consumo de bens coletivos através de serviços e políticas públicas universais. Para além disso, o incremento orçamentário, mesmo que irrisório, se comparado às necessidades prementes dessa população, objetiva responder às suas demandas por serviços de saúde atendendo predominantemente os interesses do capital. Tal investimento vem responder, assim, contraditoriamente, às necessidades de valorização e maximização da lucratividade do capital atrelada à expansão, ainda que restrita, dos serviços e de seus custos.

As prioridades orçamentárias dos sucessivos governos brasileiros, incluindo o atual, dão conta do lugar da política de saúde brasileira. Cada vez mais a responsabilidade do financiamento recai sobre estados e municípios, pois de forma continuada, a participação da União vem decrescendo em termos relativos. Expressa-se, aqui, mais um paradoxo: como incluir a saúde como estratégia de desenvolvimento, se não há de fato um incremento do aporte financeiro e, muito pelo contrário, tem ocorrido uma defasagem em termos proporcionais, comparando-se com os crescimentos do PIB e do próprio orçamento e da população? Porém, tal paradoxo é apenas aparente, tendo em vista que a concepção de desenvolvimento foi também refuncionalizada, e faz parte da lógica desenvolvimentista atual a inserção precarizada da política de saúde que, através do SUS, produz inúmeros serviços à população com reduzido orçamento.

Como observamos anteriormente, o SUS representa uma grande conquista das classes trabalhadoras, talvez a maior conquista em termos de proteção social que os trabalhadores brasileiros tiveram. Porém, sua materialização configura-se um processo essencialmente contraditório e conflituoso, em que o direito à saúde pública e o projeto de reforma sanitária são afirmados e dialeticamente negados. E esse movimento não ocorre apenas no mundo das ideias, ou mesmo na dimensão da racionalidade referente ao pensamento; acontece, sobretudo, na realidade concreta, isto é, na dimensão da racionalidade da práxis.

Os dados e informações aqui expostos nos revelam um sistema público de saúde que atende milhões de brasileiros, ao mesmo tempo em que exclui outros milhões; que viabiliza cirurgias de transplante com alto nível tecnológico e, ao mesmo tempo, pode ser incapaz de prevenir doenças simples que, inclusive, desencadeiam a necessidade de um transplante; que realiza milhares de

partos e ainda tem um alto índice de mortalidade materna, em meio a tantas outras contradições.

Para essa racionalidade hegemônica, a saúde é espaço estratégico de um modelo de desenvolvimento do grande capital no Brasil: campo de contradições, espaço do direito universal e, dialeticamente, da apropriação privada dos recursos públicos, da planificação, da tecnificação das práticas sociais em nome do aprofundamento da reforma sanitária, mas que, efetivamente, aprofunda o adensamento dos interesses privados no interior do SUS.

Essa racionalidade integra um padrão de desenvolvimento e crescimento que não reverte as tendências da concentração de renda; no máximo, as ameniza via políticas de transferência de renda e focalizadas na pobreza, como é o caso da saúde. Essa política é expressão das contradições e desigualdades presentes na sociedade brasileira: ao mesmo tempo em que se materializa de forma focalizada, com traços predominantemente assistenciais, constitui-se em objeto de investimento tecnológico, com a aquisição de equipamentos etc., mas também de incorporação de “novas” tecnologias organizacionais que ampliam as potencialidades de lucratividade do capital nesta área.

Podemos, a partir dessa análise, identificar as principais tendências que essa racionalidade engendra no SUS, bem como seus impactos para as práticas em saúde:

- Tecnificação da saúde – se expressa no grande investimento em novas tecnologias no sistema, inclusive tecnologias de gestão. Para além da compra de equipamentos mais avançados, há uma incorporação, como vimos, de inovações no espaço da gestão, com os novos modelos e instrumentos propostos, como as pactuações, a contratualização por metas, gestão por fundação ou organização social etc. Vinculada a essa profunda tecnificação, há a repolitização da política que concebe os conflitos e contradições do sistema como simples objeto da administração e gerenciamento. Além disso, essa tendência também compõe o conjunto global de respostas do grande capital internacional. Porém, não se revela que as reais necessidades do incremento tecnológico e técnico encontram-se, para além da política, na economia, nas necessidades de valorização do capital, seja na demanda crescente pelo consumo de novos equipamentos, medicamentos, insumos, entre outros, seja pela contratação de entidades privadas para gerir e executar serviços de saúde do SUS.

- Ampliação restrita – O SUS tem ampliado suas ações desde 1988, porém essa ampliação tem se caracterizado como focalizada, fragmentada e precarizada, sem conseguir atender a universalidade das demandas. Essa expansão ocorre por diversas razões: por pressão da própria demanda, que tem sido continuamente maior do que a estrutura e a capacidade da rede de serviços, assim como pelas necessidades do próprio capital de investimento na área. A ampliação limitada dos serviços tem também relação direta com os limites orçamentários da própria política, como vimos. Esta ampliação residual vem se dando em todos os níveis de Atenção em Saúde – mas, principalmente, nas equipes de saúde da família ou nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e nos serviços de pronto-atendimento e emergências – e preponderantemente no nível federativo municipal devido à descentralização e regionalização; porém, é importante ressaltar que, em todos eles, está focalizada entre os segmentos mais pobres da população.

- Ênfase na assistência precarizada, focalizada e emergencial (assistencialização) – caracterizada pela predominância de práticas tradicionais em saúde centradas no indivíduo, de natureza curativa e conteúdo emergencial, focalizada entre os segmentos mais pauperizados das classes trabalhadoras. Essa tendência se expressa sob diversas formas, particularmente na incapacidade crônica de atendimento da complexidade das demandas e necessidades sociais da população. Tal incapacidade não se refere apenas à estrutura física da rede, inclui também o déficit de recursos humanos que possibilita que o conteúdo de muitas práticas sociais na saúde seja assistencial e emergencial. Há, assim, a necessidade premente, segundo essa lógica, de contenção da demanda via ações e práticas emergenciais, com a supervalorização das ações pragmáticas e imediatistas, sobretudo através da superexploração do trabalho dos profissionais da saúde e do pouco tempo disponível para refletir sobre a sua prática. De fato, as ações e práticas sociais vinculadas à reflexão, informação, socialização de conhecimento com os usuários do sistema, como é o caso da mobilização, politização e educação em saúde, tornam-se escassas no interior do SUS. Essa tendência reproduz antigos elementos do sistema de saúde brasileiro, atendendo, no entanto, interesses bem atuais, do grande capital nacional e internacional, e também integra as recomendações e orientações do Banco Mundial sobre a política de saúde e o conjunto global de respos-

tas do grande capital internacional. Além disso, também sofre influência dos mecanismos de desistoricização e de desvinculação da totalidade social, junto com o processo de repolitização, tendo em vista que as ações assistenciais tendem, pela própria racionalidade hegemônica, a se circunscrever ao imediato, como se fossem desistoricizadas, desprovidas de antagonismos e fragmentadas da totalidade social, tornando-se simples respostas a problemas de saúde. A mercantilização da vida e a lógica destrutiva também se fazem presentes, pois a centralidade das ações assistenciais/emergenciais no sistema tem vinculação com as necessidades de ampliação do mercado privado de saúde e de maximização da lucratividade dessa área. Essa tendência representa bem o conteúdo fragmentário e os limites não só da política de saúde, mas das políticas sociais no atual estágio capitalista, fundadas na lógica neoliberal. As ações assistenciais em saúde têm se constituído no grande núcleo para onde as contradições do SUS e grande parte das contradições da estrutura social brasileira convergem, configuradas na forma de agravos, desgastes e doenças propriamente, que terminam por pressionar o sistema nos espaços das emergências e dos pronto-atendimentos.

· Privatização e mercantilização da saúde pública - Expressa as necessidades de mercantilização da vida e da lógica destrutiva do capital no espaço da saúde pública. Tem-se configurado, nos últimos anos, principalmente através da contratação de serviços e entidades privadas (organizações sociais, fundações etc.) para gerir unidades de saúde, com acesso direto ao fundo público. Essa modalidade tem se constituído um negócio sem riscos, pois o Estado garante a lucratividade. Porém, a interiorização da lógica privada e seus interesses na saúde pública ocorrem também através dos inúmeros convênios - em geral, nas áreas mais lucrativas para o mercado -, no estímulo à aquisição de equipamentos e medicamentos de última geração tecnológica, no incentivo ao crescimento do mercado privado de serviços de saúde, através da precarização da política, da isenção de impostos, entre outros. Assim, a lógica privada adentra de forma institucionalizada a saúde pública, e os serviços de saúde passam a ser mercadoria ou mediação fundamental para a mercantilização. Embora o usuário que é atendido pelo SUS numa unidade de saúde gerida por organização social ou fundações estatais de direito privado não compre diretamente o serviço de saúde, indiretamente ele está pagando pela gestão do serviço via fundo público. Impor-

ta salientar, nesse processo, que, como já observamos anteriormente, a racionalidade da contrarreforma não se apresenta como expressamente privatista e sim como modernizadora da reforma sanitária. Uma das formas de tentar encobrir essa privatização é a alegação de que as entidades contratadas para gerir os serviços não são de natureza lucrativa. De fato, do ponto de vista jurídico, tais instituições são caracterizadas como sem fins lucrativos, contudo, elas se constituem espaços amplos em que as negociações, partilhas de recursos, compras e licitações ocorrem sem um controle público mais acentuado, permitindo, de diversas formas, o incremento da lucratividade capitalista.

- Superexploração do trabalho – a introdução dos novos modelos e instrumentos de gestão atinge tanto os trabalhadores das unidades de saúde com gestão pública quanto os contratados pelas organizações sociais e fundações. De fato, os instrumentos de contratação por metas, a pactuação, a lógica da produtividade é hoje uma realidade para todos os trabalhadores do SUS, de forma mais ou menos acentuada. Segundo Correia (2011), o agravante é que, nas novas entidades jurídicas, a proliferação dos contratos temporários de trabalho e sem estabilidade, a não realização de concurso público com claras perspectivas de clientelismo e indicação política para ocupação dos cargos, tendem a acentuar a precarização do trabalho e intensificar ainda mais a sua exploração. Mais que isso, restringem mais a autonomia dos profissionais da saúde que passam a se submeter mais ainda a essa lógica. Há a necessidade de reestruturação da gestão do trabalho, inclusive com o envolvimento de diversas entidades privadas (dentre elas as organizações sociais e fundações) na formação e qualificação desse trabalhador desde a graduação, objetivando formar um perfil de profissional coerente com as necessidades da organização do sistema e de sua racionalidade.

- Promoção restrita da Saúde – configurada numa concepção de saúde e doença que prima pela responsabilização dos indivíduos e pelas práticas centradas nas mudanças comportamentais. Assim, as limitações históricas do Estado brasileiro, da nossa estrutura social e do atual estágio do desenvolvimento capitalista, não possibilitam a efetivação de políticas públicas estruturais e universais que promovam condições de vida que incidam diretamente sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença. Essa tendência tem relação com uma característica da intervenção do Estado burguês nas expressões da questão social:

Entre o “público” e o “privado”, os problemas sociais recebem a intervenção estatal: de uma parte, a direção estratégica do processo econômico-social e político; de outra, a rede institucional de serviços que incide sobre as “personalidades” que se revelam colidentes, porque vítimas, com aquela. (Netto, 2005: p.51)

Assim, convém nos determos sobre a análise das duas tendências objetivas que mais se configuram, na atualidade, como grande desafio para o desvelamento das práticas em saúde: a assistencialização e a tecnificação. Elas formam o alicerce que funda o espraiamento da lógica privada e da mercantilização na saúde.

3. O aparente antagonismo entre tecnificação e assistencialização: quando a prática em saúde torna-se emergencial

Ambas as tendências, oriundas da racionalidade hegemônica, apesar de suas diferenciações e aparente antagonismos, integram um mesmo movimento, uma mesma unidade contraditória que responde a múltiplos interesses do capital na área dos serviços de saúde.

Os fundamentos dessas tendências estão postos na racionalidade hegemônica que é inspirada nas perspectivas da razão formal-abstrata, da estruturalista e do irracionalismo. Nesse sentido, o processo de tecnificação, ao supervalorizar a técnica, a normatização, as inovações administrativas e gerenciais do sistema etc., reproduz fortemente os elementos tanto da razão formal-abstrata quanto do estruturalismo, a que Coutinho (1972) denomina de “miséria da razão”. Aqui, a razão não é reprodução da legalidade do ser social, da totalidade real e concreta, mas sim

[...] regras formais que manipulam “dados” arbitrariamente extraídos daquela totalidade objetiva. O paralelismo entre esse empobrecimento da razão e o esvaziamento da práxis na atividade burocrática não é casual. A “miséria da razão” é a expressão teórica - deformada e deformante - do mundo burocratizado do capitalismo (COUTINHO, 1972, p. 38).

Ocorre, dessa forma, um “novo” processo de burocratização que, inclusive, se apresenta como inovações na gestão da política, as quais objetivam combater e romper com a burocracia estatal, racionalizar gastos e otimizar recursos. Há, assim, uma grande preocupação em se criar normatizações, procedimentos, planos,

toda uma estrutura lógica que regule a realidade. Mas, dialeticamente, estas normas e regras se descolam da realidade por não levarem em conta a dinâmica e o movimento do real que só a razão dialética é capaz de reproduzir.

Esta racionalidade é construída para que não se efetivem os princípios do SUS em seu sentido original em toda a sua complexidade, porém, incorpora elementos desses princípios, mas de forma parcial e fragmentada, para que adquira legitimidade e uma coerência mínima em relação ao marco legal original. E neste caso, apesar de muitas dessas normatizações se deslocarem da realidade e constituírem-se em normas formais-abstratas, suas raízes e sua razão são concretas: as necessidades sociais da sociedade burguesa contemporânea.

Ela materializa-se sob a forma aparente de dualidade e paradoxos. O primeiro deles tem relação com as seguintes questões: por que, apesar de toda essa organização e normatização, o SUS não se efetiva de forma coerente com seu marco legal? Por que com todas as regras, metas, pactuações, regulações, etc., a realidade teima em ser contraditória e conflituosa na concretização da política?

Uma resposta muito comum para estas questões é a que justifica as contradições do SUS pelo fato de o mesmo ser um processo em permanente construção. Classificamos esta justificativa como falaciosa, tendo em vista que tudo, na realidade social, é movimento e está em construção e desconstrução permanente, o que definitivamente não é a causa do projeto de reforma sanitária não ser hegemônico no sistema. São as relações e necessidades sociais dessa estrutura social que se reproduzem no âmbito do Estado brasileiro e que, ao mesmo tempo em que possibilitam a defesa dos interesses do capital, também sofrem as resistências da classe trabalhadora. Dessa forma, encontram-se necessidades sociais antagônicas entre os interesses da realização, acúmulo e maximização da lucratividade via serviços de saúde, e os interesses da população usuária das classes trabalhadoras.

Como essa racionalidade hegemônica não consegue resolver as contradições do sistema, a saída apresentada é mais racionalidade instrumental, mais propostas de normatização, mais “inovações” na gestão, para dar resposta aos conflitos. Estas inovações e normas, muitas vezes longe de garantir o direito à saúde, terminam reproduzindo essas mesmas contradições e conflitos.

E é exatamente por isso que Coutinho afirma que o agnosticismo, a “miséria da razão”, abre espaço para o irracionalis-

mo: onde e quando a razão agnóstica, ou a razão instrumental não consegue explicação ou solução, está o campo aberto para o irracionalismo que, como já vimos, responde a interesses também dessa lógica.

O primeiro campo da objetividade vetado a essa razão limitada é o da contradição como modo de ser primário dos processos reais. Do mesmo modo como na atividade burocrática, busca-se reduzir qualquer diversidade a simples manifestação aparente de “leis constantes e invariáveis”, suprimindo-se a contradição numa homogeneidade formalista. (...) Ora, o preço da redução do diverso ao idêntico, do variável ao constante, é exatamente a extrema formalização do real e da racionalidade, o abandono à irratão dos problemas conteudísticos, ou seja, a gênese histórica e o sentido humano dos processos analisados (COUTINHO, 1972, p. 40-41).

É nesse sentido que a segunda aparente dualidade expressa na materialização do sistema encontra-se na unidade contraditória de tendências que são, na verdade, complementares: a tecnificação e assistencialização.

Assim, é no âmbito da assistência que a norma é confrontada com a realidade em todas as suas contradições, e no movimento da realidade a norma pode, dialeticamente, orientar as práticas de saúde até um determinado limite histórico; isso porque a razão formal-abstrata e a razão estruturalista não conseguem dar conta da realidade enquanto movimento imanente, e as contradições do sistema não se enquadram no seu modelo de racionalidade. De forma que, diante dos tensionamentos e conflitos no cotidiano da assistência à saúde, os profissionais, para além da razão, fazem uso, muitas vezes, de respostas pragmáticas, irrefletidas, irracionais, com práticas manipulatórias “para intervenção imediata em situações pontuais, a partir dos elementos disponíveis” (Fontes, 2007, p. 299).

De acordo com Virgínia Fontes, é como se alguns sujeitos sociais, “por escolha ou por impossibilidade de outra opção”, vivessem em situação de emergência permanente e, nesse tipo de situação dramática, a reflexão mais universal é suspensa, dada a urgência necessária para a sua resolução.

Os profissionais da saúde do SUS vivem um cotidiano em que a urgência tornou-se uma rotina, pois, segundo essa lógica, a

racionalidade do sistema permite a existência de um grande contingente de demandas não contempladas que devem ser resolvidas no espaço das emergências, dos pronto-atendimentos, ou mesmo nas ações curativas e assistenciais de modo geral.

Mais ainda, a lógica emergencial tem dominado os espaços sociais.

Trata-se de suscitar permanentemente catástrofes, para em seguida abrandar alguns de seus efeitos mais contundentes, contando, porém (e sobretudo), com a atividade generosa dos próprios sinistrados (FONTES, 2007, p. 302).

Nesse sentido, segundo essa lógica, não há tempo nem necessidade de uma reflexão mais aprofundada sobre a realidade, pois urge a rapidez e a imediaticidade das respostas. De acordo com Fontes (2007, p. 33), é como se o cotidiano das práticas em saúde sofresse de uma urgência permanente, diante de tragédias eminentes que se sucedem umas atrás das outras. Esta, pois, é lógica do pragmatismo: descarta-se a análise

sobre as condições gerais que produzem (e reproduzem) os naufrágios e os incêndios, que ficamos obrigados a combater a cada segundo, ficando assoberbados, pois mal acabamos um e já estamos no combate ao naufrágio ou ao incêndio seguinte (FONTES, 2007, p. 33)

A lógica emergencial, assim, se faz presente nas práticas sociais em saúde, dadas as requisições da racionalidade hegemônica na contrarreforma, e torna-se também espaço privilegiado de investimento do capital, tendo em vista que os procedimentos curativos, assistenciais, invasivos e emergenciais são os que possibilitam maior margem de lucratividade.

Os profissionais de saúde se veem diante de uma demanda crescente por respostas rápidas, pragmáticas e emergenciais, sendo requisitados a estimular a pactuação e o consenso do usuários em torno das mudanças e flexibilização do projeto de reforma sanitária.

De fato, esses profissionais e trabalhadores da saúde, de uma forma geral, são cada vez mais pressionados pela quantidade de demandas, pela complexidade dos problemas apresentados que são objeto de intervenção na saúde pública, pelas possibilidades resritas de resolutividade parametradas pela relação custo-benefício.

Segundo dados do Datasus, podemos evidenciar, na tabela abaixo, a média de profissionais de saúde SUS por mil habitantes, com destaque para médico anestesista, psiquiatra e radiologista, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social e psicólogo que têm cerca de 0,1. Observa-se, assim, uma forte tendência de precarização e sobrecarga de trabalho, dada a pequena quantidade de profissionais para a dimensão da população brasileira.

Tabela 1 – Distribuição de recursos humanos segundo quantidade de vínculos por categoria profissional em dezembro de 2009

Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas					
Categoria	Total	Atende ao SUS	Não atende ao SUS	Prof/1.000 hab	Prof SUS/1.000 hab
Médicos	843.100	600.399	242.701	4,4	3,1
.. Anestésista	37.485	28.622	8.863	0,2	0,1
.. Cirurgião Geral	56.235	46.230	10.005	0,3	0,2
.. Clínico Geral	176.407	149.021	27.386	0,9	0,8
.. Gineco Obstetra	83.183	53.664	29.519	0,4	0,3
.. Médico de Família	35.419	35.316	103	0,2	0,2
.. Pediatra	80.989	59.685	21.304	0,4	0,3
.. Psiquiatra	16.125	12.566	3.559	0,1	0,1
.. Radiologista	30.165	17.759	12.406	0,2	0,1
.. Cirurgião dentista	138.826	78.614	60.212	0,7	0,4
Enfermeiro	144.260	132.313	11.947	0,8	0,7
Fisioterapeuta	52.577	33.321	19.256	0,3	0,2
Fonoaudiólogo	18.241	11.830	6.411	0,1	0,1
Nutricionista	17.316	14.202	3.114	0,1	0,1
Farmacêutico	43.202	35.511	7.691	0,2	0,2
Assistente social	22.790	21.950	840	0,1	0,1
Psicólogo	38.533	26.721	11.812	0,2	0,1
Auxiliar de Enfermagem	320.598	287.177	33.421	1,7	1,5
Técnico de Enfermagem	186.297	162.314	23.983	1,0	0,8

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Nota: Se um profissional tiver vínculo com mais de um estabelecimento, ele será contado tantas vezes quantos vínculos houver.

Segundo Lamy Filho et al. (2011), em pesquisa realizada em UTI neonatal, foi constatada a relação entre sobrecarga de trabalho e maior quantidade de eventos adversos nos pacientes. Na verdade, a pesquisa evidencia uma informação notória: a de que a sobrecarga de trabalho compromete sobremaneira a qualidade do trabalho e mais particularmente das práticas em saúde.

Um agravante é que a precarização da gestão pública está cada vez mais associada ao aumento da participação das entidades privadas na gestão e execução de serviços da rede SUS e fora dela. A distribuição de postos de trabalho de nível superior em estabelecimentos de saúde, no ano de 2009, mostra que cerca de 49,9% está nas instituições privadas lucrativas e sem fins lucrativos. Nas regiões Sul e Sudeste, esse percentual é ainda maior, chegando a 58,6% e 53,8%, respectivamente.

Nesse sentido, as limitações impostas pela precariedade dos vínculos nas instituições privadas incidem diretamente sobre a autonomia relativa dos profissionais de saúde, que terão mais obstáculos para ultrapassar a racionalidade hegemônica em suas práticas.

Relacionada a essa questão, a precarização e superexploração do trabalho está vinculada diretamente ao desenvolvimento de práticas na saúde, dissociadas do projeto de reforma sanitária, restritas a uma concepção assistencial e emergencial dessas ações.

Apesar de essas tendências serem engendradas pela racionalidade da contrarreforma na política de saúde e, por isso mesmo, hegemonicamente atenderem interesses dela, não se pode negar a existência de contradições e resistências no seu interior, as quais estão relacionadas ao projeto de reforma sanitária. Sabe-se, como vimos, que a racionalidade instrumental hegemônica faz uso de princípios e elementos do projeto de reforma sanitária refuncionalizando o seu conteúdo e retirando-lhes o sentido original e a racionalidade político-emancipatória mais radical sob os limites do capital.

De fato, muitas ações e práticas sociais no SUS ocorrem sobre os fundamentos desses princípios, mesmo que refuncionalizados. Algumas delas são ações de natureza socioeducativa e politizadora e até mesmo assistencial que podem ser também, contraditoriamente, realizadas na perspectiva da defesa dos interesses das classes trabalhadoras, através da defesa da racionalidade política emancipatória da reforma sanitária.

Sendo assim, a resistência daqueles que defendem a reforma sanitária em seu marco legal original está em fazer uso desse espaço contraditório, lutando pela efetivação desses princípios no seu sentido real e concreto e, neste caso, defendendo o uso das novas tecnologias para a garantia efetiva do direito à saúde pública, bem como a uma assistência que atenda às reais necessidades sociais da população usuária do sistema.

A ênfase em práticas assistenciais como a outra face do tecnicismo e do aprofundamento da privatização tem se constituído um grande desafio para os trabalhadores de saúde, com grande dificuldade de desvelamento e enfretamento. Por se tratar de uma expressão de tendências da política de saúde que compõem o conjunto de respostas do capital, urge a necessidade de enfrentá-las através de estratégias organizadas e coletivas que superem a fragmentação e a imediaticidade.

Referências

BEHRING, Elaine R. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de informação da saúde suplementar*. Brasília: DF, ANS, Junho/2012

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério do Planejamento. Ministério da Saúde. *Fundação Estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados – informações sobre o projeto de lei complementar enviado ao Congresso Nacional pelo governo federal*. Brasília, DF: Ministério do Planejamento; Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Plano Mais Saúde: direito de todos, 2008-2011*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde, *Cadernos de Informações de Saúde, 2010*. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Ftabdata%2Fcadernos%2Fcadernosmap.htm&bo-taook=OK&obj=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%](http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Ftabdata%2Fcadernos%2Fcadernosmap.htm&bo-taook=OK&obj=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2F). Acesso em: 15 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde, *Indicadores de Recursos*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/e20.htm>. Acesso em: 28 set. 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, et al (orgs.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006. p. 1-24.

BRAVO, M. & MENEZES, J. A saúde no governo Lula e Dilma: algumas reflexões. In: BRAVO, M & MENEZES, J. (orgs) *Saúde*

de na atualidade: por um sistema de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.p. 15-28.

CEPAL (COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA). *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Montevideo, Uruguai: Nações Unidas, 2006.

CORREIA, Maria Valéria. Por que ser contra os novos modelos de gestão no SUS? In: BRAVO, M & MENEZES, J. (orgs) *Saúde na atualidade: por um sistema de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p. 43-49

COUTINHO, Carlos Nelson. *O estruturalismo e a miséria da razão*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1972.

DIAS, Edmundo Fernandes. *A liberdade (im)possível na ordem do capital: reestruturação produtiva e passivização*. Campinas: IFCH/UNICAMP, 1997.

FONTES, Virgínia. Equidade, ética e direito à saúde: desafios à saúde coletiva na mundialização. In: Escola Politécnica de Saúde de Joaquim Venâncio (org.) *Estudos de politécnica e saúde*. v. 2. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. p. 299-307.

GRAMSCI, Antônio. *Maquiavel, a política e o Estado moderno*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

MANDEL, Ernest. *O capitalismo tardio*. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MARANHÃO, Cezar H. O “novo” ciclo ideológico do desenvolvimento: a reconstrução do projeto político burguês e as estratégias de desenvolvimento econômico e social no Brasil. Tese (Doutorado). Recife: Pós-Graduação em Serviço Social, UFPE, Recife, 2009.

NETTO, José Paulo. *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. Das ameaças à crise. *Revista Inscrita*. CFESS. Ano VII, nº X. Brasília: CFESS, 2007.

PAIM, Jairnilson. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, Maria; ALMEIDA FILHO, Naomar. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PEREIRA, Bresser. *Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. São Paulo, Ed. 34; Brasília: ENAP, 1998.

PIOLA, Sérgio F. et al. Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenários para o futuro. *Análise Econômica*. Porto Alegre, ano 30, número especial, p. 9-33, set., 2012.

SALVADOR, Evilásio. *Fundo Público e seguridade social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2010.

SOARES, Raquel C. Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000 In: MOTA, Ana E. (org.) *As Ideologias da contrarreforma e o Serviço Social*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.

<http://www.advsaude.com.br/noticias.php?local=1&nid=6824>. Acesso em: 05 out. 2012

<http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?id=1241573&tit=Vagas-ociosas-em-hospitais-universitarios-chegam-a-13>. Acesso em: 14 out. 2012

<http://www.empreendersaude.com.br/2011/07/ppp-saude-sao-paulo-belo-horizonte-e-salvador-ja-estao-implementando-este-modelo/>. Acesso em: 14 out. 2012

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qauf.def>. Acesso em: 28 set. 2012.

http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1529&CO_NOTICIA=13881. Acesso em: 15 out. 2012

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/7197/162/ministro-apresenta-na-opas-os-avancos-na-gestao-da-saude.html>. Acesso em: 15 out. 2012.

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4043/162/orcamento-para-saude-tem-seu-maior-aumento-nominal.html>. Acesso em: 15 out. 2012.

CAPÍTULO 2

A gestão dos serviços de saúde pós 1988: o caso dos hospitais universitários¹

Leandra Maria Borlini Drago

Introdução

A abordagem da gestão na saúde brasileira a partir da Constituição Federal de 1988 aqui será inscrita no contexto de reforma sanitária e contrarreforma do Estado. Os múltiplos nós que se entrelaçam, formando uma seara ao mesmo tempo intrigante e instigante dentro da saúde pública serão aqui apresentados. Os hospitais universitários, como instituições de ensino e assistência, inseridos na rede de saúde pública, vivenciam quadro de sucateamento estrutural e déficit avassalador em recursos humanos – reflexo de intensa esquivia dos Ministérios da Saúde e Educação frente a estas instituições. Como “solução”, novas – ou velhas – formas de gestão são impostas aos Hospitais Universitários, demarcando o projeto político com o qual o sistema neoliberal compactua.

Gestão da saúde

Na perspectiva clássica, a gestão se refere a um lugar a ser ocupado por alguns – os que mandam – ou seja, é uma atividade do domínio de poucos. A ênfase recai sobre o controle, os meios e a eficiência do processo de gerir. A fragmentação dos processos de produção e gestão foca suas ações sobre o trabalho individual e competitivo e os conflitos corrigidos pela autoridade (JUNQUILHO, 2001).

Aqui, concordaremos com Junquillo (2001) ao apontar que tarefas como comandar, planejar, avaliar, controlar e organizar atuam como o “folclore” da gestão. Não é possível, dentro de uma perspectiva dialética, perceber a gestão como puramente a execução de tarefas antes determinadas. Mais do que isso, a gestão envolve “contextos macrossociais e suas articulações com os cenários microssociais das organizações” (JUNQUILHO, 2001, p. 305).

Baseado nos estudos do sociólogo Michael Reed, Junquillo (2010) destaca que a administração não pode ser elaborada

¹ A discussão aqui apresentada é um recorte da dissertação de mestrado da autora, concluída em março de 2011, sob a orientação da Prof^a Dr^a Maria Lucia Teixeira Garcia, do Programa de Pós Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

a partir de visões unilaterais e, nesse sentido, propõe o conceito de gestão a partir de três grupos de abordagem: **técnica** (voltada às técnicas e ferramentas da administração); **política** (a gestão como arena de conflitos e negociações entre interesses diversos); e **crítica** (a gestão como instrumental ideológico de manutenção da hegemonia), influenciada pela obra de Karl Marx, a partir da discussão de luta de classes, modo de produção, entre outros aspectos do sistema capitalista de produção (JUNQUILHO, 2010). O autor destaca também que a questão dos conflitos políticos entre grupos organizacionais não é negada, mas deve ser entendida como vinculada ao modo de produção capitalista, do qual a organização é parte. Nessa perspectiva enfatizam-se

as contradições da gestão organizacional, ressaltando-se, entre elas, a questão da necessidade do exercício do controle e cooperação no trabalho; o papel da gestão na regulação de conflitos entre capital e trabalho; bem como os conflitos de papel dos gerentes, enquanto responsáveis pela manutenção da ordem capitalista, mas também subordinados a ela. [...] Os gestores são concebidos como representantes da ordem capitalista a qual reproduzem por meio das estruturas organizacionais (JUNQUILHO, 2001, p. 306).

Assim, se a organização está inserida num contexto maior de conflitos históricos, sociais, políticos, culturais e econômicos de uma dada realidade, pensar a gestão como um instrumental que aborde todos esses pontos envolve as três dimensões propostas acima, ou seja, considerar a gestão como *prática social*². Integram-se em seu bojo questões inerentes às técnicas e aos dilemas éticos e políticos do dia-a-dia, impedindo lacunas quanto ao conceito de gestar. Tem-se configurado um duelo silencioso, em razão dessa “configuração dos espaços complexos de integração, diferenciação e fragmentação de práticas que desafiam os gestores em busca de resultados comuns nas organizações” (JUNQUILHO, 2010, p. 25). A noção de prática social permite pensar a gestão para além das técnicas de eficiência e eficácia, tomando por base a indissol-

² Não é propósito deste trabalho aprofundar a discussão de gestão a partir das teorias de Administração; todavia o trabalho de Junquillo (2010) apresenta outras referências as quais podem esclarecer melhor a abordagem. Recomenda-se sua leitura.

lubilidade entre diferentes dimensões da questão (poder, política, ideologia, hegemonia do capital, influência econômica) (JUNQUILHO, 2001).

Infere-se que a gestão não se resume ao ato de administrar a instituição. Isso é apenas um ponto num universo ainda maior. Perpassa o *locus* da gestão a ideologia que os reflete, transmite e impregna a gestão de seus ideais constitutivos.

Pensar a gestão na saúde e ainda a gestão de um hospital universitário requer ter em mente que, no âmbito da saúde e da educação, a complexidade das relações exige uma forma diferenciada de condução do processo e, portanto, sua gestão envolve variados e diferentes sujeitos: o gestor político, o gestor institucional, o profissional que presta cuidados diretos, os usuários desses cuidados, a comunidade onde o serviço de saúde se insere e os mecanismos de controle social instituídos. Mais do que isso, é preciso considerar o que são e como devem se constituir as ações e serviços de saúde e de educação, e que as práticas aí construídas são produtos da ideologia dominante na sociedade.

Ou seja, é preciso considerar as **técnicas de gestão**, a dimensão **política** inscrita no processo (como arena de conflitos e negociações entre interesses diversos) e, ainda, assumir uma postura de **análise crítica** (instrumental ideológico de manutenção da hegemonia).

Nesse raciocínio, torna-se funcional ao projeto privatista manter o poder decisório como privilégio de poucos. A estrutura capitalista de produção exige a hegemonia e a legitimidade de seus anseios lucrativos e, nesse sentido, ousar dividir decisões significa polemizar ou pôr em xeque o poder soberano do capital. Manter a participação da sociedade como mera representação e sem poder decisório é, assim, estratégia de manutenção do poder acumulado pelo capital, numa tentativa de democracia precária e manipulável³. Tragtenberg (1980) mostra como o uso de termos como diálogo e participação no interior da gestão das organizações capitalistas se constitui em recurso para arrancar maior produtividade dos trabalhadores. O autor demonstra que a participação de representantes dos trabalhadores em certos níveis da hierarquia administrativa das empresas, afastados das decisões estratégicas importantes, reflete a atomização da vida política e uma profunda burocratização do movimento sindical ou, ainda, um forte recuo das lutas dos trabalhadores – o que implica um procedimento do mesmo tipo da democracia representativa,

3 Dagnino, Olvera e Panfichi (2006) discutem com propriedade essa questão.

sem superação do modo de produção capitalista. Assim, a gestão, mais do que gerir, administrar ou conduzir, reflete a conjuntura política, econômica e social do país.

Mas o que é gestão na saúde? O Ministério da Saúde (MS) define a gestão como “**atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde** (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria” (BRASIL, 2003, p. 39). Neste conceito – que entendemos ser restrito –, gestores são os representantes de cada esfera do governo designados para o desenvolvimento das funções do executivo na saúde. Suas funções podem ser distribuídas em: formulação de políticas; financiamento; coordenação, controle e avaliação; prestação direta de serviços (BRASIL, 2003).

No âmbito da direção/gerência da prestação de serviços, os gestores descentralizados e seus conselhos de saúde viram-se frente às heranças seculares da administração pública direta e indireta, do centralismo, burocratismo, patrimonialismo e cartorialismo, com insustentável lentidão de respostas às necessidades e demandas populacionais e desperdício de recursos nas atividades-meio em detrimento das finalísticas.

As leis, os decretos, as portarias e resoluções, acumulados de forma centralizada há anos (não raramente conflitantes), balizam as decisões político-administrativas referentes à peça orçamentária, à execução orçamentária, às lógicas do investimento e do custeio (quase sempre desarticuladas entre si), às licitações, aos concursos públicos, à gestão do pessoal e do trabalho em saúde (estatutários, celetistas e terceirizados, trabalho esse indistintamente precarizado agravado pelo conflito entre limitações impostas pela lei da Responsabilidade Fiscal e a Lei Orgânica da Saúde). A fundamental responsabilidade do planejamento, em regra, permanece distorcida e periférica, por apoiar-se mais em séries históricas com demandas moldadas por ofertas centradas em interesses e não em demandas por saúde, considerando a realidade dos territórios e da população local, bem como a constitucionalidade do direito à saúde integral.

A gestão não se restringe à forma de gerenciamento (ou às normalizações) do sistema de saúde, mas está condicionada ao modo como se organizam os serviços de saúde, ou seja, a gestão é dialeticamente *produto e criador* do contexto sanitário – permeável, por isso, pela influência dos diferentes sujeitos sociais da política

pública. É, portanto, uma arena de conflito onde se inter cruzam diferentes projetos societários que se expressam na forma de pensar e gerir a saúde (CAMPOS; MERHY, 1989).

É preciso compreender que, formulado com base nas disputas políticas e sociais, o sistema de saúde é formado por uma heterogeneidade nas formas da assistência – público, privado, parcerias, cooperativas, organizações sociais, filantrópicas –, as quais compõem “um mosaico” (CAMPOS, 1997, p. 38). Este mosaico, ainda que suas peças não se encaixem ou se completem mutuamente, delinea duas formas de organização do sistema de saúde: a organização de acordo com as necessidades do mercado e a organização de acordo com as necessidades da população – tem-se, assim, um significativo investimento público na atenção básica, enquanto áreas da alta complexidade apresentam uma demanda reprimida, por vezes endereçada aos serviços privados. E, portanto, “lo que parece ser fundamental, es lograr conocer cuáles son los critérios organizativos que tienden a la hegemonia en la conformación de los sistemas de salud” (MENDES apud CAMPOS, 1997, p.36). Ou seja, entender esse mosaico que dá origem ao que Campos denomina “[...] modo ou forma de produção de saúde”. Este termo, por sua vez, é conceituado como

uma composição concreta de recursos (financeiros, materiais e força de trabalho), tecnologias e modalidades de atenção, articulados de maneira a construir uma dada estrutura produtiva e um certo discurso, projetos e políticas que assegurassem a sua reprodução social (CAMPOS, 1997, p. 38).

Como um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, o SUS baseia-se em uma concepção de saúde como direito de cidadania, na noção de unicidade e ao mesmo tempo nas diretrizes organizativas de descentralização, com comando único em cada esfera de governo, bem como na integralidade do atendimento e na participação da comunidade. Como exigências para a implementação desse sistema, é mister considerar o enfrentamento de, ao menos, três questões gerais: as acentuadas desigualdades existentes no país, as especificidades dos problemas e desafios na área da saúde e as características do federalismo brasileiro. Para tanto, o modelo de produção de saúde e, mais precisamente, a gestão, a partir da proposta do SUS, a qual permite, em sua legislação, a participação de diferentes sujeitos

sociais nos processos decisórios, requer atuação dos gestores no âmbito político e técnico.

A atuação política do gestor do SUS, orientada por uma concepção de saúde como direito, se consubstancia na permanente interação e relacionamento com outros sujeitos do jogo democrático⁴ (SOUZA, 2003). Esta atuação se expressa nos relacionamentos entre gestores e outros sujeitos sociais (governamentais ou não) nos diferentes espaços de negociação, de forma compartilhada, o que exige a valorização e o funcionamento adequado dos espaços de representação da sociedade. E, portanto, caberia aos gestores (em um sentido ampliado) “[...] assumirem a liderança da negociação política voltada para o processo decisório [...] em defesa da implementação dos princípios e diretrizes do SUS” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 445).

A saúde exige a interação do gestor com os demais órgãos de representação e atuação do governo e da sociedade, entre os quais se podem citar: os gestores em cada nível de governo, os representantes das instâncias de negociação das esferas de governo (Comissão Intergestores Bipartite e Tripartite) e os diferentes conselhos articulados ao sistema de saúde (CONASS, CONASEMS, COSEMS)⁵. A partir do debate e da negociação, dada a não utilização do mecanismo de voto, representantes do Ministério da Saúde, dos secretários estaduais e dos secretários municipais de saúde discutem acerca da formulação, do planejamento e da implementação da política de saúde – submetidos à fiscalização dos conselhos. No processo de descentralização, esse formato político de amadurecimento das relações

[...] tem favorecido a explicitação e o reconhecimento de demandas, conflitos e problemas comuns aos três níveis de governo na implementação das diretrizes nacionais, promovendo a formação de acordos intergovernamentais que propiciam o amadurecimento político dos gestores na gestão pública de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 450).

4 Entre eles: o chefe eleito do Executivo; o Ministério Público; representantes do Poder Legislativo; do Poder Judiciário; prestadores de serviços; servidores públicos do setor saúde; profissionais de saúde; cidadãos usuários do SUS; representantes de entidades corporativas; representantes da sociedade em geral; gestores do SUS de outros níveis de governo e de outras unidades da federação (estados e municípios).

5 Noronha; Lima e Machado (2008) apresentam com mais detalhes o papel de cada um destes atores sociais da saúde.

A atuação técnica do gestor do SUS – que é permanentemente atravessada por variáveis políticas – se efetiva por meio das funções gestoras na saúde, entendidas como “um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão, necessários para a implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública” (SOUZA, 2003, p. 23). Tal atuação pode ser classificada em quatro grandes grupos de macrofunções: 1) formulação de políticas e planejamento; 2) financiamento; 3) regulação; e 4) prestação direta de ações e serviços de saúde. Todas essas macrofunções requerem uma série de atividades diferenciadas nos três níveis de gestão (União, Estado e Município) – à União cabe a normalização e coordenação do sistema, ao Estado, o planejamento regionalizado e ao Município a gestão do sistema ao nível territorial (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 447)⁶.

Assim, entrelaçando política e técnica, a gestão do SUS foi ganhando formato, sobretudo na década de 1990 – após a promulgação da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde. Fica como característica marcante do sistema de saúde brasileiro a **descentralização político-administrativa**, com a transferência da gestão dos serviços, do poder decisório e dos recursos – antes concentrados no nível federal – para a esfera estadual e, sobretudo, para a municipal. Trata-se da passagem de um sistema centralizado para um cenário onde centenas de governos – municipais e estaduais – passam a ter uma atuação no campo da saúde pública.

Vale destacar que a descentralização é a única diretriz que não colide com as intenções de redução do Estado tão bem incentivadas nos anos 1990 (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). Isto porque havia um consenso entre os projetos políticos (Privatista e Reforma Sanitária) quanto às oportunidades de avanço com a descentralização, apesar das bases político-ideológicas e dos interesses divergentes entre ambos. Assim, enquanto o projeto de Reforma Sanitária apostava na descentralização como estratégia de democratização e incorporação de novos atores sociais na concretização das políticas sociais, bem como no alcance de diretrizes como universalização e integralidade, o projeto Privatista encarava a descentralização como efetivação da redução do Estado, em que o poder central (federal) daria lugar a centenas de poderes

⁶ Noronha; Lima e Machado (2008) explicitam detalhadamente cada uma das funções técnicas da gestão conforme os níveis.

estaduais e municipais, os quais se tornariam alvos das coalizões políticas em prol de interesses de cunho liberal. A descentralização esteve então polarizada entre a democratização das decisões políticas e o esvaziamento do Estado (GERSCHMAN, 2004).

Importa ressaltar que, num país tão heterogêneo quanto o Brasil, a consolidação de princípios e diretrizes torna-se essencialmente complexa, haja vista as diferenças de capacidade financeira, administrativa e operacional entre os entes federados⁷. Tecnicamente, as mudanças na gestão da saúde nos três níveis organizativos da saúde se deram a partir de inúmeras portarias e mecanismos de regulação e de incentivo financeiro⁸ (destacam-se nesses instrumentos as NOB's, as NOAS e o Pacto pela Saúde)⁹.

Ou, como expresso por Cohn, Elias e Ianni (2002, p. 8), as concepções que têm orientado “os modelos de gestão propostos para racionalizar a produção dos serviços públicos de saúde” derivam de tensão entre restrição de recursos e necessidades de investimentos.

Gestão da saúde e a complexa implementação do SUS

Ao longo destes mais de 20 anos de SUS, alguns agravantes se somam ao desafio de gestar a política de saúde: a falta de clareza quanto à forma de concretização de um SUS de fato regionalizado, hierarquizado, com comando único e financiamento descentralizado entre as esferas administrativas¹⁰; o não consenso quanto à missão e às competências de cada uma das esferas de governo; a falta de coordenação interna do sistema de saúde; a dificuldade de comunicação entre as esferas; o amadorismo da gestão; a fragilidade institucional e ineficiência da gestão; o engessamento de recursos e de serviços públicos; a inadequação de possíveis alternativas; a dificuldade de articulação dos gestores das unidades prestadoras de serviços de saúde com o governo; e

7 O Brasil é um sistema federado, onde coexistem entes federados que gozam de autonomia constitucionalmente definida. O poder político e a autoridade administrativa são distribuídos territorialmente entre instâncias de governo, de tal forma que o governo nacional e os subnacionais tenham certa independência em sua esfera de atuação (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

8 Podem ser citados: apoio e capacitação técnica dos gestores estaduais e municipais; divulgação de propostas e instrumentos técnicos de gestão; capacitação de recursos humanos para o SUS; controle e avaliação de sistemas, serviços e práticas; financiamento de pesquisa; regulação de mercados da saúde; implementação de novas estruturas de regulação da rede de serviços.

9 Tais instrumentos foram abordados com propriedade em Santos e Andrade (2009).

10 Paim e Teixeira (2007) denominam tais características como “imagem-objetivo” do SUS.

a atuação incipiente do controle social (PAIM; TEIXEIRA, 2007). Campos (1997) sintetiza a difícil tarefa de implementação do SUS, ao apontar que houve a legalização, mas não a ruptura do sistema, o que impediu uma nova consciência sanitária e política de forma a atingir um modelo progressista hegemônico – um SUS realmente único e universal.

Prevalece, então, como modo de produção de saúde, o modelo neoliberal, que privilegia o modo privado de produção de serviços, enfraquece as forças políticas e negligencia a perspectiva transformadora da área da saúde ou – na linguagem gramsciana – não tem permitido a construção de uma contra-hegemonia (CAMPOS, 1997). Este autor ainda destaca que mudanças administrativas sem alterações no modo de produção e na lógica do modelo de saúde não lograrão resultados e redundarão em não mais do que empreitadas esvaziadas de conteúdo. Ou, como nos dizeres de Campos: é preciso “encontrar o *látex da reforma sanitária*”¹¹.

Como saída deste contexto de “não institucionalidade” do SUS, Paim e Teixeira (2007) ressaltam que é preciso a profissionalização da gestão e das carreiras específicas para esta tarefa. Enfatizam que é mister um novo ente jurídico da organização do Estado com lógicas flexíveis, descentralizadas e ágeis de gestão, que poderiam ser representadas pela seguinte construção: preservação de princípios, autonomia de meios e pactuação de fins. Ou seja,

[...] **debruçar-se sobre os problemas e desafios que emanam da atual configuração macro-organizacional do sistema e do processo de gestão** nos vários níveis do sistema, de modo a subsidiar a identificação de propostas alternativas que contribuam para o fortalecimento e a consolidação de práticas coerentes com os princípios e valores da Reforma Sanitária (PAIM; TEIXEIRA, 2007. p.1821, grifo nosso).

Debruçar-se sobre os problemas e desafios que emanam da atual configuração macro-organizacional do sistema e do processo de gestão aqui significariam evidenciar as dificuldades em de fato descentralizar a saúde numa perspectiva financeira e políti-

11 Campos (1997, p.145) refere-se à lenda na qual o índio responsável em esvaziar uma poça d'água utilizava-se de uma cesta trançada de cipós, a qual permitia o escoamento da água pelos seus vãos. A tarefa tornava-se ingrata, pois a água sempre retornava ao seu leito. Yara, compadecida com o penar do jovem guerreiro, ensinou-lhe o segredo do látex, impermeabilizando a sua vasilha – seu instrumento de trabalho.

ca; em quebrar os monopólios e corporativismos de indústrias farmacêuticas e empresas de planos de saúde; em imprimir nos representantes do governo o ideal de uma gestão participativa, assegurada a atuação dos espaços de controle social; em inibir a sobreposição dos interesses econômicos frente aos sociais; e, em romper com o jogo de interesse partidário e político, mantido por condutas corruptas e contrárias à democracia.

Cabe, no entanto, destacar que o excessivo privilegiamento da discussão nos marcos da dimensão técnica da saúde em detrimento dos aspectos político-institucionais mascara exatamente aquilo que se buscou construir:

retirar a luta pela transformação da situação de saúde da população brasileira de um cotidiano específico para visualizá-la como parte [...] da luta pela transformação da sociedade brasileira [...] transformação radical da sociedade através da revolução socialista (ELIAS, 1993, p.64)¹².

A técnica (marcada pelo conservadorismo do sistema) impediu que aspectos políticos e críticos pudessem ganhar espaço e de fato alterar a dinâmica do sistema de saúde brasileiro. Exemplo disso ocorre na proposta de descentralização da saúde, que esbarrou em dificuldades institucionais e financeiras.

Debatedores do SUS¹³ apontam que a implementação do Sistema Único de Saúde, em sua concepção original, significa romper com uma conjuntura político-econômica (internacional e nacional) bastante desfavorável às políticas públicas na área social – permanecem latentes os obstáculos estruturais e conjunturais nessa área. Os primeiros obstáculos estão relacionados à desigualdade de acesso nos serviços de saúde e o confronto entre a intenção de proteção social e as restrições impostas pela estrutura econômica do país, predominando um sistema marcado por centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade regulatória e fraca tradição participativa da sociedade.

12 Elias (1993) argumenta que a saúde é considerada valor universal, indivisível e núcleo subversivo da estrutura social. A saúde traria a “[...] possibilidade de promover a transformação social através da construção de um bloco histórico ou, no mínimo, participar dela como um catalizador. Esta concepção tem como pressuposto básico a luta de classes combinada à impossibilidade de a classe dominante atender os interesses dos dominados em relação à saúde. O inimigo visível desta postura são os denominados projetos neoliberais, e o inimigo oculto, as propostas do Welfare State para o setor saúde”.

13 Entre eles Noronha; Lima e Machado (2008), Campos (2007a) e Santos (2008; 2010).

No Brasil, os obstáculos estruturais se expressam nas profundas desigualdades socioeconômicas e culturais – inter-regionais, interestaduais, intermunicipais –, nas características do próprio federalismo brasileiro, na proteção social fragmentada e no modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema foi construído (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 465).

Os obstáculos conjunturais referem-se às práticas de “contrar-reforma” disseminadas ao longo da década de 1990, sob o caráter político e ideológico neoliberal, a partir de políticas de ajustes elaboradas por organismos multilaterais de financiamento. São elas: estabilização de moeda, privatização de estatais, redução e reforma do Estado, redução do funcionalismo público, reforma da Previdência, aumento do segmento informal, desemprego estrutural, fragilização do movimento sindical, desregulamentação de mercados.

Apesar dos avanços no sistema de saúde brasileiro, muitos ainda são os obstáculos – sobretudo nos aspectos de financiamento, descentralização e gestão – a serem derrubados na intenção de alcance de um sistema realmente único, universal e igualitário na saúde. Considerando estes obstáculos como “nós” impeditivos da implementação do SUS, o Quadro 01 ilustra algumas “amarras” para a gestão do Sistema considerando: financiamento, descentralização e gestão.

Quadro 01 – Fatores de avanços e obstáculos da gestão da saúde

FIXO	AVANÇOS	OBSTÁCULOS
Financiamento	Aumento da participação dos municípios; Aumento das transferências “fundo a fundo” de recursos para estados e municípios.	Não implantação do orçamento da Seguridade; Instabilidade de fontes e volumes de recursos; Não cumprimento da EC-29; Excesso de burocracia para recursos federais – condicionalidades; Não há critérios para equidade de distribuição; Pouca adoção de transferências intermunicipais e interestaduais; Tentativas de introdução de itens de despesa que não são considerados gastos em saúde no orçamento do Ministério da Saúde. Estagnação ou diminuição do percentual de investimento por parte da União.
Descentralização	Transferência progressiva de responsabilidades, atribuições e recursos federais para estados e municípios; Criação das Cif e Cib como instâncias de negociação.	Imprecisão do papel do gestor estadual, sob o risco de fragmentação do sistema; Conflitos e competitividade nas relações entre os gestores nos diversos níveis.
Gestão	Aumento da capacidade de gestão, com inovadoras experiências em estados e municípios; Expansão da oferta de serviços em áreas até então desserviadas.	Heterogeneidade da capacidade gestora entre os diversos estados e municípios; Excesso de algumas ofertas de ações, insuficiência de outras; Pouca integração entre serviços.

FONTE: adaptado de NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008.

Confirmando as assertivas acima, Santos (2010) destaca que, no período de 1980 a 2006, a participação federal no financiamento público da saúde decresceu de 75 para 46,7%, enquanto estados e municípios ampliaram de 25 para 53,3%. A descentralização das atribuições da saúde, conseqüentemente, prevê tal redução na esfera federal, todavia não é possível esquecer que há um segundo fator para a esquiua do governo federal: a redução do gasto público, como determinação do Fundo Monetário Internacional (MENDES, 2005). Soma-se a isso as dificuldades de descentralização no sistema brasileiro, ante as diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para a prestação da atenção à saúde – em que o aumento das importâncias de recursos não foi acompanhado pela possibilidade de os municípios exercerem autonomia na determinação da política de saúde. Para Mendes (2005, p. 89) esse tipo de “descentralização refere-se muito mais a uma espécie de desconcentração administrativa que ameniza as autonomias política, financeira, operacional e administrativa da gestão local”.

Tem-se assim um esboço de dificultadores da gestão da saúde no nível macro. Neste estudo, importam também as dificuldades da gestão vivenciadas nas instituições de saúde, no nível micro, sobretudo os Hospitais Universitários (HUs). Pois, associados à insuficiência e instabilidade do financiamento público para o SUS, “persistem problemas de gestão, especialmente no que diz respeito aos estabelecimentos de saúde como hospitais e serviços de atenção básica” (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1820). Perpassam como problemas na gestão: a não “profissionalização de gestores, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento dos serviços”. Tais aspectos comprometeriam a credibilidade “do SUS perante os cidadãos e a expectativa dos servidores públicos enquanto trabalhadores e partícipes de um projeto civilizatório progressista, conforme o escopo da Reforma Sanitária Brasileira” (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1820).

A profissionalização dos gestores, por exemplo, não pode ser atacada por meio de cursos ou capacitações, visto que, dentro de uma complexidade macro, a questão percebida são os diversos interesses e as diferentes frentes às quais a gestão necessita atender. Mais do que “fazer”, é preciso considerar: o que fazer? Para que fazer? Para quem fazer? Como fazer? E, quando fazer? E ainda, o que não fazer?

A descontinuidade administrativa, assim como o clientelismo e a interferência partidária no funcionamento dos serviços, é também reflexo do jogo político, do poder e da alienação enraizada na cultura paternalista predominante na gestão pública brasileira. Nesse aspecto, a corrupção, o corporativismo e a instalação de programas iníquos são ferramentas usadas pelas elites na busca de dificultar a distribuição de renda no país (CAMPOS, 2007a). Quanto à credibilidade, pode-se inferir que, dentro de um sistema voltado ao lucro e a individualidade, importa realmente manter a saúde pública como designada aos pobres e indigentes, enquanto ao “mercado” cabe a maior parcela dos serviços vendidos pelo setor privado. Importa ao capitalismo manter o discurso da saúde pública como ineficiente e ineficaz, pois é a partir desse formato que a ideologia do Estado mínimo e do mercado máximo ganha força e adeptos.

É nesse cenário que os Hospitais Universitários de Ensino são pressionados a rever seus modelos de gestão. Nessa discussão vamos pensar a gestão dos HUs como um ponto inserido na rede de atenção à saúde, portanto, como instituição que se articula com os demais níveis de atenção (atenção básica e média complexidade).

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS – da gestão da “crise” à crise da gestão

Para Lima (2004), quando o hospital se transformou em espaço de cura (e por isso necessitou tornar-se mais organizado e disciplinado), projetaram-se as bases para a aprendizagem, a experimentação, a pesquisa e a reprodução de saberes. Estavam formados os pilares sustentadores de um hospital-escola. Baseado no modelo flexneriano de educação médica, os HUs deveriam ter, entre outros, uma divisão do currículo composta por um ciclo básico de dois anos, realizado no laboratório, seguido de um ciclo clínico de mais dois anos, realizado no hospital – configurando assim a exigência de laboratórios e instalações adequadas para a formação médica. O chamado ciclo clínico sustentava-se no interior do hospital, considerado local privilegiado para estudar as doenças¹⁴. Inseridos nesse modelo, os hospitais vão se transformando na principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX. Às faculdades

¹⁴ Flexner entendia a doença como um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contavam para o ensino médico e não eram considerados implicados no processo de saúde-doença.

cabia o ensino de laboratório nas áreas básicas (anatomia, fisiologia, patologia) e a parte teórica das especialidades, enquanto aos HUs cabia o espaço da prática.

Entender uma organização como o hospital é inscrevê-la na dinâmica da realidade e na determinação histórica. Nessa perspectiva, entender os HUs é inscrevê-los em um contexto marcado por especialização, reforma universitária, remuneração por produção, reforma do Estado, reforma na Educação, avanço tecnológico e precarização das condições de trabalho.

Ao perder seus elementos não-mercantis (formação humanista, pensamento crítico e analítico, integração da ciência e da cultura), a educação torna-se mera mercadoria. No caso do ensino superior – e, especificamente, os cursos vinculados à área da saúde, em torno dos quais se estruturam os HUs –, a formação organiza-se em torno da oferta de um ensino superior como mercadoria: a formação do aluno é vista como preparação para o mercado; o conteúdo do ensino se torna utilitário e instrumental, com subordinação das universidades estatais ao mercado. A competitividade se torna uma palavra-chave para aqueles que propõem a reforma universitária. As universidades estatais devem atender às demandas do mercado nacional e serão avaliadas através da forma classificatória, um incentivo governamental para a competição (VIANA, 2004).

A precarização do trabalho no interior das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) vem sendo diariamente denunciada. Parte substantiva da infraestrutura das universidades está terceirizada – limpeza, segurança, serviço de alimentação e até mesmo de enfermagem nos hospitais universitários. Parte da graduação é feita com serviços terceirizados por professores sem vínculo e sem direitos – professores substitutos – que chegam a alcançar mais de um quarto dos professores das IFES na graduação, totalizando, em 2005, cerca de nove mil professores (LEHER; LOPES, 2008).

As investidas contra os direitos previdenciários dos docentes provocaram três grandes ondas de aposentadorias de professores nas IFES, correspondentes às medidas dos governos Collor, FHC e Lula, sem contrapartida de concursos para o provimento desses cargos. Ao contrário, vê-se a proliferação de professores substitutos cujo trabalho é mal remunerado, desprovido de direitos trabalhistas e pressupõe longas jornadas de trabalho. Ademais, o trabalho desses professores é centrado na sala de aula, desvin-

culado da pesquisa e da extensão, assim como das decisões sobre a instituição. As consequências dessa precarização atingem também os professores efetivos, que ficam mais sobrecarregados em termos de comissões departamentais, orientações de monografia, mestrado e doutorado, orientação de bolsas tipo PIBIC, participação em bancas etc. (LEHER; LOPES, 2008)¹⁵.

A concepção do ensino superior brasileiro, moldado pelos ideais mercadológicos do capital portador de juros, também produz efeitos na dinâmica e direcionamento dos hospitais universitários. O crescimento indiscriminado das instituições de ensino, e entre elas os cursos na área da saúde, ainda requer espaços de aprendizado prático, mas sob a perspectiva de produção e não de qualidade, conforme pautado na conjuntura atual¹⁶. Perde-se, nessa perspectiva, a missão do hospital universitário, enquanto anexo das faculdades de saúde, optando por caracterizá-lo apenas como simples espaços de prestação de serviços.

Tradicionalmente, a concepção de um HU é definida como um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde. Como hospital de ensino, sua gestão subordina-se à gestão da universidade correspondente. Está submetido não só à Reitoria, mas também ao MEC (enquanto órgão responsável pela educação), e aos MS (enquanto órgão vinculado ao sistema de saúde e, portanto, à assistência e à formação de recursos humanos em saúde). Por sua dupla vinculação (ensino e assistência), os HUs propiciam atendimento médico de maior complexidade a uma parcela da população.

Os hospitais universitários podem, de acordo com a forma jurídica, ser públicos ou privados. Os públicos podem estar dire-

15 O significado estrutural da contrarreforma do ensino superior foi sintetizado no documento produzido em conjunto pelo Conselho Federal de Serviço Social e pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (CFESS; ABEPSS, 2010).

16 Pagliosa e Da Ros (2008), referindo-se à educação médica nesse contexto, apontam que: o acesso à saúde das pessoas e comunidades, um direito social, trouxe mudanças às relações médico e população; o perfil de morbi-mortalidade no país, com predomínio das doenças crônico-degenerativas, exige um reordenamento das ações e estratégias na saúde, e isso traz implicações à formação dos profissionais aliando-se à necessidade de um trabalho multiprofissional e de conhecimentos interdisciplinares. Tudo isso somado, aumenta as dificuldades de integrar os conhecimentos, as habilidades e as atitudes dos profissionais em formação, com o intuito de desenvolver as competências necessárias para dar conta das demandas da saúde em nossos dias. Ou seja, a formação requer repensar as concepções de saúde-doença, os modelos de atenção em saúde e as políticas públicas para o setor, entre outras coisas.

tamente ligados à administração do governo federal, estadual ou municipal, ou ainda indiretamente, por meio das fundações, autarquias e empresas públicas. Os privados podem ser entidades com e sem fins lucrativos, filantrópicas ou geridas pelas fundações de apoio de direito privado. A cada forma administrativa compete um tipo diferenciada de financiamento – recursos públicos, produção e/ou venda de serviços ao mercado (BITTAR, 2002).

Enquanto hospitais de ensino, o Brasil tem certificado o total de 155 instituições, entre públicas, privadas e filantrópicas. Deste total, 46 estão sob gestão federal, pertencentes ao MEC, com a denominação de hospitais universitários, distribuídos pelo Brasil (BRASIL, 2009a). Os HUs representam 2,55% da rede hospitalar brasileira, 10,3% dos leitos SUS, 11,8% das AIHs (R\$1.346.123,00), 11,62 % da produção ambulatorial, R\$ 481 milhões/ano FIDEPS, 25,6% dos leitos de UTI, sendo responsável por 37,56\$ dos procedimentos de alta complexidade (LOPEZ, 2005b)¹⁷. Respondem por cerca de 50% das cirurgias cardíacas, 70% dos transplantes e 50% das neurocirurgias ocorridas no país.

Entretanto, estes hospitais tem vivenciado um quadro de sucateamento e não investimento governamental, afetando a assistência prestada pelos mesmos e, conseqüentemente, a formação oferecida aos alunos. Aqui os “nós” da gestão se manifestam como reflexo das amarras da área da saúde, pois, diante do déficit financeiro na prestação dos serviços de alta complexidade, os recursos da educação são “desviados” ao pagamento de pessoal e à aquisição de material, de forma a manter o hospital funcionando e, assim, poder continuar – ainda que de forma precária – as funções de formação e pesquisa (REIS; CECILIO, 2009).

Tendo por diretriz a atuação no âmbito da atenção terciária, os HUs permanecem como referência no atendimento de alta e média complexidade. Entretanto, se por um lado, os HUs são responsáveis por ampla parcela dos procedimentos na rede pú-

17 AIHs – Autorização de Internação Hospitalar. Instrumento que autoriza e registra no SUS todas as internações realizadas, bem como os procedimentos. É possível, a partir desta, reconhecer os valores pagos pelo SUS aos prestadores hospitalares públicos ou privados (BRAGA NETO, 2008).

FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa. Criado pela Portaria SNES/MS/1991, atribuía um percentual a ser repassado aos hospitais de ensino, independente de critérios. Tinha por objetivo estreitar os laços entre os hospitais de ensino e a rede de saúde SUS. Nos anos seguintes, foram lançados critérios de seleção para o repasse, uma vez que o objetivo não foi alcançado. O FIDEPS foi extinto pela Comissão Interinstitucional para Reestruturação dos Hospitais de Ensino (BRASIL, 2004e).

blica de saúde, sobretudo na alta complexidade, por outro, em 2008, 1.124 leitos foram desativados nessas instituições, devido à falta de pessoal. Com um déficit, desde 2008, de 5.443 servidores, a questão dos recursos humanos dos hospitais se agrava com a perspectiva de aposentadoria de 3.741 servidores entre 2008 e 2010, dos quais 996 são auxiliares e técnicos de enfermagem, 319 enfermeiros e 370 médicos (BRASIL, 2009a).

Além do contingente de servidores, é preciso caracterizar a precarização das relações de trabalho (Gráfico 01). Calcula-se que mais de 40% dos profissionais estão sob regimes precários e/ou desregulamentados. Há, nos HUs, profissionais contratados por tempo determinado de serviço pela própria universidade ou via fundações (fato esse considerado ilegal pelo TCU); há um percentual de serviços terceirizados (sobretudo em áreas de limpeza, segurança, transporte e nutrição), além daqueles que prestam serviços mediante recibo de prestação de trabalho autônomo (RPA) ou ainda Solicitação de Serviço de Pessoa Externa (SSPE). A falta de pessoal e/ou a grande rotatividade dos vínculos contribui significativamente para ineficiência dos serviços, a consequente precariedade da instituição e a fomentação de impasses entre os próprios trabalhadores diante dos diferentes salários e carga horária conforme o vínculo.

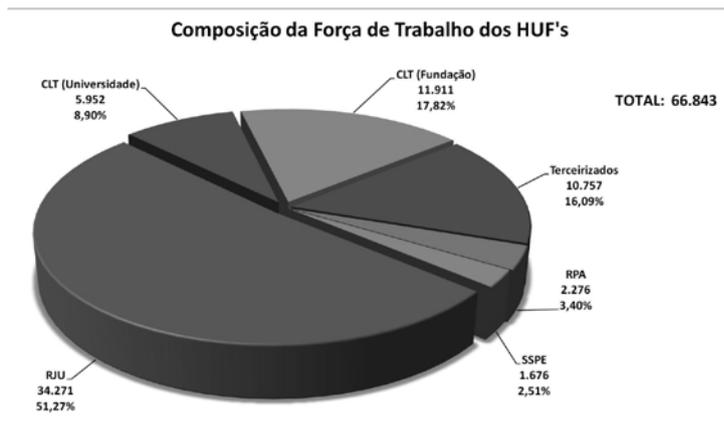


GRÁFICO 01 - FORÇA DE TRABALHO DOS HUs FEDERAIS
Fonte: (BRASIL, 2009b)

Por detrás da diversificada composição da força de trabalho nos HUs, encontra-se uma das fontes para o alto nível de endividamento destas instituições (CISLAGHI, 2010) – isso porque os mais de 40% de funcionários não regidos pelo Regime Jurídico da União (RJU), ou seja, não pertencentes ao quadro de servidores do MEC, são custeados por recursos do próprio hospital. Portanto, parte dos recursos a serem investidos no ensino, na pesquisa, na extensão e na assistência são transformados em folha de pagamento de pessoal terceirizado.

Nesse sentido, para além de toda a grandiosidade da instituição, há alguns fatores que “impedem” o alcance das características de um HU com plenitude, como, por exemplo, o financiamento. Até a década de 1960, os hospitais universitários do Brasil foram custeados pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), desvinculados da produção de serviços.

Desta forma, o financiamento dos HU federais era definido na lógica de orçamento, sem um sistema contratual formal ou informal que vinculasse o repasse de recursos ao alcance de metas e ao cumprimento de compromissos com o sistema de saúde, confirmando sua missão primeira de ensino e pesquisa (CARMO, 2006, p.26).

Com a extinção dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), pós 1964, expandiu-se, em larga escala, o montante de trabalhadores, autônomos e empregadores – contribuintes – e, portanto, com direito à assistência médica da Previdência Social, via Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A saúde pública demandou a ampliação dos convênios e contratos com a rede privada para atender a uma responsabilidade já do Estado. Inseridos num contexto de luta pela universalização da saúde, os Hospitais Universitários passam a compor a assistência médica da Previdência Social, ampliando o fluxo de dupla demanda na instituição: mantinham o atendimento aos chamados “indigentes” (aqueles não incorporados ao mercado de trabalho e, portanto, sem cobertura da previdência naquele período) e ofertavam seus serviços também aos inseridos no mercado formal de trabalho (cobertos pela Previdência).

Os valores repassados pelo MEC já não eram suficientes para arcar com as despesas de um hospital-escola que, aliado à crise

econômica dos anos 1980 (inflação exacerbada), ampliam o déficit financeiro destes hospitais (CARMO, 2006). Esta crise

[...] resultou em retração de recursos destinados aos HUs pelo MEC, além desses se transformarem em “bode expiatório” da crise financeira nas universidades às quais pertenciam por serem unidades de custo mais elevado (CARMO, 2006, p.29).

Anos depois, como reivindicado pelo Movimento pela Reforma Sanitária¹⁸, a Constituição Federal de 1988 estendeu o direito à saúde de forma universal, equânime e integral. Para tanto, foram estabelecidas leis de regulamentação do sistema único de saúde, as quais também têm diretrizes para os hospitais universitários:

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados (BRASIL, 1990a, sp, grifo nosso).

Como resultado, o MEC reduziu progressivamente seus investimentos nos HUs, visto que estes contavam com financiamento do INAMPS (e depois Ministério da Saúde). Desde o advento do SUS, o pagamento ficou com o Ministério da Saúde¹⁹. O “desejo” do MEC era passar os hospitais universitários para o orçamento da saúde, o que impactaria sobre o cálculo dos recursos mínimos da saúde.

Para Carvalho (sd) a inclusão dos Hospitais universitários federais dentro do Ministério da Saúde não é adequada, pois resultaria em: 1) diminuição estimada em meio milhão de reais da saúde para outra área distinta que é a educação; 2) eterna crise incontornável, pois o MS nem conseguiu nas últimas décadas cuidar dos seus; 3) dúvida quanto à autonomia universitária dentro

¹⁸ A partir da luta do movimento pela reforma sanitária, que foi gerar a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) na Constituição de 1988, a qual garantiu como princípio constitucional a igualdade de todos perante a lei, os HU's passam a integrar a rede SUS. Neste momento, eles passam a ter missão de hospital de ensino e assistência e a função é ser referência em assistência secundária e terciária para o SUS.

¹⁹ Carvalho (sd) argumenta que o MS paga tabela diferenciada aos hospitais universitários na razão de 25, 50, 75% a mais do que o que é pago aos hospitais privados lucrativos e aos hospitais privados não lucrativos.

de outro ministério, que não o da Educação; 4) uma instituição com duplo comando (MEC e MS).

Ou seja, o HU é colocado como *entre dois senhores*. O MEC deseja repassar ao MS essa estrutura cara em sua análise, e o MS, na avaliação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), não deve ficar com uma estrutura que é da Educação. Nessa disputa, os HUs são inseridos na rede de saúde.

Mediados pelos princípios de descentralização, regionalização e hierarquização da assistência, os HUs, ao integrarem à rede municipal e estadual de saúde, passam a estabelecer relações de pactuação com os três níveis de gestão, principalmente o estadual. Será nesse contexto, permeado também pela Reforma do Estado – e pela conseqüente redução da ação do poder público sobre as instituições sociais (saúde, educação, lazer, cultura, previdência) –, que o governo federal, aqui representado pelo MEC, paulatinamente, se desobriga da reposição da força de trabalho. Com isso, parte do recurso enviado por MEC e MS – para fins de cumprimento da missão do HU – é gasto com pagamento de pessoal e compra de insumos de forma a manter a instituição em funcionamento (CARMO, 2006).

Nesse sentido, as diferentes facetas que atravessam o HU (ensino, pesquisa, assistência e extensão) não são lineares, mas sim formam um complexo emaranhado de nós a serem enfrentados. Destacaremos três **nós**: 1) a **falta de articulação entre ensino e assistência**, em que os conflitos de interesses entre as duas dimensões refletem-se sobre o serviço prestado, ou seja, a assistência – parte constitutiva da formação de profissionais para a área da saúde – passa a uma dimensão que polariza e rivaliza com o ensino; 2) o **financiamento dos HUs**, dadas as diferentes modalidades de repasse de verbas (pacto global, contrato de metas, entre outros), culminando em crise de proporções social, assistencial, política, organizacional, financeira e de ensino; 3) a **desarticulação entre MEC e MS**, reforçando a disparidade de interesses envolvidos em um HU.

Diante da dualidade ensino x assistência, tem-se um paradoxo, como aponta Lima (2004): não é possível escolher uma ou outra alternativa, mas sim tem-se a necessidade de transitar melhor entre as duas. E declara:

[...] a forma dicotômica de tratamento do ensino e da assistência tenderia a interpretar que a questão está polarizada

entre duas posições. E no tratamento tradicional dado à questão, estar *entre* duas possibilidades (...) significa não ser nem um nem outro, e estar no meio significa não ter concluído a tarefa. (...) o entre despotencializado é o entre capturado por duas totalidades opostas, é o entre reportado a idealidades esterilizantes (LIMA, 2004, p.53).

Ou seja, o HU tem por prerrogativa manter as frentes de ensino e assistência em andamento, de forma articulada e indissociada. Optar por apenas uma delas significa romper com a atividade fim da instituição, a qual se caracteriza por um espaço teórico-prático de formação profissional, mas também como parte de uma rede de assistência fundamental ao processo de constituição dessa formação.

Os nós apontados anteriormente configuram a instabilidade vivenciada pelos HUs, sobretudo pela situação crônica instalada sobre os mesmos, em especial nos aspectos de gerência, recursos humanos e financeiros. Para além dos vínculos ministeriais e da difícil tarefa de conciliar recursos e despesa, uma especificidade relevante no HU é a realização da dupla tarefa primária, de ensino e assistência, “caracterizando-se como espaço teórico-prático de formação de profissionais de saúde e como parte de uma rede de assistência, onde pessoas demandam atendimentos de saúde de vários níveis e complexidade” (LIMA, 2004, p.51).

A precarização das instituições públicas de ensino, aliadas às múltiplas jornadas de trabalho, apontadas por Lima (2004), são acrescidas de outros fatores: a falta de concurso público para contratação, pelo MEC, de recursos humanos vem gerando uma enorme terceirização da mão-de-obra dos HUs. Segundo Pillotto (sd), dados da ANDIFES mostram que, em 2007, quase 45% do financiamento era usado para pagamento de pessoal terceirizado (celetista) e já eram necessárias 5 mil novas vagas para quadro técnico-administrativo. Por outro lado, ocorre a diminuição do financiamento via governo federal²⁰, resultando na busca dos hospitais por mais dinheiro via SUS, assumindo para isso me-

20 Para a Associação Nacional dos Diretores de IFES (ANDIFES), a dívida dos hospitais seria, em 2003, de R\$303 milhões e, para o MEC/MS, seria de R\$230 milhões. Segundo a ANDIFES, em outubro de 2007, os Hospitais vivem uma situação de “equilíbrio estável”, com a dívida chegando a R\$440 milhões. É sempre válido lembrar que, em 2007, os gastos governamentais com a dívida pública, externa e interna, foram de R\$237 bilhões. No mesmo ano, o investimento em saúde foi de R\$40 bilhões (PILLOTO, sd).

tas nem sempre possíveis de serem cumpridas. Começa também a busca de financiamento através de doações e parcerias (Amigos do HU, por exemplo).

Hoje os Hospitais Universitários apresentam: quadro de servidores insuficientes, fechamento de leitos e serviços, sucateamento, contratação de pessoal via fundação de apoio (terceirizados e estagiários) e a subutilização da capacidade instalada para alta complexidade. Além disso, o MEC aponta que apenas os HUs federais acumulam um déficit total de 30 milhões/ano (diferença entre o produzido e o pago), resultante dos valores defasados da tabela SUS, levando a uma dívida acumulada de 425 milhões de reais – mais do que todo recurso alocado pelo Banco Mundial para o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) (CISLAGHI, 2010).

Permanece uma crise, ou, como definida por Lima (2004), uma “situação crônica”, percebida de diferentes maneiras, nos HUs, a qual assume múltiplas dimensões (LOPEZ, 2005b): a organizacional, a do ensino, a assistencial, a política, a financeira e a social. Tais dimensões não são independentes entre si, mas sim interligadas, de modo que o sucesso ou o conflito em uma área reflete significativamente nas outras²¹. A relação truncada entre tais dimensões resulta negativamente na prestação dos serviços. A população usuária da atenção hospitalar sofre os efeitos das políticas e processos referidos acima, quer se evidenciem na dificuldade de acesso a determinados serviços, quer na baixa qualidade da assistência hospitalar ou mesmo na falta de atenção a que está sujeita, o que contribui para a insatisfação e elevação das pressões sociais e políticas por mudança, ainda que grande parte da população desconheça as alternativas que vêm sendo discutidas no âmbito dos serviços e da academia.

Diante desse cenário, crescem as propostas de gestores locais e governantes políticos para a flexibilização da captação de recursos²², como também para a desvinculação dos Hospitais de Ensino das universidades, já que o Ministério da Educação (MEC) não considera a função de “assistência” como sendo de sua alçada²³. A via de “salvação” dos HU’s – argumenta o governo federal – seria

21 Drago (2011) explana sobre as dimensões aqui citadas e as relações entre elas.

22 No ano de 2001, se previa a venda de 25% dos leitos dos hospitais universitários. Esta privatização geraria ainda mais sucateamento para as áreas do hospital que continuassem públicas. A proposta foi barrada depois de uma greve de mais de 100 dias, organizada por trabalhadores técnico-administrativos, estudantes e docentes.

23 Essa proposta surgiu no Projeto de Lei 7200/05, chamado de “Reforma Universitária”, que hoje se encontra em tramitação no Congresso Nacional.

a criação das Fundações Estatais de Direito Privado, defendidas inicialmente pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) e, em seguida, pelo MS como unidades gestoras dos hospitais²⁴. Tais propostas foram rejeitadas pelas entidades que se articulam na defesa do projeto histórico do SUS e expressas na 13^a Conferência Nacional de Saúde (2007), que rejeitou, por maioria de delegados, a proposta da Fundação Estatal²⁵. Entretanto, permaneceu latente na conjuntura neoliberal a intenção de repasse da área social ao mercado.

Diante dessa miscelânea de questões, os ministérios envolvidos têm lançado alternativas políticas e técnicas para os Hospitais Universitários (LOPEZ, 2005b). Com interesses e funções ao mesmo tempo distintas e complementares, Saúde e Educação vêm se articulando nos últimos anos para estabelecerem um diálogo e ações conjuntas no que tange à formação de recursos humanos para a saúde e à prestação de serviços da assistência especializada no HU. É preciso ressaltar que as ações dos ministérios envolvidos não estão deslocadas do projeto societário neoliberal vigente e, por isso, visualizam, nas medidas lançadas, o alcance também das propostas (impostas) pelo mercado internacional, sobretudo pressionados por órgãos financeiros, os quais priorizam os cortes dos gastos públicos em nome da economia. Essa dinâmica pode ser ilustrada através do trabalho desenvolvido pelas secretarias de ambos os Ministérios, conforme se segue.

O Ministério da Saúde criou, em 2003, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), a qual tem por finalidade participar da formu-

24 Para os formuladores das propostas, áreas como saúde, previdência, educação, turismo e assistência social não são de responsabilidade exclusiva do Estado e, portanto, devem ser repassadas à gestão do mercado (MOÑTANO, 2002).

25 Graneman (2007, p. 8), abordando essa questão, retrata uma cena ocorrida nesta CNS: “A compreensão do projeto privatizante contido nas fundações de direito privado foi, certamente, a razão que levou a massa de 5.000 participantes da Conferência a se ausentarem do Plenário quando o Ministro da Saúde José Gomes Temporão iniciou sua conferência, logo após a abertura do evento. Visivelmente irritado com o esvaziamento do auditório o Ministro pediu/ordenou que todos tomassem seus assentos. Diante da recusa do plenário, o Ministro informou que tinha mais trabalho a fazer e que iria para casa se os delegados não o quisessem ouvir. Seus apelos não foram suficientemente fortes e no plenário restaram duas centenas de delegados. Para os delegados participantes, esta seria apenas a primeira de uma série de manifestações da esmagadora maioria contrária ao projeto de fundação de direito privado [...] a proposta de fundação de direito privado foi derrotada nos 10 grupos da conferência nacional – a continuidade da discussão foi inviabilizada pelo próprio governo/executivo quando encaminhou para o Congresso Nacional o projeto de Lei Complementar 92/2007 sobre as fundações sem ao menos discuti-lo com o Conselho Nacional de Saúde”.

lação e implementação das políticas de atenção básica e especializada, observando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta secretaria subdivide-se em SGTES (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde) e DEGES (Diretoria de Gestão do Ensino em Saúde), ambas atuantes no processo de reestruturação dos HUs (BRASIL, 2009a).

No MEC, a Secretaria de Educação Superior (SESU) é a unidade responsável por planejar, orientar, coordenar e supervisionar o processo de formulação e implementação da Política Nacional de Educação Superior. A manutenção, supervisão e desenvolvimento das instituições públicas federais de ensino superior (IFES) e a supervisão das instituições privadas de educação superior, conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), também são de responsabilidade da SESU (BRASIL, 2009).

A SESU está subdividida em Diretorias e, entre elas, está a Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde, que instituiu, junto com o MS em 2003, por meio da Portaria Interministerial 562, a Comissão Interinstitucional de Reestruturação da Rede Hospitalar de Ensino²⁶. A Comissão tem por objetivos normativos: avaliar e diagnosticar a situação dos HUs no Brasil, visando reformular e/ou reorientar a política nacional para o setor, considerando a necessidade de melhoria financeira, estrutural, organizativa e de gestão; e, definição do papel / inserção dos HUs no SUS (LOPEZ, 2005b)²⁷.

Os objetivos apontados pelo governo têm como foco atingir as funções de um hospital escola, que são: atuar como centros

26 A comissão foi composta por representantes das seguintes instituições governamentais e da sociedade civil: Ministérios da Saúde, da Educação, da Ciência e Tecnologia e do Planejamento, Orçamento e Gestão; Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes); Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue); Associação Brasileira de Educação Médica (Abem); Associação Brasileira de Enfermagem (Abenf); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Associação Brasileira de Reitores de Universidades Estaduais e Municipais (Abruem); Direção Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem); e Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (Eneenf).

27 A Comissão instituiu as Portarias que norteiam o processo de Reestruturação dos HUs:

- Portaria Interministerial n° 1000 de 15 abril de 2004 (BRASIL, 2004a);
- Portaria Interministerial n° 1005 de 27 de Maio de 2004 (BRASIL, 2004b);
- Portaria Interministerial n° 1006 de 27 de maio 2004 (BRASIL, 2004c);
- Portaria Interministerial n° 1702 de agosto de 2004 (BRASIL, 2004d);
- Portaria Interministerial n° 2400 de 02 de outubro de 2007 (BRASIL, 2007a).

qualificados de apoio ao ensino das unidades acadêmicas da área da saúde, geradores de novos conhecimentos, fomentadores de ações científicas com relevância acadêmica e impacto social, assim como prestar assistência à saúde com excelência e de maneira integrada às demandas do Sistema Único de Saúde e da sociedade, desenvolvendo práticas modernas de gestão comprometidas com resultados (BRASIL, 2009).

Nota-se que, para os Ministérios da Saúde e Educação, o Programa de Reestruturação da Rede Hospitalar de Ensino tem diretrizes que apontam em direção a um novo formato de gestão, organizado em torno da dimensão técnico-gerencial. Indicam, portanto, o posicionamento do governo quanto às causas da desestruturação dos hospitais universitários – trata-se do discurso do mau gerenciamento, como apontam os adeptos à desestatização dos espaços públicos. A postura do governo mascara o contexto de restrição e deterioração das ações do Estado neoliberal vigente – como resultado das imposições das agências financeiras internacionais (FMI e Banco Mundial) – ou seja, perdem-se, nesse posicionamento governamental, as abordagens políticas e sociais presentes no contexto da gestão, que podem (e devem) direcionar, moldar e condicionar os rumos da instituição (BELTRAME, 2008).

É no cenário de restrição financeira e queda no desempenho dos HUs que o trabalho da Comissão Interinstitucional de Reestruturação da Rede Hospitalar de Ensino teve continuidade com o processo de certificação dos hospitais como Hospitais Universitários de Ensino, tendo por base as portarias interministeriais (MEC e MS) 1000/2004 e 1006/2004, em que os hospitais enquadrados como de ensino fariam jus a uma nova modalidade de contratualização com o SUS. Esta contratualização envolve definição de metas junto a gestores locais do SUS, assim como remuneração global a partir de pactuações nos campos da prestação de serviços, pesquisa e ensino.

Foram definidos critérios de certificação dos hospitais de ensino, baseados nos eixos de integração docente-assistencial, participação na rede de serviços do SUS e manutenção de mecanismos gerenciais e organizativos. Ser reconhecido como um hospital de ensino requer cumprir algumas exigências, como: abrigar programas de residência médica e multiprofissional, garantir acompanhamento docente para os estudantes de graduação, manter as atividades de internato, abrigar atividades de pesquisa no hospi-

tal, manter, no mínimo, 70% dos leitos destinados a pacientes do SUS, entre outras (BRASIL, 2004a).

Uma vez certificados, os HUs foram incluídos no Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS e, assim, iniciaram um processo de pactuação com os respectivos gestores de saúde (estadual e municipal), de metas relacionadas à produção de serviços e às atividades de ensino, de pesquisa e de avaliação tecnológica voltadas para as necessidades do sistema de saúde – a contratualização (LOBO et al, 2009). Por meio da contratualização com os gestores estaduais/municipais, o mecanismo de financiamento foi alterado e os procedimentos de média complexidade são repassados via orçamento global, conforme a pactuação firmada, sendo que os serviços de alta complexidade permanecem com o pagamento condicionado à produção.

Pela contratualização, o representante legal do hospital de ensino e o gestor do SUS estabelecem, pelo Plano Operativo Anual (POA)²⁸, metas qualitativas e quantitativas do processo de atenção à saúde, ensino, pesquisa e gestão. Essas metas devem ser acompanhadas por um Conselho Gestor da Instituição e pela Comissão de Acompanhamento de Contrato do governo federal. Portanto,

A contratualização constitui-se na ferramenta de compromisso entre hospitais e secretarias em relação às diretrizes colocadas no Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino nos campos da assistência, da gestão, do ensino, da pesquisa e da avaliação tecnológica em saúde (LIMA, 2009, p.35).

Paralelamente ao processo de reestruturação dos hospitais, medidas de contenção e segregação entre ensino e assistência tiveram continuidade no cenário dos HUs. Em 2008, o MEC lançou a portaria 04/2008, que determina a criação das Unidades Gestoras e Orçamentárias dos hospitais, sob a justificativa de maior controle das entradas e saídas de recursos dos HUs, bem como do patrimônio e da força de trabalho. Contrariando o discurso governamental, é preciso destacar que a cisão entre Hospitais Universitários e a estrutura das Universidades traz em seu

28 O POA, elaborado conjuntamente entre gestores do SUS e do hospital, especifica o que fazer e como fazer para alcançar os objetivos propostos entre hospital e secretarias de saúde. Expressa o que a Secretaria compra do hospital e o que ele se compromete a atingir (quantitativo e qualitativo).

cerne a iniciativa de desresponsabilização do MEC com os HUs, construída sob alegação de autonomia administrativa alcançável através das fundações de direito privado. Essas fundações estatais têm personalidade jurídica de direito privado, sob o pretexto de que, dessa forma, terão mais autonomia e eficiência para prestar os serviços de saúde no lugar do Estado.

Em 2010, para a continuidade de ações que regulamentam a “reestruturação” dos HU’s, foi elaborado o Decreto N° 7.082/2010, que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF – o qual tem em seu texto o discurso de “criar condições materiais e institucionais para que os HU’s federais possam desempenhar plenamente suas funções na dimensão de ensino, pesquisa, extensão e na dimensão de assistência à saúde” (BRASIL, 2010, sp). O Decreto assinala o papel e as funções cabíveis aos Ministérios envolvidos (MEC, MS e MPOG) e reforça as diretrizes sobre as quais o REHUF está assentado, a saber:

- Instituição de mecanismos adequados ao financiamento, progressivamente e igualmente compartilhados entre os Ministérios da Saúde e Educação até 2012;
- Melhorias no processo de gestão;
- Adequação da estrutura física;
- Recuperação do parque tecnológico;
- Reestruturação do quadro de recursos humanos;
- Aprimoramento das atividades, avaliação permanente das mesmas; e
- Incorporação de novas tecnologias no tocante a ensino, pesquisa e assistência.

Observa-se que o financiamento dos hospitais de ensino é destaque no texto do Decreto N° 7.082, que estipula a partilha igualitária entre MEC e MS nas despesas dos HUs²⁹, em que Saúde e Educação necessitam de uma programação orçamentária, de forma a cumprir as parcelas que lhes são cabíveis, respectivamente. Há, nesta partilha, a intencionalidade do MEC em reduzir sua participação no orçamento dos HUs, ao passo da ampliação de receita do MS. Subjaz aqui a intenção de esquivar das responsa-

²⁹ O Decreto estipula a progressão dos percentuais de cada Ministério envolvido, até que em 2012 ambos contribuam de forma igual. Para fins de financiamento serão consideradas despesas dos HU’s o montante das despesas correntes alocadas para esses hospitais, bem como as custas para sua reestruturação e modernização, excluindo-se deste montante as despesas com inativos e aposentados (BRASIL, 2010).

bilidades financeiras e/ou despesas do HU, numa lógica em que educação e saúde são por demais dispendiosas ao governo.

Os discursos dos Ministérios da Saúde e da Educação apontam que o alcance desta reestruturação requer alterações significativas no parque tecnológico, na estrutura física, no quadro de pessoal, no processo de avaliação e na participação de atores externos à instituição. Trata-se, assim, de mudanças consideráveis no processo de gestão dos HUs e, para tanto, será preciso uma “pactuação global” de metas entre ministérios da Saúde, Educação e Cultura e de Planejamento, Orçamento e Gestão (BRASIL, 2010). Há, portanto, nesta proposta, um redesenho dos hospitais universitários, em especial no aspecto financeiro e na multiinstitucionalidade que os envolve. O REHUF sugere, nas entrelinhas, uma alteração e um embate na discussão de quem é o dono do HU. Ao determinar a partilha entre MEC e MS, o governo aponta para um modelo de hospital escola em que amplia o aspecto da assistência, enquanto reduz o papel da formação, do ensino e da pesquisa. O ensino mantém-se esfacelado enquanto a assistência é utilizada como moeda de troca.

Ainda na tentativa de redesenho dos hospitais universitários, o MEC, junto ao MPOG, elaboram a Medida Provisória nº 520, assinada em 31 de dezembro de 2010, a qual autoriza o poder executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. (EBSERH), que tem, entre outras competências, a de administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial à comunidade, no âmbito do SUS (BRASIL, 2010f). Sob a justificativa de maior autonomia no uso dos recursos, legalização dos contratos de trabalho e aprimoramento do processo de gestão das instituições de ensino e saúde, o governo Lula se despede de seu mandato deixando a herança das Fundações Estatais de Direito Privado, ainda que sob nova roupagem: as EBSERH.

Após a “rejeição”³⁰ da MP 520 no Senado, em 2011, a então presidente da república, por meio da lei 12.550, autoriza a criação da EBSERH, empresa com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio. Sob o discurso da ineficiência da gestão pública e do alto custo dos hospitais federais, decorrentes da burocracia da legislação brasileira, a EBSERH é apontada pelo governo como “única” solução e tem ganha-

30 A MP 520/2011 ultrapassou o prazo de votação no Congresso Nacional e por isso houve uma reedição da mesma em projeto de lei.

do espaço e adesão junto às Universidades Federais – considerando que a adesão à EBSERH encontra-se entre as metas do REHUF (ou seja, há, nessa “adesão”, a contrapartida financeira). Como aponta Graneman (2007), as saídas são nossas velhas conhecidas desde o início dos anos 1990: “soluções” gerenciais e administrativas para um problema social.

Explicita-se aqui a que projeto societário essas medidas se alinham. Logo, o HU vive hoje a luta cotidiana, no interior de cada instituição, de manter o equilíbrio do tripé: atenção à saúde, educação e desenvolvimento de recursos humanos; produção de conhecimento e a pressão por produção de assistência de alta complexidade demandada pelo SUS e pelas diretrizes do REHUF. A prestação da assistência torna-se aspecto de relevância na dinâmica do HU, sobretudo pelo retorno financeiro obtido –, fator este imprescindível à sobrevivência do hospital. Tem-se, assim, uma disparidade entre as frentes de atuação do hospital universitário, pois elas são independentes entre si, atuando, cada uma, de acordo com sua função e interesse, o que aponta apenas uma “conexão” isolada com o hospital universitário e não um entrelaçamento amplo entre as partes.

Considerações finais

Não é difícil compreender que os conflitos existentes em torno da gestão dos HUs são também reflexo da não efetivação plena do SUS, conforme elaborado e defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária a partir de um embate de forças nas décadas de 70 e 80. E importa ressaltar que, apesar de avanços conquistados com a promulgação das leis 8.080 e 8.142 – que determinam como diretrizes o controle social, a universalização, a equidade e a integralidade da saúde –, tais avanços permanecem, na prática, ideais do projeto político direcionado ao jogo do capital, com vistas ao lucro e à acumulação financeira.

Sob o discurso do mau gerenciamento dos hospitais, da necessidade de uma gestão com menos burocracias e maior autonomia sobre seus recursos humanos, surgem propostas privadas de gestão, como as Fundações Estatais de Direito Privado e a EBSERH. Trata-se de posturas explícitas do projeto societário neoliberal, na intenção de romper com a universalidade e integralidade das ações de saúde, bem como de sucumbir diante do ideal de educação pública de qualidade e excelência. São, portanto, medidas legais que permitem a aproximação da privatização dos serviços sociais.

Como disseminado pelas propostas liberais, concorda-se em que é preciso sim um novo formato de gestão nos serviços de saúde e educação do país, de forma a possibilitar um melhor gerenciamento das ações, do financiamento e dos recursos humanos destas áreas. Todavia, rejeita-se que a gestão dos mesmos seja entregue a órgãos privados e autônomos, sob a justificativa de incapacidade do Estado, mantendo o *status* de uma democracia parcial ou inconclusa, como definida por Gerschman (2004). Defende-se, numa perspectiva democrática, uma saúde pública e universal capaz de atender às ambições propostas pela Reforma Sanitária. Igualmente se aposta num ensino superior de qualidade, capaz de atender aos interesses de construção e disseminação do saber, não necessitando, para isso, manter-se submisso a qualquer outra ordem, que não o interesse coletivo.

Enfim, torna-se primordial a preservação da missão do hospital universitário de transmissão e produção de conhecimento, por meio do processo assistencial, considerando, para isso, a integralidade das ações e a universalidade do acesso. Sabe-se, porém, que este ideal ruma contra a maré da conjuntura capitalista financeira e então cabe a nós, enquanto atores deste cenário, buscar as alternativas, forças e coalizões capazes de impedir a ruptura dos ideais democráticos e participativos. Cabe-nos pensar e agir como o poeta:

Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.

E examinai, sobretudo, o que parece habitual.

Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural nada deve parecer impossível de mudar.

(Bertold Brecht)

Referências

BELTRAME, A. *O Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino: Um projeto do governo brasileiro*. Departamento de Atenção à Saúde, Brasília, 2008. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_502853647. Acesso em: 29 jan. 2010.

BITTAR, O.J.N.V. *Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos Hospitais de Ensino*. RAS, v.5, n.17, p. 9-18, out/

dez, 2002. Disponível em: http://www.ellusaude.com.br/adm_hosp/artigos/03.pdf. Acesso em : 06 abr. 2010.

BRAGA NETO, F.C.; BARBOSA, P.R.; SANTOS, I.S. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. (org). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 665-704.

BRASIL. Lei nº 8.080. 19 de setembro de 1990a.

_____. Lei nº 8.142. 28 de dezembro de 1990b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília : CONASS, 2003.

_____. Portaria Interministerial nº 1.000 MEC/MS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2004a.

_____. Portaria Interministerial nº 1.005 MEC/MS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2004b.

_____. Portaria Interministerial nº 1.006 MEC/MS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2004c.

_____. Portaria Interministerial nº 1.702 MEC/MS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2004d.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileiro*. Brasília – DF, 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 12.ª Conferência Nacional de Saúde*: Conferência Sergio Arouca. Brasília, 2004f. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf. Acesso em: 06 abr. 2010.

_____. Portaria Interministerial nº 2.400 MEC/MS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2007a.

_____. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde. A articulação da

Graduação em Saúde, dos Hospitais de Ensino e das Residências em Saúde. In: I SEMINÁRIO NACIONAL DO PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE – PRÓ-SAÚDE II. Brasília, 2009a. *Anais eletrônicos...* Brasília: 2009a. Disponível em: <http://www.prosaude.org/noticias/PriSemProII/apresentacoes/ApresentacaoPro-Saude-DHR.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2010.

_____. *MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA*. 2009. Disponível em <<http://www.mec.gov.br>>. Acesso em: 05 fev. 2010.

_____. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde. Decreto nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). Brasília, 2010. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=15639&Itemid=1082. Acesso em: 12 fev. 2010.

CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

_____. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007a, vol.12 (Sup), pp. 1865-1874.

CAMPOS, G.W.S; MERHY, E.E. *Planejamento sem normas*. São Paulo: HUCITEC, 1989.

CARMO, M. *Hospitais Universitários e integração ao Sistema Único de Saúde* – estudo de caso: Hospital das Clínicas da UFMG – 1996 a 2004. 2006. 121f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

CARVALHO, G. *Apointamentos sobre o PLOA 2011 do Ministério da Saúde*. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/site/index.php/comunicacao/artigos/92-apontamentos-sobre-o-ploa-2011-do-ministerio-da-saude-por-gilson-carvalho>. Acesso em: 3 fev. 2011.

CFESS; ABEPSS. *Sobre a incompatibilidade entre graduação à distância e Serviço Social*. Brasília. 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/incompatibilidade_ead_e_ss_cfesscress.pdf. Acesso em: 23 dez. 2010.

CISLAGHI, J.F. *Hospitais universitários: presente caótico e futuro incerto*. 2010. Disponível em: <http://www.apufpr.org.br/artigos/hus.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2010.

COHN, A.; ELIAS, P.E.; IANNI, A.M.Z. *Subsídio cruzado ou dupla porta – o público e o privado no Hospital das Clínicas de São Paulo*. Série didática nº 06. 2002. Disponível em: http://www.cedec.org.br/files_pdf/DIDATI6-HC.pdf. Acesso em: 21 jan. 2011.

DAGNINO, E.; OLVERA, A.J.; PANFICHI, A.(orgs.). Para uma outra leitura da disputa pela construção democrática na América Latina. In: _____. *A disputa pela construção democrática na América Latina*. São Paulo: Paz e Terra; Campinas: Unicamp, 2006, p. 13-91.

DRAGO, L.M.B. “*Servindo a dois senhores*”: a gestão do HUCAM entre o ensino e a assistência. 210f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

ELIAS, P.E. Análises sobre a reforma sanitária e concepções políticas adjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. *Rev. Saúde e sociedade*, São Paulo, v.2, n.1, p.59-73, 1993.

GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

_____. Conferência Nacional de Saúde rejeita fundações estatais. *Jornal da ADUFRJ*. Rio de Janeiro. Out, 2007. Disponível em: http://www.adufrj.org.br/observatorio/wp-content/uploads/2009/08/Confer%C3%Aancia-Nacional-de-sa%C3%BAde-rejeita-as-Funda%C3%A7%C3%B5es-Estatais-26_11_07.pdf. Acesso em: 31 jan. 2011.

JUNQUILHO, G. S. Gestão e Ação Gerencial nas Organizações Contemporâneas: para além do “folclore” e o “fato”. *Gestão e Produção*. v.8, n.3, p.304-318, Dez. 2001.

_____. *Teorias da Administração Pública*. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES:UAB, 2010.

LEHER, R.; LOPES, A. TRABALHO DOCENTE, CARREIRA E AUTONOMIA UNIVERSITÁRIA E MERCANTILIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO. VII SEMINÁRIO REDESTRADO – NUEVAS REGULACIONES EN AMÉRICA LATINA. BUENOS AIRES, 3, 4 Y 5 DE JULIO DE 2008. *Anais eletrônicos...* Buenos Aires, 2008. Disponível em: http://www.fae.ufmg.br/estrado/cdrom_seminario_2008/textos/ponencias/Ponencia%20Roberto%20Leher.pdf. Acesso em: 20 dez. 2010.

LIMA, L.P. *O desafio gerencial da multiinstitucionalidade dos hospitais universitários: o caso do hospital das clínicas da Universidade Federal de Pernambuco*. 2004. 325f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2004.

LIMA, S.M.L. *Possibilidades e limites da contratualização no aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro*. 2009. 316f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

LOBO, M.S.C. et al . Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, June 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 6 abr. 2010.

LOPEZ, E. *A política hospitalar brasileira*. Rio de Janeiro, 2005b. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/Aul%20ELAINE%20LOPEZ.ppt>> . Acesso em: 27 jan. 2010.

MÉDICI, A.C. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. Trabalho realizado no Banco Interamericano de Desenvolvimento, Washington, D.C. *Rev Ass MED*, v.47, n.2, p.149-156, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 24 jan. 2010.

MENDES, A. N. *Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal do estado de São Paulo (1995-2001)*. 2005. 522f. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2005.

MONTAÑO, C. *Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo: Cortez, 2002.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2008, p.435-472.

PAGLIOSA, F.L.; DA ROS, M.A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v.32, n.4., p.492-499. 2008.

PAIM, J.S; TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 12 jul. 2010.

PILOTTO, B. *Os hospitais universitários e sua crise*. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/36023434/Os-Hospitais-Universitarios-e-Sua-Crise>. Acesso em 13 dez. 2010.

REIS, A.A.C.; CECÍLIO, L.C.O. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. *Revista Saúde em Debate [online]*. v.33, n.81, p. 88-97. Jan/abr. 2009.

SANTOS, N.R. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2008, vol.13, 2, pp. 2009-2018.

_____. Sistema Único de Saude – 2010: espaço para uma virada. *Rev. O mundo da Saúde*. São Paulo, 2010, v.34, n.2, p. 8-19.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M.(org). SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. São Paulo: Prisma Printer, 2009.

SOUZA, R.R. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidade entre as esferas de governo. In: Pierantoni, C.R.; Vianna, C.M.M. (orgs.). *Gestão de sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003, p. 15-58.

TRAGTENBERG, M. O conhecimento expropriado e reapropriado pela classe operária: Espanha 80. *Educação & Sociedade* – Ano II – N° 7 – Setembro de 1980. São Paulo: Cortez, pp. 53-62.

VIANA, N. Reforma Universitária: quem ganha, quem perde? **Revista Espaço Acadêmico**, n. 43, dez. 2004. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/043/43cviana.htm>. Acesso em: 26 dez. 2010.

CAPÍTULO 3

A (in)visibilidade do processo de trabalho na estratégia de saúde da família

Maria Ilk Nunes de Albuquerque

Introdução

Desde a sua criação pelo Ministério da Saúde (MS), em 1994, enquanto Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se Estratégia a partir de 1998, a Saúde da Família (SF) tem ocupado lugar de destaque. Contudo, os dados referentes à sua cobertura populacional, no país passaram a ser registrados oficialmente após a implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em 1998. Assim, a estimativa de cobertura média populacional passou a ser calculada através do número de equipes implantadas por município (BRASIL, 2008).

Baseada nos dados do SIAB, a estimativa de cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi de 6,55% em 1998. No período de 2006 até agosto de 2011, a cobertura populacional passou para aproximadamente 53,1%, com 32.079 equipes de saúde da família em atividade, em 5.284 municípios brasileiros (BRASIL, 2011a).

Entretanto, a significativa expansão da cobertura pela ESF, por si só, tem demonstrado que é incapaz de alterar qualitativamente a situação de saúde da população, principalmente por se tratar de uma política *focalizada e seletiva* – com restrição de acesso e baixa resolubilidade – voltada essencialmente às populações mais pobres.

No país, a ESF demonstra uma ampla aceitação e adesão a sua proposta, por parte dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários. Na história das políticas de saúde do país, jamais se observou uma capacidade de expansão, nesse ritmo, de um modelo de atenção que, conseqüentemente, envolvesse um significativo número de trabalhadores para a sua operacionalização.

Em 2006, o governo cria a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB), tendo como base a Estratégia de Saúde da Família. Em 2011, ocorre a ratificação da PNAB, que é aprovado com alterações e revisões, através da Portaria nº 2.488 de 21/10/2011. Para alcançar o status de Política Nacional, as discussões fundamentaram-se nos eixos transversais da universalidade do acesso, da in-

tegralidade e da equidade em um contexto de descentralização e de controle social, com o propósito de redefinir as diretrizes gerais, as responsabilidades de cada instância de governo, a infraestrutura e os recursos necessários, as características do processo de trabalho, as atribuições dos profissionais e as regras de financiamento, além de considerar, na atual concepção, os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde (APS) como termos equivalentes (BRASIL, 2011b).

Em que pesem os resultados positivos, demonstrados através de diferentes indicadores, como, por exemplo, de redução da Mortalidade Infantil, de aumento da cobertura vacinal em crianças, de aumento da cobertura de mulheres pelo exame de prevenção de câncer de colo uterino, além do incremento de outras ações/atividades, o processo de implantação/implementação da ESF, bem como a forma como se configura o processo de trabalho, continuam a exigir alterações efetivas que a transforme numa potência para a reorganização do sistema de saúde.

Acreditamos que os resultados possam revelar elementos e perspectivas que possibilitem reflexões para o seu aprofundamento em diferentes contextos e proponham modificações na realidade do trabalho na Saúde da Família, evidentemente agregando os resultados de inúmeros e importantes estudos publicados sobre o tema.

Ocorre que todas as formulações, propostas e planos no campo da saúde vêm historicamente se desenvolvendo em conjunturas marcadas por orientações político-ideológicas do capitalismo, que acabam por conduzir e impor através dos seus mecanismos que os serviços de saúde atuem, predominantemente, segundo a sua lógica.

Assim, serão abordadas questões referentes ao trabalho na ESF que se constitui, no campo da saúde, numa dimensão do atual modelo de atenção que tem ocupado um espaço privilegiado e de ampla visibilidade no SUS. Contudo, o processo de trabalho em sua configuração não é dissociado de alguns paradoxos relacionados aos condicionantes e determinantes de alguns mecanismos da acumulação capitalista que, apesar das especificidades inerentes aos serviços de saúde, se manifestam através de efeitos perceptíveis, mas, na maioria das vezes imperceptíveis pelos trabalhadores, embora evidenciados na ocorrência da intensificação e da exploração do trabalho, na SF.

Os pontos serão apresentados de forma geral, embora o propósito seja fazer o contraponto, no que se refere ao processo de trabalho na ESF.

O processo de trabalho na ESF a propósito de um “novo” modelo socioproductivo – a acumulação flexível.

Diante da complexidade que envolve as concepções relacionadas ao trabalho, de forma geral, optou-se por introduzir algumas questões, com ênfase ao processo de trabalho, que são fundamentais para uma melhor compreensão do complexo de reestruturação produtiva, enquanto uma “nova” ofensiva do capital, que tem introduzido inúmeras transformações no mundo do trabalho, e conseqüentemente, no trabalho em serviços de saúde.

É importante considerar que, em grande parte das construções teóricas em saúde, há uma omissão de elementos relacionados à lógica do processo de acumulação capitalista, que dificultam a compreensão de algumas questões relacionadas ao trabalho sob uma perspectiva crítica.

O Trabalho é muito mais que um tema ou um elemento teórico; trata-se de uma categoria cuja essência expressa o próprio modo de ser e de viver dos homens na sociedade, ou seja, é uma categoria central para a compreensão do fenômeno da vida social.

O trabalho, historicamente, é realizado na reprodução da sociedade como um processo, o processo de trabalho que é a totalidade de todos os atos de trabalho singulares dos indivíduos concretos e que envolve os seguintes elementos: os meios de trabalho, os objetos de trabalho e a força de trabalho (NETTO, 2006).

Portanto, o processo de trabalho é constituído pelo que se denomina como *forças produtivas* que, em caráter histórico, se revelam com o crescimento da *produtividade do trabalho*, que surge vinculada à divisão social do trabalho e se insere nas relações de caráter técnico e de caráter social, intrinsecamente ligadas, que constituem as *relações de produção*. Em síntese, “*a articulação entre forças produtivas e relações de produção – se denomina modo de produção*”, que é uma articulação extremamente complexa (NETTO, 2006, p.59-60).

O MPC apresenta vários estágios ao longo da sua evolução histórica, porém o estágio vigente se iniciou no final do séc. XIX com a integração entre monopólios industriais e bancários, que constitui o capital financeiro – o estágio imperialista do capital (NETTO, 2006).

Embora o MPC possa ser descrito em diferentes estágios, isso não significa, segundo Netto (2006), que um estágio extingue todos os elementos do estágio anterior. Ao contrário, as características se combinam, se expressam e influenciam os estágios

subsequentes. A produção capitalista determina a sua própria reprodução, que se torna compreensível quando se considera que, sem acumulação de capital, o MPC não existiria.

Segundo Harvey (2005), o MPC se firma através de crises sucessivas, sendo estas endêmicas ao processo de acumulação capitalista. As crises criam e forçam condições que impulsionam algum tipo de racionalização arbitrária do sistema, que resulte na expansão da capacidade produtiva para a renovação das condições de acumulação.

O capitalismo só consegue escapar da própria contradição por meio da sua expansão. *A expansão é, simultaneamente, “intensificação” (de desejos e necessidades sociais de populações totais, e assim por diante) e “expansão geográfica”*. Assim, tanto a expansão geográfica quanto a sua concentração são consideradas produtos de um único esforço: o de criar oportunidades para a expansão da acumulação de capital (HERVEY, 2005, p.71).

Atualmente, as estratégias de reversão da crise estrutural do capital, que se apresentam no interior do padrão de acumulação e não no modo de produção propriamente dito, passaram a se basear no processo denominado “acumulação flexível” (HARVEY, 1998), enquanto principal característica do atual estágio do capitalismo, que se iniciou no final da década de 70, quando o processo de produção expresso através do padrão de acumulação taylorista/fordista evidenciava significativos sinais de esgotamento.

A acumulação flexível [...] se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, [...]. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. [...] envolve rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas, criando, por exemplo, um vasto movimento no emprego no chamado “setor de serviços” (HARVEY, 1998, p.140).

Nessa perspectiva, se impõe entender que a dimensão e a caracterização do trabalho em serviços se traduzem numa nova morfologia do trabalho e se apresentam em forte expansão, com tendência crescente. Trata-se de um tema abrangente e complexo que, sob a égide da reestruturação produtiva, passa a compor de

forma efetiva a dinâmica da acumulação, não apenas do ponto de vista da valorização, mas da relevante inserção no âmbito dos conflitos e das contradições da relação capital/trabalho.

Portanto, a partir de uma realidade mundializada, se pretende buscar as especificidades e modalidades que caracterizam e configuram o processo e a força de trabalho, em serviços de saúde, especificamente na ESF, que ultrapassa o aspecto estritamente econômico da produção e se firma não apenas no trabalho objetivamente mas também nas dimensões da vida social do trabalhador.

Configurações da força de trabalho em saúde

Na experiência cotidiana, o trabalhador assalariado, de forma geral, e particularmente os de saúde, dificilmente apreende as características do seu processo de trabalho de forma crítica, o que implica, conseqüentemente, o pouco reconhecimento sobre o processo de exploração da força de trabalho, daí a necessidade de se enfatizar questões relacionadas à força de trabalho, de forma geral, para compreensão da sua especificidade em saúde.

Cabe destacar uma advertência de Linhart (2007) de que, para muitos especialistas sobre o trabalho, qualquer inovação pode se traduzir numa armadilha, quando se coloca um campo sobre o outro. Há, por um lado, os que afirmam que estão ocorrendo transformações radicais que afetam o trabalho, que sai de um tipo de lógica para entrar em outro, onde há uma grande autonomia e um envolvimento dos assalariados em seu trabalho. Por outro, os que negam a existência de verdadeiras rupturas e referem que estão ocorrendo esforços ou formas de adaptação relacionadas à necessidade de uma radicalização das lógicas já utilizadas.

De acordo com Linhart (2007), as inovações não buscam objetivos unilaterais, podendo se prestar a vários objetivos – são multivalentes. Assim, o autor apresenta o que considera uma inovação, adaptada ao novo contexto de mundialização econômica em decorrência da evolução das tecnologias, dos valores e a expansão dos serviços, e que se concretiza pela figura onipresente e onipotente do cliente, enquanto sujeito central na legitimação das pressões sobre o trabalho, ou seja, que domina o mundo do trabalho em sua totalidade; trata-se da individualização das situações de trabalho e da maneira de tratar os assalariados.

A individualização seria uma inovação que ocorre em um contexto de ruptura com as pressões, os objetivos e os valores do passado. Ela implica uma nova organização do trabalho,

que oferece condições para cada um desenvolver suas competências a serviço da variedade, da qualidade e da rapidez. As tarefas mudam de natureza, uma vez que se trata de gerir acontecimentos, acasos, de efetuar análises, diagnósticos e de saber se comunicar. Essas novas tarefas, que levam à subjetividade, envolvem o assalariado e necessitam de certa autonomia e liberdade de decisão. A individualização se configura por múltiplas vias, como: a individualização das remunerações, das carreiras, das formações, dos potenciais pessoais, que resultam de uma série de evoluções objetivas (tecnologias, natureza do trabalho) e estratégicas (LINHART, 2007).

Nessa perspectiva, é possível se observar que a individualização tem se apresentado de forma bastante incisiva no trabalho em serviços, mais especificamente, nos de saúde.

O trabalho em serviços: trabalho produtivo e/ou trabalho improdutivo

Um dos principais marcadores do atual estágio do capitalismo é a hipertrofia do setor terciário ou setor de serviços. A expansão do setor de serviços, embora não se trate de um fenômeno recente, traz consigo uma das mais polêmicas discussões no âmbito da teoria econômica, segundo Netto (2006), que se relaciona à natureza produtiva ou não produtiva do trabalho.

Em relação ao trabalho produtivo na produção capitalista, é importante tomar por base, de forma resumida, uma passagem do conceito estabelecido por Marx (1987) que afirma:

Trabalho produtivo [...] é o trabalho assalariado que, na troca pela parte variável do capital (a parte despendida em salário), além de reproduzir essa parte do capital (ou o valor da própria força de trabalho) ainda reproduz mais-valia para o capitalista. [...] Só é produtivo o trabalho assalariado que reproduz capital (MARX, 1987, p.132-133).

Tavares (2004) afirma, a propósito da discussão sobre trabalho produtivo e improdutivo, que se faz necessário desmistificar um equívoco sobre a produção da mais-valia, que é dimensionada na relação entre trabalho necessário e trabalho excedente. Assim, há quem pense que só concorre para a obtenção da mais-valia a produção que se objetiva em coisas tangíveis. Nesse sentido, apenas o trabalho na indústria geraria mais-valia e o trabalhador seria produtivo.

É inconcebível considerar o trabalho em serviços de forma generalizada como trabalho improdutivo, na tentativa de negar a extração da mais-valia, porque isso significaria a negação do próprio sistema capitalista. O processo de reprodução do capital necessita da coexistência do trabalho produtivo e do improdutivo que compõe uma unidade, mas não é possível nivelá-los, já que o trabalho improdutivo, enquanto serviço, não se diferencia do produtivo, apenas por ser desenvolvido enquanto atividade e não em forma de “coisa”.

O que os distingue é o conteúdo objetivo da circulação, ou seja, se o comprador do serviço funciona como capitalista ou não. [...] um mesmo serviço pode ser produtivo ou improdutivo. Se o serviço for executado por um trabalhador que esteja subordinado a uma relação na qual, após o empresário desembolsar seu salário, o capital tenha sido acrescido por uma mais-valia que nada lhe custou [...] é um trabalho produtivo. [...] o mesmo serviço pago com rendimentos, não vai produzir capital, [...] é uma troca de dinheiro diretamente por trabalho, e não de compra da força de trabalho, tem-se o trabalho improdutivo (TAVARES, 2004, p.106-7).

Nesses termos, retomando Marx, “*é produtivo o trabalho que gera diretamente mais-valia*”, ao que a autora acrescenta, “*constitua ou não o conteúdo material da riqueza*” (TAVARES, 2004, p.91).

Torna-se evidente que a expansão do setor de serviços, além de incorporar um enorme e diversificado elenco de atividades, envolve um grande volume de trabalhadores assalariados designados como *improdutivos*, que tende a mercantilizar todas as atividades do trabalho vivo e, conseqüentemente, acaba impondo a determinadas atividades de serviços, tais como saúde, educação, lazer etc., características de *mercadoria*, pois o objetivo é um só, obter lucro.

Em *A Revolução Informacional*, Lojkin (2002) traz uma argumentação importante sobre trabalho produtivo e improdutivo, considerando que há interpenetrações de funções entre um e outro. Contudo, não desconsidera a definição oferecida da Marx de trabalho produtivo e improdutivo.

O autor faz uma referência específica aos serviços de saúde, destacando que:

O caso mais espetacular, dentre todas as tentativas de racionalização capitalista dos serviços, talvez se localize nas profissões da área de saúde, ainda que as profissões ligadas à pesquisa e ao ensino estejam afetadas.[...]. Como tem ocorrido em todos os grandes serviços públicos, a informatização dos cuidados médicos coloca, especialmente, o problema da relação entre uma hipertecnização da profissão e a consideração, em sua globalidade, do *contato humano* com o doente e sua família [...](LOJKINE, 2002, p.286-87).

Lojkine (2002) afirma que não se trata de um combate pasadista contra a racionalização capitalista da política de cuidados médicos. O que ocorre, conforme demonstram os movimentos das enfermeiras, de auxiliares de enfermagem e de médicos-hospitais, é que:

todo conteúdo comunicacional dos serviços de saúde se vê questionado por profissões que se recusam a escolher “entre” a necessária informatização do seu trabalho e a relação social do serviço que é sua especificidade – reivindicando a transformação, em qualificações sociais devidamente reconhecidas, de suas capacidades relacionais [...] (LOJKINE, 2002, p.287).

O caráter inovador desse movimento consiste em:

Não renunciar ao envolvimento no trabalho, mesmo entrando num conflito aberto com esse trabalho; lutar simultaneamente para que seu trabalho seja convenientemente remunerado [...], interessante e para que sua função social seja reconhecida e desenvolvida – eis o que é subversivo: *reivindica-se ao mesmo tempo um trabalho com grande valor de troca e com grande valor de uso, com recusa a negociar um aspecto em relação ao outro* (LOJKINE, 2002, p.288).

Lojkine (2002) apresenta duas tendências contraditórias nos serviços: uma é a recomposição enriquecedora de atividades relacionais profissional/usuário; a outra são as tentativas de padronização e de desqualificação dos trabalhos mais rotineiros e menos relacionais. A relação de serviço é uma relação não mercantil, em que prevalece o ouvir, a consideração das necessidades de cada um, a ênfase na qualidade sobre a quantidade, mas coexiste uma nova relação mercantil, em que os próprios atores impõem o re-

conhecimento, nas suas atividades profissionais e nas remunerações, do preço dos seus serviços.

As atividades de serviços não produzem por si mesmas, produtos materiais, mas consomem esses produtos. Portanto, não podem ser submetidas aos mesmos critérios de mensuração da produção industrial mercantil. Não é possível avaliar a prestação de cuidados, por exemplo, mensurando o volume máximo produzido em função de despesas salariais mínimas, já que é impossível apreender e quantificar o “produto”, que é apresentado sob a forma de prestações de serviços que são improdutivas de valor e de mais-valia (LOJKINE, 2002).

Entretanto, é oportuno acrescentar, numa discussão de Salvador (2010), alguns argumentos de Francisco de Oliveira (1998)¹ quanto à reprodução da força de trabalho, nos quais afirma que os bens e serviços sociais públicos funcionam como antimerca- dorias sociais, cuja finalidade não é a de gerar lucros, já que na dinâmica do fundo público não ocorre a extração da mais-valia. E, que quando ocorre a indexação de benefícios públicos aos salá- rios, esse passa a se constituir em parâmetro básico da reprodução sendo o oposto da mais-valia.

Para Francisco Oliveira (1998), o fundo público é construído para indagar os processos pelos quais o capitalismo perdeu a sua capacidade regulatória, e resume o complexo que substituiu a autorregulação.

O conceito de fundo público [...] não é, portanto, a expressão apenas de recursos estatais destinados a sustentar ou financiar a acumulação de capital; ele é um mix que se forma dialeticamente e representa na mesma unidade, no mesmo movimento, a razão do Estado, que é sociopolítica, ou pública, se quisermos, e a razão dos capitais, que é privada. O fundo público, portanto, busca explicar a constituição, a formação de uma nova sustentação da produção e da reprodução do valor, introduzindo, mixando, na mesma unidade, a forma valor e o antivalor, isto é, um valor que busca mais-valia e o lucro, e outra fração, que chamo de antivalor, que não busca valorizar-se por se, pois não

¹ Não tivemos acesso à publicação de Francisco de Oliveira que tem como título *Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita*. Editora Vozes, 1998. Contudo, consideramos importante expor seu posicionamento, mesmo tomando como base a discussão realizada por Salvador (2010), dada a competente interpretação.

é capital, sustenta o processo de valorização do valor (Francisco Oliveira, 1998, p. 53).

Contudo, Salvador (2010, p. 91) ressalta que o fundo público não pode ser considerado antivalor, pois está presente na reprodução do capital, enquanto uma importante fonte de investimento capitalista. Apresenta-se como fonte que viabiliza a força de trabalho, através de salários indiretos que reduzem o custo do capitalista na sua aquisição e por meio das funções indiretas do Estado na garantia de investimentos em meios de transporte e infraestrutura, nos gastos com investigação e pesquisa etc.

Nessa perspectiva, cabe destacar que, particularmente no Brasil, ocorre a apropriação do fundo público vinculado à seguridade social, que inclui a saúde, a previdência e a assistência social, para a valorização e acumulação do capital vinculado à dívida pública (SALVADOR, 2010).

Com base nessas questões, fica claro o entendimento sobre a exploração do trabalho em serviços públicos de saúde pelo capitalismo, cujas transformações em curso orientam à expansão do trabalho em serviços, de forma geral, passando a compor efetivamente a dinâmica da acumulação, não apenas do ponto de vista da valorização, mas da relevante inserção no âmbito dos conflitos e das contradições da relação capital/trabalho.

O trabalho em saúde – em serviços de saúde

Partindo da definição genérica de Marx, de que serviço é o efeito útil de alguma coisa, mercadoria ou trabalho, ele pode ser entendido como o que resulta da utilização de bens ou da força de trabalho enquanto valor-de-uso. A ideia de serviço era voltada à de serviço pessoal. Os serviços de saúde, em parte, se configuram enquanto serviços pessoais, porque requerem um alto conteúdo relacional (interpessoal) e, em outra, envolvem um consumo de mercadorias (insumos, equipamentos, medicamentos etc.), o que os situa numa lógica mercantil (NOGUEIRA, 2000).

O serviço de saúde se realiza, essencialmente, sobre pessoas numa interrelação entre profissional e usuário, que contribui e é parte do processo de trabalho. Nogueira (2000) enfatiza a peculiaridade desse processo de trabalho em que o usuário é co-partícipe, é fornecedor de valores-de-uso substantivos, é que determina o êxito ou o fracasso total ou parcial da ação.

Quanto ao que considera como processo de trabalho em saúde, Nogueira (2000) destaca que se trata de algo extremamente abstrato, que tem uma direcionalidade técnica, particularizada nas formas de realizar ações em saúde, pois requer adaptações constantes às particularidades apresentadas – indivíduos com suas histórias e necessidades.

A saúde não é uma área que atue segundo a lógica da substituição de tecnologias por trabalho vivo, mas há uma acumulação de tecnologias e de uma ampla variedade de serviços. “É nesse sentido que ocorre a fragmentação da prestação e do consumo de serviços de saúde” (NOGUEIRA, 2000, p. 61).

Outra análise importante sobre processo de trabalho em saúde é realizada por Merhy (2007, p. 72-3), que considera como “um dos temas mais discutidos e problemáticos na organização de um sistema de saúde, quando relacionado ao modo como se estruturam e se gerenciam, nos diferentes tipos de estabelecimentos que oferecem serviços de saúde”. O processo de trabalho é um dos “nós críticos” das propostas que apostam/apostaram na direção da mudança do “modelo tecno-assistencial das políticas de saúde”, que se apresenta comprometido com diversos interesses.

Na saúde, o consumo, pelo usuário, se dá imediatamente na produção da ação, que não é ofertada no mercado como algo externo por que se paga (não confundir com o consumo de procedimentos, como exames, por exemplo, que imaginariamente seja considerado como consumo de ações produtoras de saúde). No caso da produção/consumo (assistenciais), há um espaço de interseção entre o trabalhador e o usuário (individual ou coletivo), que é um momento de encontro e uma negociação, em ato, onde há um confronto nem sempre conflituoso, frente às necessidades, e onde “se dá a factibilidade do trabalho vivo em ato²”, que se define num “processo quase estruturado³” (MERHY, 2007, p.95).

Assim, o trabalho em saúde pode ser caracterizado, essencialmente, como um trabalho coletivo, que agrega à sua operacionalização diversos profissionais de saúde, em atividades específicas, além de inúmeros trabalhadores de diferentes áreas, em

2 O ato de produção no trabalho em saúde se dá no imediato ato de consumir, e o trabalho vivo em ato é um processo que se realiza imediatamente com a produção, sempre um sendo, um dando, em um espaço publicizado, onde penetra a lógica dos interseções, também em ato, como constitutiva imediata deste trabalho (MERHY, 2007, p. 110).

3 Merhy (2007) considera como um processo de trabalho estruturado o processo de trabalho das fábricas.

atividades diversificadas (limpeza, vigilância/segurança, apoio administrativo, entre outros), porém necessárias, não apenas para a operacionalização das ações, mas para o funcionamento da estrutura institucional.

Segundo Pires (2004), o trabalho coletivo em saúde, embora seja realizado por múltiplos profissionais de saúde, cujas atividades são diferenciadas, de acordo com cada categoria profissional e com resultados distintos para os usuários, vem tendo o profissional médico como o elemento central do processo de trabalho em saúde, em que os demais profissionais participam, em sua maioria, de forma subordinada às decisões desse profissional, embora mantendo certa autonomia na tomada de decisões, pelo domínio de conhecimentos específicos. Assim, *O trabalho em saúde envolve múltiplos profissionais, todavia, interdisciplinaridade em saúde é mais uma figura de retórica do que uma prática concreta* (p. 315).

Essa abordagem sobre o trabalho apontou para inúmeras reflexões e conhecimentos, por contemplar, dentre tantos aspectos, elementos que decorrem das transformações experimentadas no mundo do trabalho, que não permanecem apenas como fato, mas como um processo dinâmico constitutivo da lógica da acumulação capitalista, específicos sobre o trabalho em serviços públicos de saúde a emergência da sua expressão na ESF, que ocupa o lugar central desta análise.

Do Programa de Saúde da Família à Estratégia de Saúde da Família

Dentre as trajetórias político-institucionais as quais o país atravessa desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, há uma busca de alternativas para uma melhoria efetiva da atenção à saúde da população. Na década de 1990, o cenário internacional se mostrava propício à expansão das ações básicas de saúde, mesmo com um cenário nacional marcado pela escassez de recursos, para as políticas sociais, em decorrência da política econômica de ajuste fiscal. Daí, seguindo recomendações baseadas no legado de Alma Ata⁴, é publicada a Portaria N.º 692/1994, que determina como metas do Ministério da Saúde a criação do Programa de Interiorização do Sistema

⁴ Alma Ata (Capital da República Socialista Soviética do Cazaquistão), sediou, no período de 6 a 12 de setembro de 1978, a “Conferência Internacional de Atenção Primária em Saúde”, onde houve a formalização da Atenção Primária em Saúde – APS – como doutrina e a determinação dos seus componentes fundamentais, para todos os países do mundo (OMS,1978).

Único de Saúde (PISUS) e do Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1994).

Como justificativas à criação dos respectivos programas, foram expressas: que a interiorização do SUS se daria através da existência de uma equipe mínima de saúde, nos municípios, composta por um médico, um enfermeiro, Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e um profissional de nível médio em enfermagem; da implantação e implementação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)⁵; da implantação do PISUS⁶ e, que o modelo do PSF daria prioridade, além da assistência médica individual, às ações de proteção e promoção à saúde.

Além do trabalho em equipe, o PSF introduz como inovação à sua operacionalização, a territorialização, ou seja, um território delimitado com população adstrita.

Tanto o PACS quanto o PSF nascem no acirramento da crise estrutural no setor de saúde no país, vivenciada pela população brasileira que, por muitas décadas, sente o distanciamento entre seus direitos garantidos em leis e a capacidade efetiva do Estado de ofertar as ações e serviços públicos de saúde, o mais próximo possível dos territórios sócio-sanitários dos indivíduos, famílias e comunidades (SOUZA; HAMANN, 2009).

Com a implantação do PSF, é introduzida uma série de transformações e inovações na organização do trabalho em saúde, em substituição progressiva no modelo tradicional, tendo como principal eixo o incentivo do trabalho em equipe multiprofissional.

Essas transformações e inovações no trabalho em saúde não foram implantadas e implementadas com o consentimento passivo dos trabalhadores em saúde, principalmente dos que atuavam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais. Ocorreram conflitos e insatisfações, entre os trabalhadores, sobre diversos aspectos, tais como o papel das UBS tradicionais em curto, médio e longo prazo; os salários diferenciados para uma jornada de 40 horas/semanais, entre outros. Na realidade, houve uma grande movimentação desses trabalhadores para

⁵ Tendo como base experiências internacionais e nacionais em APS, o Ministério da Saúde instituiu, em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), que, em 1992, passou a ser denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e introduziu o enfoque na família, enquanto unidade de ação programática de saúde e não apenas no indivíduo singular. A sua atuação ocorreria através da cobertura de uma área delimitada geograficamente, cujo indicador principal seria constituído pelo número de famílias cobertas pelo programa.

⁶ Apenas nos municípios da Amazônia legal.

migrarem para o PSF, que ainda está ocorrendo, em menor intensidade, em alguns municípios.

A partir de 1994, a Atenção Básica em Saúde (ABS) surge na agenda de prioridades do governo e vai incorporando gradativa institucionalidade⁷, que além da mobilização de recursos inclui uma gama de novos atores (gestores estaduais e municipais, profissionais de saúde, instituições formadoras e usuários), que disputam politicamente a organização do sistema de saúde. Contudo, a prioridade referida se contrapõe a um cenário de fragilidades na atenção à saúde, inclusive na ABS, demonstrando inconsistências na sua formulação (BORGES; BAPTISTA, 2010).

Estabelecida a prioridade da ABS, o país acatava, dentre outras determinações, as do Banco Mundial (BM), contidas nas propostas do documento “Investindo em Saúde” (WORLD BANK, 1993), no qual se propunha que os investimentos do governo, para a saúde, deveriam priorizar a população mais pobre, que cabia ao Estado a execução de serviços de saúde para grupos sociais excluídos e/ou de maior vulnerabilidade social e, ao setor privado, a responsabilidade de realizar os serviços dos outros níveis de complexidade. Assim, estava se conformando, na atenção à saúde, dois subsistemas: o da ABS e outro, composto pela média e alta complexidade.

No campo da saúde, em 1996, é publicada a NOB/SUS/96, que, readequando a gestão do SUS e os respectivos papéis das três esferas de governo, apresenta as bases para uma reordenação do modelo de atenção à saúde; explicita o financiamento das ações executadas pelo PSF e PACS, através da criação do Piso de Atenção Básica – PAB (com cálculo de base populacional) –, um montante de recursos financeiros federais destinados, exclusivamente, aos procedimentos e ações da ABS, transferidos aos municípios (BRASIL, 2001).

7 Institucionalidade é a construção de viabilidade de uma política quando põe em cena os diferentes atores participantes e induz à formação de uma base institucional que possa dar sustentação e continuidade aos processos políticos definidos. A institucionalidade de uma política constrói-se com distintas frentes de luta que não passem necessariamente pelo discurso oficial, nem pelo enfrentamento direto de grandes problemas estruturais. Aposta, inclusive, nos micropoderes capilarizados, mais ou menos verbalizados por atores sem grande visibilidade, mas que traduzem a política da ABS, cotidianamente, em ações de cuidado (BORGES; BAPTISTA, 2010, p.30,48).

8 O Piso da Atenção Básica (PAB) foi criado através da Portaria Nº 1.882/97, com suas frações fixa e variável. A fração fixa do PAB é estabelecida por um valor per capita/ano, para o financiamento das ações gerais da ABS; a fração variável são recursos para o financiamento da organização da ABS. Atualmente, a transferência do PAB obedece a critérios estabelecidos pela Portaria nº 648/06.

Até então, poucos municípios do país, haviam implantado o PSF. Após as disposições da NOB/96, os gestores municipais demonstram maior interesse pela implantação do PACS e do PSF, que começou a se expandir rapidamente, principalmente nos municípios de pequeno porte.

No âmbito da atenção à saúde, o Ministério da Saúde, através da Portaria de nº. 1.886/97, reconhece o PACS e o PSF, como “importante estratégia” para o aprimoramento e consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar (BRASIL, 1997). Desde então, o Programa de Saúde da Família passou a ser considerado como Estratégia de Saúde da Família.

A novidade mais significativa, dessa denominação estava na forma de gestão e não propriamente no modelo de atenção. Entrava em cena, com mais evidência, a flexibilidade na contratação de pessoal para a ESF, tendo a gerência privada como alternativa. Várias experiências foram implantadas nos municípios, onde organizações não governamentais (ONGs), organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips), entre outras modalidades de organizações, passaram a receber recursos financeiros do sistema público para gerenciar as equipes de SF.

A década de 1990 é caracterizada pela efetiva adoção dos preceitos do neoliberalismo, que, através dos seus efeitos deletérios, inverteu toda a lógica desenvolvida pela Reforma Sanitária que preconizava que os trabalhadores em saúde eram peças-chave para a consolidação do SUS.

A Política Nacional de Atenção Básica em Saúde

O país inicia o século XXI mergulhado em desafios e obstáculos a serem enfrentados na reestruturação do modelo de atenção à saúde. Entendendo o SUS como um processo dinâmico, em construção, muito do que foi exposto desde a sua criação, com uma diversidade de propostas de mudanças discutidas e aprovadas por diferentes atores sociais, se encontram no campo das (im)possibilidades. É fato que as soluções têm sido buscadas, mas “sempre” na dependência da ordem econômica mundial.

A ABS, devido às inúmeras peculiaridades na sua implantação e implementação, nos diferentes contextos e conjunturas, tem apresentado um intenso processo de reorganização operacional, respaldado, ao longo da sua trajetória, por uma vasta publicação de documentos institucionais, cujos conteúdos se apresen-

tavam de forma desagregada e de difícil compreensão, por parte dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS.

Diante desses fatos, dentre outros, que dificultavam o desenvolvimento da ABS, ocorreu um movimento que agregou atores políticos de municípios e estados, bem como membros da academia, profissionais de saúde, trabalhadores do SUS, usuários e entidades representativas do SUS, cujas discussões resultaram na mudança de status da ABS, que se transformou em Política Nacional, através da publicação da Portaria n°. 648/2006, que dispõe sobre a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2007).

Conforme destacado anteriormente, através da Portaria n° 2.488/2011, a PNAB é aprovada estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da ABS, da ESF e do PACS (revogando a Portaria n°. 648/2006, entre outras). Assim, passa a considerar Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como termos equivalentes e ratifica a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da ABS no SUS, além de definir a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) etc. (BRASIL, 2011b).

A PNAB apresenta as características do processo de trabalho das equipes de ABS, as atribuições comuns a todos os profissionais que compõem as equipes e as específicas por categoria profissional. A prescrição de atribuições para os profissionais não é uma inovação trazida pela PNAB; esse aspecto vem caracterizando a SF desde o seu nascimento. Não serão descritas as atribuições, devido ao seu extenso volume, além do que, embora prescritas pela Política Nacional, outras atribuições podem ser acrescentadas pelos gestores municipais.

Sem entrar no mérito de analisar o conteúdo de cada atribuição, cabe reconhecer que as proposições quanto às atribuições comuns e às específicas repercutem incisivamente no processo, nas condições e nas relações de trabalho. Essas repercussões são, em parte, determinantes de inúmeros desafios/tensionamentos desencadeados na organização do trabalho na ESF, que derivam tanto do que está instituído pela PNAB, quanto das práticas cotidianas desenvolvidas.

Portanto, a PNAB determina, quanto às especificidades da ESF, que são considerados como itens necessários:

I - a existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxi-

liar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal; II – o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família [...]; III – cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas [...]. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe; IV – cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais; e V – carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe, à exceção dos profissionais médicos (p.10).

Assim, é inegável que a ABS se tornou uma prioridade reafirmada na agenda do governo nos últimos anos, enquanto compromisso do SUS, mas evidentemente sob a orientação das organizações multilaterais.

Contudo, Borges e Baptista (2010) afirmam que pode ser uma prioridade sem sustentabilidade.

É uma prioridade em um discurso que encobre fragilidades, mas que pode servir de estratégia de enfrentamento de oposições e disputas. É também, no sentido de que mobiliza interesses que tanto mantêm a ABS na agenda de governo quanto consolida avanços de forma processual. [...] Esse processo afina-se com a ‘circularidade’ da política, pois tira o MS do papel de principal formulador – financiador – executor – gestor da ABS e amplia a arena. Ademais, [...] o fato de a ABS ser executada e gerida por municípios e estados, mas com sustentação financeira do governo federal, pode ser um meio de desmonte dessa política, caso uma futura gestão ministerial recue da ESF. [...]. Por isso, a ABS deve ser mantida tanto como prioridade na agenda de governo quanto como institucionalidade nas políticas do SUS em toda a sua complexidade intergovernamental (BORGES; BAPTISTA, 2010, p.46-47).

Há que se reconhecer que, a exemplo da ESF, todas as políticas, programas etc., implantados no SUS, apresentam um exacerbado conteúdo prescritivo, através de mecanismos legais publicados pelo MS, tais como: normas, portarias, dentre outros instrumentos que reduzem a capacidade do município em aplicar uma legislação que corresponda às necessidades e realidade local, o que, conseqüentemente, o submete a sujeições desse aparato sob pena de não receber recursos para tais ou quais programas.

Nesse sentido, há pelo menos duas características da ABS presentes na concepção teórica e desenvolvidas na prática, que se expressam como orientação da organização do trabalho na ESF, no país. Trata-se da referência territorial com vínculo a uma dada população adstrita e do processo de trabalho estruturado a partir de equipes multiprofissionais, dentre outros elementos que se apresentam como uma “nova” forma de produção do trabalho em saúde.

A referência territorial da ESF se baseia na proposição de um modelo de atenção à saúde que tenha como centro de referência o “território processo”, como sendo um território social, econômico, político, cultural e epidemiológico, em reconstrução permanente, onde se desencadeia o processo saúde-doença da população. A espacialização (territorialização) é importante e útil às estratégias de intervenção em saúde, mas por si só não responde à complexidade dos problemas de saúde, carecendo da agregação de conhecimentos de outras áreas.

A unidade básica de saúde apresenta:

a possibilidade de menor aprisionamento de suas práticas a um processo de trabalho médico restrito, ou mesmo circunscrito no tempo e no evento, podendo abrir-se, portanto, às mais distintas alternativas de constituição de novos formatos de produção de ações de saúde. Isso se advertindo, porém, que a noção de rede básica não deve se confundir necessariamente com um espaço físico, pois pressupõe, sim, um espaço de trabalho em saúde (MERHY, 2007, p.199).

Uma crítica à ESF se relaciona à centralidade de suas práticas assistenciais no saber médico, reconhecendo que a mudança no modelo de atenção baseado na ABS só ocorrerá a partir da reorganização do processo de trabalho com equipes multiprofissionais. Fazendo um comparativo entre a ESF e o enigma da esfinge da mitologia

grega, Franco e Merhy (2007) afirmam que o problema do modelo atual está no processo de trabalho; como este não é decifrado,

é engolido pela feroz dinâmica do trabalho médico-centrado, e por não organizar um saber crítico sobre a questão – até mesmo por concepções formadas ao longo do tempo por seus operadores, acaba operando centralmente na produção de procedimentos e não na produção do cuidado.[...] Interpretar a essência dos processos de trabalho em saúde é a condição para decifrar seus enigmas e impedir a ação destruidora da ‘esfinge’, que diz respeito à dinâmica do capital posta no caso da saúde. Para ferir de morte tal dinâmica, é preciso uma ação que reorganize o trabalho do médico e dos outros profissionais, atuando em seus processos decisórios que ocorrem no ato mesmo da produção da saúde (FRANCO; MERHY, 2007, p.115).

Acrescentam que diversos estudos sobre a temática dão conta de que a mudança de processo de trabalho médico-centrado para outro desenvolvido em equipe multiprofissional, centrado na produção de serviços, por si só não garante uma nova lógica na organização do trabalho. Seria necessário mudar os sujeitos que se colocam como protagonistas do modelo, bem como a construção de novos saberes e práticas materializadas em “tecnologias de trabalho” na produção de saúde.

Isso permite observar, de forma geral, que o trabalho em saúde, em suas especificidades, se apresenta em construção e, apesar de ter passado por diversas discussões, regulamentações (normas, portarias etc.) e de ter se transformado em uma política nacional, tem caminhado no sentido de inúmeros questionamentos sobre os alcances, limitações e desafios da sua prática, principalmente em relação ao trabalho em equipe multiprofissional, que caracteriza a SF.

“Por dentro” do processo e das condições de trabalho na ESF

No campo das políticas de saúde, a APS, através da Estratégia de Saúde da Família, se configura na intervenção de maior visibilidade e impacto do país. Em 2002, havia 16 mil equipes implantadas em mais de quatro mil municípios, apresentando uma cobertura de mais de 50 milhões de pessoas e uma estimativa de aproximadamente 170 mil postos de trabalho envolvidos diretamente na condução da estratégia, sem contar com pessoal de apoio administrativo. Até agosto de 2011, haviam sido implantadas 32.079

equipes de saúde da família, em 5.284 municípios, com cobertura populacional de aproximadamente 53,1% (BRASIL, 2011a).

A ESF aponta para um redirecionamento no modelo de atenção com implicações significativas na organização do trabalho em saúde que, oficialmente, é pautada: na atuação em território delimitado com população adstrita, com vistas ao estabelecimento de vínculos entre os profissionais, entre estes e os indivíduos/famílias e comunidades; no trabalho em equipe multiprofissional, em regime de tempo integral para todos os profissionais, exceto os médicos; na utilização de instrumentos no exercício do planejamento participativo; na organização horizontal do trabalho, com compartilhamento do processo decisório; na incorporação da participação da comunidade; na necessidade de incorporação de novos conhecimentos em saúde etc., além de se constituir na “porta de entrada preferencial da rede de atenção” para o usuário do SUS.

É importante ratificar que uma característica intrínseca que permeia todos os aspectos gerais e específicos da ESF é o *caráter prescritivo* exacerbado, que define com alto grau de normatizações, verticalmente introduzidas pelo Ministério da Saúde, desde as competências e responsabilidades de cada esfera de governo, até os critérios para a implantação das unidades nos municípios, a composição da(s) equipe(s) com as respectivas atribuições gerais e específicas, por categoria profissional, além dos itens da infraestrutura e dos recursos necessários à realização das ações etc. Tudo isso, atrelado à liberação de repasses de recursos financeiros do MS aos municípios.

Nessa perspectiva, algumas questões foram analisadas na busca de uma maior apreensão sobre o processo e as condições de trabalho dos trabalhadores da SF, com a consciência de que podem gerar encontros e desencontros, idas e vindas.

Portanto, conforme destacado, há dois eixos que prioritariamente caracterizam a organização do processo de trabalho na ESF: a atuação em território delimitado com adstrição⁹ da popula-

⁹ Verifica-se, ao longo do estudo, o uso dos termos adstrição e adscrição da clientela/população, como sinônimos, por vários autores e documentos oficiais. O Dicionário da Língua Portuguesa de Aurélio B. Holanda define os termos da seguinte forma: Adstrição (substantivo f.) ação ou efeito de adstrigir (verbo) que significa: apertar, comprimir, unir, submeter, sujeitar, obrigar, adscrever etc. E adstrito (adjetivo): apertado, unido, ligado, limitado, restrito, cingido. Enquanto, Adscrito – aditado, acrescentado, inscrito, registrado, sujeito, subordinado. Assim, salvo nas citações de autores, em que será preservado o termo utilizado, optamos por utilizar o adjetivo adstrito(a) e o substantivo adstrição por compreendê-lo como sendo mais adequados (FERREIRA, 2004).

ção e o processo de trabalho desenvolvido através do trabalho em equipe multiprofissional, que serão analisados a seguir, sob a ótica dos trabalhadores da ESF que participaram do estudo.

A territorialização com população adstrita

Considerando que seria necessário tornar mais claro o conceito de território, há um destaque a duas correntes de pensamento: a primeira que define o território de forma naturalizada, que já está dado e completo. Nesse caso, o território é definido por critérios geopolíticos – território-solo. A segunda apresenta o território como um espaço dinâmico, em permanente construção e reconstrução, onde se tensionam sujeitos sociais numa determinada arena política (MENDES et al. 1994).

Assim, para cada USF se determinaria o território obedecendo à lógica que resulta das condições objetivas de existência de uma população específica, que abrange, segundo Mendes (1994), a forma de inserção no processo produtivo, de participação no consumo, de interação com o meio ambiente e a participação no processo e na tomada de decisão em saúde. Contudo, na prática, se considera, prioritariamente, os indicadores de maior exposição a riscos, aliados ao grau de vulnerabilidade social.

Mendes (1994) afirma que a adstrição da população não pode ser um encurralamento que imponha a determinação das relações entre a comunidade e os serviços. A adstrição admite relações distintas, seja profissional/paciente, profissional/área geográfica, unidade/área geográfica, equipe de saúde/indivíduo ou coletivos (famílias, outros grupos sociais etc.).

A referência à população adstrita possibilita a obtenção do indicador de cobertura da ESF, que é construído não apenas pelo número de equipes instaladas, mas também pelo número de pessoas (não de famílias) acompanhadas, se constituindo em variáveis que se traduzem numa relação de proporcionalidade. Acresce-se a isso o fato de que ter uma população definida para cada equipe nem sempre significa a garantia de que toda ela esteja efetivamente acompanhada pela referida equipe, principalmente pelo elevado número de pessoas por área, bem como pelas desigualdades sociais que se apresentam nas áreas delimitadas.

A atuação em território delimitado foi referida pelos profissionais da SF como facilitadora no planejamento e no desenvolvimento das ações, embora surjam demandas da população, às quais os profissionais não têm condições de atender. Algumas

dessas demandas competem a outras instâncias da gestão municipal, que não são especificamente da saúde. Nesse caso, a ausência de uma atuação intersetorial dificulta o desenvolvimento do processo de trabalho da ESF.

Mesmo admitindo a facilidade de atuar em território delimitado, um profissional se referiu ao princípio da universalidade do acesso no SUS que, forçosamente, devido à atuação em território delimitado, para determinada população, acaba sendo descumprido, em razão da repressão da demanda espontânea.

A PNAB, em suas contradições, apresenta que o trabalho na saúde da Família é dirigido a populações de territórios *bem delimitados* e, ao mesmo tempo, refere que a ABS é orientada pelo princípio da universalidade do acesso. Ratifica, nos seus fundamentos, que a SF deverá possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde, caracterizados como porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção (BRASIL, 2011b).

Entretanto, fica evidente que não há universalidade do acesso e sim seletividade (focalização), tanto no que se propõe institucionalmente, quanto na prática da ESF.

Portanto, o território na Saúde da Família é considerado prioritariamente, pelos profissionais, na sua dimensão geográfica, que orienta a organização do processo de trabalho, no que se relaciona ao planejamento e à organização da demanda e da oferta das ações. O que não deixa de ser uma organização espacializada do trabalho.

Trabalho em equipe multiprofissional

O trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar se constitui, digamos, no segundo pilar, não por ordem de importância, do processo de trabalho da ESF, que deveria se apresentar enquanto uma estrutura organizacional horizontalizada de trabalho, tendo como objetivo principal atuar no processo saúde-doença, produzindo resultados positivos sobre os diferentes fatores que o determinam ou condicionam.

Portanto, a discussão compreenderá não apenas as referências do ponto de vista conceitual e geral sobre o trabalho em equipe, mas a especificidade que essa dimensão assume na concepção do processo e das condições de trabalho na ESF.

Segundo Piancastelli *et al.* (2000), a concepção de equipe, de forma geral, se vincula à de processo de trabalho, sujeita, portan-

to, às transformações que vêm ocorrendo no mundo do trabalho. Os autores enfatizam que uma das transformações mais significativas do trabalho, na atualidade, é a permuta entre um trabalho de ação individual para um trabalho em grupo. Porém, há grupos trabalhando em diferentes situações, nas quais alguns se tornam equipes e outros permanecem como grupos.

Contudo, Motta (2001) afirma que “*as equipes são formas mais aprimoradas dos grupos de trabalho*” (p. 59), pois apresentam todas as vantagens dos grupos e podem criar um espírito único, comum e positivo para o trabalhador coletivo, através de esforços organizados. São compostas por pessoas que, por motivos intrínsecos à organização do trabalho, deverão atuar em conjunto. No aspecto funcional, as pessoas de diferentes formações trocam informações, ideias e resolvem problemas com mais facilidade. O valor das atividades, a razão de ser, a forma de agir determinam o trabalho em equipe. As equipes mais modernas apresentam as tarefas mais intangíveis e não rotineiras, ocupando o maior espaço, e alteram as concepções tradicionais sobre grupos e equipes de trabalho.

Segundo Santana (2000, p. 13) *essa nova equipe de saúde* da ESF estará sempre em processo de conformação, quanto ao perfil de competências e habilidades de seus integrantes *ou, avançando mais na polêmica*, onde a composição básica está imposta através de instrumentos burocráticos, mas pode se alterar ou se adaptar, conforme a realidade nos diferentes contextos sociais, econômicos, culturais etc. do país e, conseqüentemente, de cada município.

A equipe de saúde da família, enquanto trabalho coletivo multiprofissional, além do fato de exigir certo grau de cooperação, complementaridade, decisões pactuadas com planejamento mais amigável etc., passa a ter nesses aspectos seu caráter distintivo¹⁰. Nesse sentido, Santana (2000) adverte que:

Não se pode adotar uma postura dogmática ao abordar o tema, no processo de trabalho da ESF. [...], há que cercar-se de cuidados para evitar armadilhas, ao ponto de admitir possibilidades que beiram a fantasia ou o delírio. Até certo ponto, o trabalho desta equipe pode e deve ser a ponte para um novo cenário no contexto dos serviços de saúde. Mas outras iniciativas no campo das políti-

10 Sobre a distinção de análises entre equipes de saúde, Araújo & Rocha (2007, p. 457) propõem que o PSF seja uma linha demarcatória decisiva, ou seja, as análises sobre o trabalho em equipe na saúde devem considerar o antes e o depois, ou o pré e o pós-PSF.

cas públicas e da ação de outros setores [...] e da própria sociedade podem e devem ser também consideradas, sem a pretensão de incluí-las no rol de trabalho de uma equipe de saúde que, de outro modo, poderia adquirir contornos de panaceia (p. 14).

A ESF, oficialmente, não foi proposta para se estruturar através da simples agregação do trabalho de algumas categorias profissionais, e sim no trabalho em equipe multiprofissional, que pressupõe uma ação interdisciplinar, em que haja a possibilidade de a prática de um profissional se recompor na prática de outro e ambos passarem por transformações para intervir numa dada realidade, numa dimensão que contemple a integralidade das ações individuais e coletivas, visando à resolução dos problemas de saúde e à satisfação das necessidades prioritárias da população.

Feuerwerker e Sena (1999) enfatizam que trabalho em equipe, trabalho multiprofissional e intersetorialidade não são sinônimos; são conceitos interrelacionados, que compreendem dimensões distintas da atividade humana: a produção de conhecimentos, o saber e a prática produtiva – o trabalho. Contudo, afirmam que, na prática, ainda se trabalha por disciplinas com enfoques específicos de conhecimento da realidade, dos problemas e das necessidades, a partir de determinado ponto de vista, ou seja, de uma visão unidisciplinar que, evidentemente é fragmentada e reduz o objeto de acordo com os limites de cada disciplina.

Acerca das diferenças que emergem, não apenas dos limites entre disciplinas, mas também entre teorias, paradigmas, campos epistemológicos, profissões e campos de saber e fazer, Vasconcelos (2002, p.152-3) defende que “é mais correto falar de práticas “multi”, “pluri”, “inter” e “trans”, acompanhadas por diversos complementos como, por exemplo, práticas multiprofissionais, interdisciplinares, etc”.

O autor aponta que o termo interdisciplinaridade, por ser o mais difundido, é o que mais utiliza em seus estudos, compreendendo que o que o termo inclui, porém, vai muito além das disciplinas, contemplando as práticas que abrangem a interação entre diversas fronteiras de saber.

Minayo (2010) aponta uma confusão comum que ocorre na área acadêmica e que, no nosso entendimento, se aplica ao trabalho em saúde, ao sustentar:

Que se realiza uma atividade interdisciplinar, quando na verdade o que colocamos em ação é a colaboração interprofissional

para a solução de problemas ou para solução de problemas ou execução de um programa que requer a presença, por exemplo, de assistente social, do operador de direito, do médico, e assim por diante. Nesses casos, não estamos diante de disciplinas propriamente ditas, mas sim de campos de conhecimentos e práticas como o Serviço Social, a Saúde Coletiva, a Medicina, em que as especialidades profissionais se encontram e cooperam (MINAYO, 2010, p.436).

A autora argumenta que

a interdisciplinaridade constitui a articulação de várias disciplinas em que o foco é o objeto, o problema ou o tema complexo, para a qual não basta a resposta de uma área só. [...]. Então a interdisciplinaridade não deve ser entendida como uma camisa de força para juntar pessoas, e nem para acomodar interesses: quando demandada, ela responde a uma pergunta trazida por um tema, de tal forma que ultrapasse a multidisciplinaridade e a multiprofissionalidade, ao mesmo tempo em que conta com elas (MINAYO, 2010, p.438).

Segundo Minayo (2010), o conceito de multiprofissionalidade é utilizado frequentemente e diz respeito à múltipla articulação de áreas profissionais. Essa articulação acontece, geralmente, para solucionar um problema complexo da prática, quando são necessários conhecimentos de alguns especialistas.

Com ênfase à intersetorialidade, considero que Minayo (2010) resume de forma clara e precisa, quando afirma que a interdisciplinaridade não configura uma teoria específica ou um método novo: ela é uma estratégia. E *“os fundamentos e as estratégias de interação é que devem comandar nossa prática teórica, que não só amplia o conhecimento, mas também subsidia a prática transformadora”* (p.441).

Na análise do processo do trabalho em equipe na ESF, os profissionais impõem os seus pontos de vista e contribuem, entre outros aspectos, num entendimento ambíguo quando afirmam, por um lado, que trabalham em equipe e reconhecem que, na saúde da família, o trabalho é em equipe, utilizando frequentemente, durante a abordagem, uma expressão de sentido possessivo: *“a minha equipe”*; e, por outro, ao declararem que cada um desenvolve o trabalho individualmente. Um deles chegou a afirmar que: o trabalho na ESF é em equipe, *“mas, se disser que trabalho em equipe, estou mentindo”*.

Na realidade, os profissionais só se reúnem, no caso, todos que compõem a equipe (formal)¹¹, quando são convocados pela gestão para a realização de alguma campanha de prevenção e/ou controle de doença ou agravo, ou para outros assuntos de interesse da gestão. Nesse caso, os profissionais se apresentam enquanto equipe – equipe que se forma momentaneamente ao sabor dessas ocasiões cujo resultado requer a participação de todos para a obtenção de uma meta. Mas tão logo se alcance o resultado, as equipes *se deformam*, e todos voltam ao trabalho individual.

A acumulação flexível se fundamenta no trabalho em equipe (*teamwork*), cujo lema é “*Somos todos chefes*” (ALVES, 2005, p. 54). Assim, para o desenvolvimento do trabalho em equipe, é estimulada a integração ou o engajamento da equipe com o processo de produção, pressupondo um incremento da supervisão e do controle do trabalho, exercido pelos próprios trabalhadores. No trabalho em equipe, há uma maior capacidade de manipulação do trabalhador, através da captura do saber e do fazer, bem como da sua disposição intelectual-afetiva em cooperar com a lógica do capital.

Alves (2001, p. 179) aponta que a incorporação de “novos procedimentos organizacionais” vinculados à reestruturação produtiva, como o trabalho em equipe com polivalência e plurifuncionalidade dos trabalhadores, não se é adequado apenas ao trabalho na indústria, mas também ao trabalho em serviços, de administração pública, que, mesmo não participando da criação de valor, então inseridos na lógica da acumulação capitalista. Cabe enfatizar que, nessa lógica, o *team work* – trabalho em equipe – pressupõe a intensificação da exploração do trabalho.

O fato é que, na ESF, a prática o trabalho é desenvolvido por um grupo de trabalhadores, de diferentes categorias profissionais e operacionalizadas, quase que exclusivamente de forma individualizada. Haja vista alguns procedimentos/ações específicos, os quais necessitam da colaboração de outro profissional como, por exemplo, os de saúde bucal.

Dessa forma, os trabalhadores da SF, como pessoas em suas individualidades se integram à ESF e a levam adiante, em uma rotina de produção de serviços, que prioriza a quantidade – cum-

11 A composição formal da equipe de SF obedece à prescrição da PNAB e, obrigatoriamente, ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que a qualifica enquanto equipe de saúde da família de determinada USF, por município.

primimento de metas –, em detrimento da qualidade das ações e mesmo dos próprios desempenhos, enquanto profissionais.

Ademais, ficou evidente que a ESF é absorvida por uma prática na qual ainda predomina o poder do profissional médico sobre os demais profissionais, com clara subordinação ao fazer médico. Assim, o antigo e conhecido “modelo médico-centrado” é legitimado, na ESF, através do reconhecimento dos usuários de que a atenção à saúde é prioritariamente o acesso à consulta ou atendimento do profissional médico.

Trabalho prescrito e trabalho real

Outra dimensão importante é a questão do caráter prescritivo da ESF, que determina, de forma detalhada, às atribuições para a operacionalização do trabalho, tanto das equipes quanto de cada categoria profissional, que, apesar de se apresentarem dentro da lógica de trabalho prescrito, se justapõem ao trabalho real.

A discussão sobre trabalho prescrito e trabalho real é amplamente, mas não exclusivamente, efetuada pelos profissionais que estudam a ergonomia do trabalho, cuja produção teórica tem como um dos pilares a distinção entre trabalho prescrito e trabalho real enquanto dimensões que se integram e se distanciam nas organizações do trabalho.

Sobre a distinção entre o trabalho prescrito e o trabalho real, Ferreira e Freire (2001) referem que:

o trabalho prescrito compreende duas dimensões que se complementam: a primeira se refere ao trabalho teórico *lato sensu*, constituído pelas representações sociais, habitando os pontos de vista dos diferentes sujeitos na esfera da produção; e a segunda constituída *por tarefas previstas, circunscritas num contexto sociotécnico particular, evidenciando os braços invisíveis da organização do trabalho que fixa as regras da produção*. Portanto, no trabalho real se comporta a atividade do sujeito, seu *modus operandi* em um contexto sociotécnico específico, que coloca em cena o seu corpo, a sua experiência e a sua afetividade para responder às lacunas do trabalho prescrito (Ferreira e Freire, p. 180-1).

Brito (2008) apresenta um conceito de trabalho prescrito baseado em estudos de situações reais de trabalho que permitiram evidenciar que o trabalho, muito mais do que se visualiza exteriormente, é distinto da forma como é planejado.

Para a autora, o trabalho prescrito se caracteriza por elementos vinculados à divisão social do trabalho e às relações hierárquicas, mas é importante enfatizar que há um nível de intermediação entre a tarefa (trabalho prescrito) e a atividade (trabalho real), que se relaciona aos objetivos que os trabalhadores definem para si, de forma individual ou coletiva. Há situações em que as prescrições se apresentam de forma implícita com o objetivo de induzir que o trabalho se desenvolva sem injunções – subprescrição, em que a definição dos meios e objetivos a serem atingidos acaba recaindo sobre o trabalhador –, *sobretabalho* – que não é reconhecido nem remunerado. *Sempre haverá uma parte implícita nas tarefas prescritas* (p. 442).

Porém, independentemente de qual modelo de racionalidade produtiva seja mais adequado ao trabalho na ESF, a pretensão não é analisar as atribuições prescritas se contrapondo ou se integrando ao trabalho real (atividade); e sim demonstrar como se configuram as tarefas (prescritas) na perspectiva dos trabalhadores da SF.

Todos os profissionais concordam que, em saúde, se faz necessária uma prévia determinação de algumas atribuições, que indiquem uma orientação do que deverá ser realizado. Contudo, enfatizam que lidar com necessidades e problemas individuais e coletivos, dentro de realidades particulares ou singulares, muitas vezes se apresentando de forma inusitada, não pode corresponder à rigidez de prescrições que visem, prioritariamente, ao cumprimento de metas institucionais. Porém, a compreensão mais evidente sobre trabalho prescrito se relaciona, objetivamente, a tudo que é imposto ou pré-determinado pelo sistema de saúde, sem a participação dos trabalhadores.

Nesse nível de análise, entram em jogo as situações que os profissionais da SF caracterizam como sendo atividades autônomas, ou a forma como as exercem, que caracterizam como tendo autonomia para realizá-las. Na verdade, eles têm uma autonomia relativa, mas diretamente relacionada ao que está previamente determinado – prescrito –, que, devido ao grande volume, acabam confundindo o uso de habilidades ou de criatividade para desenvolver suas atribuições.

Sobre essa questão, Campos (2007) considera que a qualidade em saúde estaria assegurada, se houvesse uma adequada conformidade entre autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidades atribuídas aos trabalhadores. Mas adverte que essa combinação deveria ser devidamente ge-

renciada para que: “*nem castrassem a iniciativa dos trabalhadores, nem deixassem as instituições totalmente à mercê das diversas corporações profissionais*” (p. 229).

Para cada trabalhador de saúde, há certa liberdade de intervenção, que corresponde a sua competência profissional, que não é contraditória nem transgride o que está prescrito. Inclusive, essa “autonomia” é estimulada pela instituição, às vezes de forma imperceptível pelos trabalhadores, porque amplia o campo de atuação e o nível de competência técnica, o que gera resultados imediatos e eficazes, mas também gera sobrecarga de trabalho.

Na ESF, as características prescritivas são inúmeras e se apresentam de forma expressiva, principalmente no que deve ser realizado pelos trabalhadores. Segundo Linhart (2009, p. 124), a aplicação de uma sistemática de prescrições extremamente detalhadas controla e domina os agentes (os trabalhadores), que são colocados em situação objetiva para cumprir o que se espera, em quaisquer disposições de espírito.

Ademais, cabe outra referência à Brito (2008, p. 442), quanto às novas exigências tendenciais da organização produtiva contemporânea, como a denominada *prescrição da subjetividade – sinônimo de exigência de implicação, iniciativa, criatividade, autonomia e disponibilidade para a produção*. Em alguns casos, os objetivos a serem atingidos são extremamente diversificados, levando o trabalhador a dar tudo de si para alcançar os resultados, gerando fadiga crônica e até exaustão. Soma-se a isso a inadequação do ambiente físico às situações de trabalho, na medida em que, apesar de ser um componente externo, pode representar insatisfação e dificuldade para a realização do trabalho.

Nesse sentido, Brito (2008) destaca, sobre a necessidade do trabalho prescrito, principalmente na saúde, inúmeras discussões que têm contribuído para evolução dos conceitos e faz duas observações:

O “trabalho prescrito” não deve ser reduzido à expressão de dominação do capital, pois tem um papel importante no desenvolvimento das atividades. Sua ausência, ou a não definição clara dos objetivos, de instruções e de determinados instrumentos de trabalho, compromete significativamente o desenvolvimento das atividades e a saúde do trabalhador. Logo, o fundamental é discutir: qual prescrição é pertinente? A segunda, a prescrição tem sempre um caráter situado (na medida em que há uma divisão de tarefas

que se define localmente ou que depende dos meios colocados à disposição), abrigando-nos a ter cautela em falar genericamente sobre um determinado setor de trabalho (p. 442-30).

Quanto à questão da prescrição ou da autonomia, concordamos com Linhart (2009) numa argumentação relacionada a uma situação de trabalho, que trazemos para a realidade da ESF: a argumentação de que, por trás da aparência de autonomia, esconde-se uma reapropriação, por parte da instituição, da autonomia dos trabalhadores, o que pode ser mais um esforço de prescrição da subjetividade individual e coletiva dos trabalhadores, tornando-os, no contexto da SF, capazes de tomar iniciativas e propor melhorias, através de um engajamento estimulado, que não podem, de forma alguma, sair do que foi prescrito, que, em princípio, já foi interiorizado. Nesse caso, os trabalhadores são submetidos individualmente, ao que Linhart (2009) chama de: *rolo compressor de um sistema unilateral de valores* (p. 126). *A individualização, representada como processo de adaptação dos assalariados aos novos dados econômicos, estratégicos e tecnológicos, assim como à evolução da natureza do trabalho, exprime-se naturalmente na nova ética e é exacerbada por ela* (p. 230).

Polivalência dos trabalhadores da Saúde da Família.

Cada vez mais, fica demonstrada a polivalência dos profissionais da Saúde da Família, embora seja esta uma questão polêmica. Pois, a abordagem mais frequentemente aceita por estudiosos, trabalhadores, gestores e outros atores é a de que os trabalhadores da SF são generalistas ou especialistas em saúde da família ou da comunidade.

Entretanto, considerando a amplitude da atuação dos profissionais da SF, que incorpora as atribuições específicas, as ações relacionadas às inúmeras áreas programáticas e a demanda derivada das necessidades de saúde da população, em seu contexto, através de ações de cunho individual e coletivo. Entende-se que, essa somatória de práticas, aliada à proposta de um cuidado integral, que necessita de conhecimentos de diversos campos de saberes – atuação de forma interdisciplinar - o trabalho na SF é caracterizado como essencialmente polivalente.

Desse modo, trazemos a questão da “polivalência” enquanto um elemento importante no âmbito do trabalho em Saúde da Família, entendendo, evidentemente, que trabalho polivalente não é sinônimo de trabalho generalista, como muitos o consideram.

Franco e Merhy (2007) consideram que há uma polêmica gerada em relação ao profissional ser generalista ou especialista. Na verdade, se trata de uma falsa polêmica, pois, se o generalista se isolar no seu campo de conhecimento, ele pode gradativamente se transformar em um “especialista da generalidade” e inviabilizar a pretensa resolubilidade.

O PSF mitifica o generalista, como se este profissional, ou melhor, esta “especialidade” médica conseguisse por si só implementar novas práticas de saúde na população. [...] A verdadeira discussão diz respeito ao fato de os profissionais de saúde, não apenas os médicos, nem apenas os que trabalham inseridos diretamente na assistência, mas todos os que labutam na produção de serviços de saúde, reaprenderem o trabalho a partir de dinâmicas relacionais, somando entre si os diversos conhecimentos (FRANCO; MERHY, 2007, p. 107;109).

Nessa perspectiva, o que se denomina como polivalência, no caso da SF, pode ser considerado como sendo uma polivalência funcional, ou seja, uma situação em que o trabalhador é induzido a desempenhar funções, tarefas ou atividades distintas das que constituem a sua competência profissional, de acordo com cada categoria profissional, sem a devida capacitação ou qualificação.

Monteiro (2001, p. 1) refere que, na expressão “polivalência”, se reconhece um significado mais ou menos empírico, de que seria polivalente o trabalhador que realizasse uma multiplicidade de tarefas, devidamente habilitado e capaz de enfrentar situações imprevistas que venham a ocorrer no decorrer da sua atuação, aberto, inclusive, às inovações que gerem o próprio processo produtivo.

O autor adverte que há dificuldades em se construir um conceito operativo susceptível para referendar casos concretos, quando se trata de aplicar à realidade jurídica. Pois a polivalência funcional descreve não apenas uma qualidade ou característica do trabalhador, mas também o poder do empregador em exigir determinada prestação ao trabalhador, no contexto da relação de trabalho vigente, estabelecida entre ambos.

Não como um conceito absoluto, mas apropriado, Monteiro (2001) refere que a polivalência

– dita funcional porque relativa à função ou tarefas exercidas pelo trabalhador – é instrumental, serve ao objetivo da “flexibili-

dade”. [...] A polivalência encontra-se limitada por um conjunto de condições positivas e negativas, autônomas entre si – a afinidade ou ligação funcional entre tarefas, a qualificação e capacidade do trabalhador e a (des)valorização profissional (p. 2; 13).

Na concepção dos profissionais da SF, há uma diversificação de opiniões sobre polivalência. Alguns a compreendem como sendo uma característica inerente ao trabalho e confirmam que são polivalentes; outros reconhecem a polivalência e admitem que ela gera sobrecarga de trabalho.

Portanto, coexistem na lógica de funcionamento da ESF, mecanismos que buscam nos profissionais os seus conhecimentos e as suas experiências técnicas; e a imposição de inúmeras atribuições que possibilitam o reajuste permanente das práticas/procedimentos, para adaptabilidade às situações previstas e ao melhor enfrentamento às imprevistas. Os trabalhadores são sutilmente (subjetivamente) transformados em profissionais adeptos aos propósitos da Estratégia e tendem a relativizar a noção de polivalência, de autonomia e a se submeter a uma maior diversificação de ações/funções, que intensificam e exploram o trabalhador.

Fica evidente que, na ESF, predomina o trabalho polivalente. As atribuições ultrapassam o elenco funcional inerente à competência específica de cada profissional. Nas exposições ficaram evidentes que se combinam ou se acumulam funções que deveriam ser exercidas por outros profissionais de saúde que não compõem a SF, bem como uma secundarização das funções técnicas de cada profissional, situação em que a polivalência se torna uma importante característica do trabalho.

A polivalência não se apresenta de forma explícita na PNAB, mas decorre da sujeição reiterada do trabalhador ao exercício de funções de um trabalhador polivalente. Existem profissionais explorados, no sentido objetivo do trabalho, e principalmente no subjetivo – subordinação formal, intelectual e de vida. É uma precarização do trabalho, na mais ampla acepção do termo precarização.

Isso está perfeitamente adequado à produção de serviços, no caso da ESF, cujos mecanismos de apreensão da subjetividade do trabalhador são determinados pela lógica da acumulação capitalista, dentro das particularidades do serviço público, que atua na reprodução ampliada do capital.

Considerações finais

Embora seja um tema abrangente que pode dar conta de uma multiplicidade de aspectos envolvidos em sua dinâmica, o trabalho na SF busca demonstrar a pretensão em superar a lógica do processo de trabalho, pautada no modelo curativo, individual e médico-centrado. Entretanto, a maior limitação reside no fato de, propositadamente, o Estado, sob fortes pressões políticas e econômicas, tanto nacionais quanto internacionais, não demonstrar efetivamente a pretensão em superá-lo. Há, de fato, apenas uma readequação de elementos que caracterizam o processo de trabalho, aos interesses ou propósitos da acumulação capitalista, haja vista a reprodução de mecanismos que antes eram próprios da esfera da produção mercantil, nos serviços públicos, especificamente os de saúde.

Nessa perspectiva, alguns desses mecanismos, enquanto características do processo de trabalho na Saúde da Família, na prática, formam distorções que se reproduzem no cotidiano dos trabalhadores, que ficam muito aquém de uma proposta, que se apresenta com o status de modelo de reorientação do sistema de saúde no país. Deve-se destacar, nesse sentido, o (des)mascaramento de que, na ESF se trabalha em equipe; a polivalência dos trabalhadores (multifuncionalidade), como uma das formas de exploração da força de trabalho; além da apreensão da subjetividade dos trabalhadores, através de inúmeros artifícios, dentre outras questões.

Evidentemente, o processo de trabalho, por si só, não provoca mudanças no modelo de atenção, mas o conforma, o identifica e indispensavelmente o viabiliza, já que o principal elemento do processo de trabalho é a força de trabalho.

Portanto, o centro ou núcleo que envolveu toda essa discussão sobre o processo e as condições de trabalho na ESF, que leva a inúmeras reflexões, é o complexo processo de individualização de todas as situações relacionadas ao trabalho. Retomando Linhart (2007), trata-se de uma individualização que segue múltiplas vias e se manifesta, com exaltação da subjetividade, numa série de questões objetivas do trabalho e na própria vida dos trabalhadores.

Contudo, não há uma única explicação que contemple o enorme abismo entre o que está estabelecido e o que realiza, na prática cotidiana do trabalho na ESF. Assim, tudo deverá ser analisado e discutido através de uma combinação de fatores, as-

pectos, elementos etc., que dependerão das origens históricas de cada um deles, da forma política pela qual esses fatores determinam sua relação com os outros fatores e de suas funções em contextos sociais específicos.

Referências

ALVES, Giovanni. *Dimensões da Globalização: o capital e suas contradições*. Londrina-PR: Práxis, 2001.

_____. *O Novo (e Precário) Mundo do Trabalho – Reestruturação Produtiva e crise do sindicalismo*. São Paulo: Boitempo, 2005.

ARAÚJO, Marize Barros de S. & ROCHA, Paulo de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n.2. Abrasco, 2007. p.455-464.

BORGES, Camila F.; BAPTISTA, Tatiana W. de Faria. A Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v.8, n.1. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2010.p.27-53.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 692, de 25/03/1994*. Diário Oficial da União, de 29/03/1987, nº. 60. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 1.886, de 18/12/1997*. Diário Oficial da União, de 22/12/1997, nº. 247. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB 01/96 (Portaria nº. 2.203, de 06/11/1996.)*. Gestão Municipal de Saúde. Leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. Série E. Legislação de saúde; Série Pactos pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde da Família do Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006*. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Departamento de Atenção Básica em Saúde*. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em 30 ago. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 2.488, de 21/10/2011*. Diário Oficial da União, de 24/10/2011. Seção 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRITO, Jussara C. Trabalho Prescrito. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio C. F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 440-445.

CAMPOS, Gastão W. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson Elias. & ONOCKO, Rosana. (Orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 229-266.

FRANCO, Túlio B.; MERHY, Emerson E. Programa de Saúde as Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecno-assistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p.55-124.

FERREIRA, Aurélio B. de H. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 3. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FERREIRA, Mário César.; FREIRE, Odaléa Novais. Carga de Trabalho e Rotatividade na Função de Frentista. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 5, n. 2, mai/Ago. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração. Rio de Janeiro, 2001, p. 175-200.

FEUERWERKER, Laura C. M. & SENA, Roseni R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? *Revista*

Olho Mágico, n. 18. Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina. Paraná: CCS/UEL, 1999. Disponível em: <www.ccs.uel.br/olhomagico>. Acesso em: 9 ago. 2011.

HARVEY, David. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as Origens da Mudança Cultural*. 7. ed. São Paulo: Loyola, 1998.

_____. *A Produção Capitalista do Espaço*. 2. ed. São Paulo: Anablume, 2005.

LINHART, Daniéle. *A Desmedida do Capital*. São Paulo: Boitempo, 2007.

LOJKINE, Jean. *A Revolução Informacional*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

MARX, Karl. *O Capital: crítica da economia política*. Livro 1, v.2. Cap. XXIII. 19. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987.

MENDES, Eugênio V. As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Hucitec; Rio de Janeiro, Abrasco, 1994, p. 19-85.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (Orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 71-112.

MINAYO, Maria Cecília de S. Disciplinaridade e complexidade. *Emancipação*, v. 10, n.2, Ponta Grossa, 2010. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>. Acesso em: 9 ago. 2011.

MONTEIRO, Luiz M. Polivalência Funcional: requisitos de concretização. *Estudos do Instituto do Direito do Trabalho*, v.1. Almeida/Instituto do Direito do Trabalho da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa. Lisboa-Portugal: 2001.

MOTTA, Paulo Roberto. *Desempenho em equipes de saúde*: manual. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. *Economia Política*: uma introdução crítica. Biblioteca básica de serviço social; v.1. Série. São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, Roberto P. O Trabalho em Serviços de Saúde. Textos de apoio da Unidade Didática I. In: SANTANA, José Paranaguá (Org.). *Organização do cuidado a partir de Problemas*: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Ministério da Saúde; Pólo de Capacitação em Saúde da Família da UFMG; NESCON. Brasília: OPAS, 2000, p. 59-64.

OMS. *Atención Primaria de Salud*. Serie: Salud para Todos; n. 1. Organización Mundial de la Salud. Ginebra (Suiza): Oficina de Publicaciones (Printed in Switzerland), 1978.

PIANCASTELLI, Carlos H. et al. O trabalho em Equipe. Textos de apoio da Unidade Didática I. In: SANTANA, José Paranaguá. (Org.) *Organização do Cuidado a partir de Problemas*: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Ministério da Saúde; Pólo de Capacitação em Saúde da Família da UFMG; NESCON. Brasília: OPAS, 2000, p. 45-50.

PIRES, Denise et al. *Organização do trabalho em enfermagem*: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. Trabalho, Educação e Saúde. Rio de Janeiro, v.2, n.2. EPSJV-FIOCRUZ, 2004.

SALVADOR, Evilásio. *Fundo Público e Seguridade Social do Brasil*. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTANA, José Paranaguá de. (Org.) *Organização do cuidado a partir de problemas*: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Ministério da Saúde; Pólo de Capacitação em Saúde da Família da UFMG; NESCON – Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem. Brasília: OPAS, 2000.

TAVARES, M^a Augusta. *Os fios (in)visíveis da Produção Capitalista*: informalidade e precarização do trabalho. São Paulo: Cortez, 2004.

VASCONCELOS, Eduardo M. *Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar*: Epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes, 2002.

WORLD BANK. Investing in Health: world development indicators. *World development report 1993*. New York: Published for the World Bank by Oxford University Press, 1993.

CAPÍTULO 4

Política de saúde do trabalhador: desafios históricos e contemporâneos

Jussara Maria Rosa Mendes

Dolores Sanches Wunsch

Paulo Antonio Barros Oliveira

1. Introdução

Os avanços nos campos político e teórico que dizem respeito à saúde do trabalhador têm contribuído para a construção de bases legais e normativas, contendo diretrizes políticas de atenção à e promoção da Saúde do Trabalhador. Esse processo é resultante da histórica disputa entre concepções e ações programáticas.

Em que pese, ao longo de décadas, a vasta produção do conhecimento científico, aliançada com a luta social dos trabalhadores pelo direito e garantia de uma política para a saúde, ainda há muito para avançar. Recentemente, a denominada Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST –, decreto de novembro de 2011 e o decorrente Plano Nacional de Segurança e Saúde, de abril de 2012, contendo as estratégias e ações para implementação da política, representam produtos desse embate histórico. Esses dois instrumentos legais são expressões dos desafios e das controvérsias em torno da discussão da saúde do trabalhador, sendo assim, necessário examiná-los de forma crítica e ética.

Este capítulo tem como objetivo discorrer sobre Saúde do Trabalhador e suas mediações históricas e contemporâneas, relacionadas à constituição de uma política na área. Pretende evidenciar a construção, organização e limites da atual política de saúde do trabalhador e do processo social em curso que envolve o trabalho. Refere-se à política de Saúde do trabalhador no Brasil, a ser implementada através do Plano Nacional de Segurança e Saúde dos Trabalhadores, que, embora elaborada intersetorialmente, ainda perpetua a histórica fragmentação entre as três grandes políticas: saúde, previdência e trabalho.

Inicialmente, há uma breve contextualização sobre o trabalho na atualidade, evidenciando os impactos sobre o trabalhador e sua saúde. Identifica-se, dessa maneira, um cenário repleto de novas determinações que exigem repensar os mecanismos de

proteção social do trabalhador. Para isso, as políticas sociais, como meio de materialização da proteção social, necessitam de entendimento em relação à perspectiva de suas totalidades e contradições históricas.

Nessa direção, busca-se apresentar a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST) e as especificidades relacionadas a cada uma das políticas sociais que a compõe, bem como problematizar os desafios encontrados na efetivação das políticas, em sintonia com o cenário contemporâneo que envolve a saúde e o trabalho.

2. Trabalho, acumulação capitalista e a saúde do trabalhador

O desenvolvimento do capitalismo reproduz e amplia as desigualdades sociais, as quais se refletem na realidade da saúde, impactando-a, bem como na proteção social dos trabalhadores. As formas de organização do trabalho e o papel secundário que o trabalhador ocupa no sistema produtivo, levam-no à reificação e fazem com que se torne descartável e substituível, de acordo com a lógica da dinâmica produtiva de acumulação flexível. Esses aspectos, que acentuam a não valorização do trabalhador, conduzem a uma crescente invisibilidade das doenças e acidentes relacionados ao trabalho, assim como o não reconhecimento de que o trabalho pode ser desencadeante do adoecimento.

A história social do trabalho revela intrínseca relação com a saúde dos trabalhadores. Entretanto, o ocultamento dessa relação está representado pelas formas mais perversas de domínio do capital sobre o trabalho.

O processo de acumulação capitalista é indissociável dos modos de organização do trabalho, movimento cujo contexto contemporâneo demonstra plenamente, caracterizado pela intensificação do trabalho, envolvimento dos trabalhadores, os quais têm sua subjetividade capturada pelo capital, (ALVES, 2007) com impacto no processo de pertencimento, enquanto classe social.

No sistema capitalista mundial, a configuração do trabalho tem apresentado, em seus vários ciclos, sistemas gerenciais com evolução crescente da produção, da qualificação profissional, do ritmo de trabalho e da fragmentação do processo produtivo. O contexto é de precarização, flexibilização, trabalho parcial, polivalência de funções, redução dos postos de trabalho por unidade produtiva, aceleração no ritmo da produção e das ações, somado ao desemprego estrutural e à implementação de novas tec-

nologias, com salários em declínio e/ou instáveis. Cada vez mais, para manter a mesma renda, o trabalhador é levado a trabalhar mais e em diversos lugares. Ressaltam-se ainda outras questões relacionadas à precarização dos contratos de trabalho: precariedade objetiva (contrato por prazo determinado, trabalho temporário) e precariedade subjetiva. Esta é tão, ou mais, prejudicial à saúde dos trabalhadores quanto aquela, ambas propiciando a instabilidade dos contextos técnicos e organizacionais. Desse modo, se constata a fragilidade das prestadoras de serviço, que, nesse sentido, de forma exacerbada, fazem os contratos com profissionais terceirizados. Também se verifica a responsabilização dos assalariados, tornando-os compromissados com sobrevivência das empresas. Constitui momento predominante da atual produção do capital a busca do envolvimento do trabalhador, enquanto disposição intelectual-afetiva, com a lógica da valorização do capital, isto é, para além do “fazer” e do “saber” (ALVES, 2011). Portanto, as atuais técnicas gerenciais “funcionam, simultaneamente, para incrementar o controle e para a intensificação do trabalho” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 177).

Em relação aos processos de trabalho, observa-se que, nas palavras de Marx, são fundamentalmente “processos de produzir mais valia” (MARX, 1980), sendo, nas relações sociais de produção, determinantes do adoecimento dos trabalhadores. Diferentes processos de trabalho predominam e coexistem em meio ao sistema de produção de bens e serviços, sistema esse que se alimenta de distintas formas de trabalho, cujas características de precariedade estão associadas ao trabalho vivo e à força de trabalho como mercadoria, atingindo as diversas dimensões da vida social (ALVES, 2007). O que se verifica é uma ampliação da dominação do capital sobre o trabalho, resultando, dentre outros agravos para o trabalhador, na produção de formas de desgaste mental relacionados ao trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Essas características atuais do estágio de desenvolvimento capitalista expõem uma perversa dialética na qual “assim como o capital torna ‘supérfluas’ suas mercadorias, sem as quais, entretanto não pode sobreviver, o mesmo capital torna ‘supérflua’ sua mercadoria força de trabalho, sem a qual também não pode sobreviver” (ANTUNES, 2005, p. 28.). Constata-se, portanto, que amplas parcelas da classe trabalhadora se encontram expostas e à disposição das idiosincrasias do capital (ALVES, 2010).

Os contrastes sociais, determinados pelas mudanças no capitalismo contemporâneo, vão assumindo contornos marcados pela precarização e flexibilização crescente das condições e das relações de trabalho. Essa situação arrasta o produto das lutas sociais dos trabalhadores, os direitos sociais e, ainda, influencia no desmantelamento de conquistas sociais adquiridas ao longo da história brasileira (BEHRING, 1998).

Constata-se que o perfil epidemiológico de adoecimento dos trabalhadores também expressa as transformações na organização do trabalho. Assim, o aumento da incidência e da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ou os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), que respondem por cerca de 80% dos casos atendidos nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST. Ademais, há adoecimentos mal caracterizados, entre eles os relacionados ao estresse, à fadiga física e mental e outras expressões de sofrimento relacionadas à atividade laboral. Como agravante, observa-se que essas “novas” formas de adoecimento convivem, no país, com as doenças profissionais clássicas como a surdez ocupacional, a silicose, as intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos, entre outras (Ministério da Saúde, 2006).

Os agravos que incidem sobre a saúde do trabalhador se redimensionam, visualizados na elevação do número de adoecimentos relacionados à atividade exercida e ao afastamento profissional. Portanto, o reconhecimento do processo de saúde-doença e trabalho exige, cada vez mais, compreender como têm se dado os modos de produzir e os modos de acumular na sociedade capitalista.

A Saúde e o Trabalho, como categorias centrais compartilhadas por todos os segmentos sociais, se constituem em categorias estruturantes do ser humano. Adquirem, então, novos significados e agravantes, reflexo das mudanças na matriz produtiva e das consequentes formas de organização do trabalho, bem como da implementação das políticas neoliberais, na década de 80, do século XX. Sem que se possa ainda precisar, de maneira mais efetiva, as repercussões desse contexto, em longo prazo, é necessário repensar e unificar ações e estratégias, a partir do desenvolvimento de processos sociais. Sendo assim, a mobilização, a consciência, a organização e a participação coletiva são os elementos essenciais para que se possa fazer esse enfrentamento.

3. A Política de Saúde do Trabalhador: mediações históricas e contemporâneas

A denominação Saúde do Trabalhador traz em si as contradições engendradas na relação capital e trabalho e no reconhecimento do trabalhador como sujeito político. Representa, assim, o esgotamento de um modelo hegemônico que perdurou durante séculos, circunscrito em um arcabouço legal e conservador que reconhecia um risco socialmente aceitável e indenizável à lógica do capital dos acidentes de trabalho (MENDES e WUNSCH, 2011). Os avanços científicos, no campo da saúde, relacionados ao trabalho têm contribuído para a superação desses modelos arcaicos.

Entretanto, se observa que, historicamente, as políticas sociais, enquanto respostas às contradições capital-trabalho, podem ser compreendidas como conquistas dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que se configuram em modelos que atendem ao processo de acumulação. Portanto, referir-se às Políticas Sociais significa falar em proteção social, representada por um conjunto de ações que se constituem em mediações essenciais que visam a concretizar direitos, bem como se constituir num mecanismo que dá visibilidade às insuficiências das condições de reprodução social na sociedade capitalista. A institucionalização desses direitos oscila entre a acessibilidade universal e parcial, entre a seguridade e o seguro social, prevalecendo a lógica do vínculo individual, em detrimento das múltiplas situações e necessidades coletivas de acesso à garantia social de direitos. O assalariamento, como condutor do acesso aos direitos dos trabalhadores, levou a uma forma de “cidadania regulada”, ou seja, todos os direitos estavam condicionados à inserção formal no mercado de trabalho.

Destaca-se que as políticas de previdência, saúde e trabalho configuram-se, enquanto sistema de proteção social, voltadas à saúde do trabalhador.

Para discorrer sobre a atual política de saúde do trabalhador, faz-se necessária uma incursão para ver como, historicamente, vem ocorrendo esse processo. Dessa forma, pode-se observar a relação entre a organização do trabalho e a concepção de risco indenizável, ou seja, de que o acidente de trabalho é passível de indenização, em detrimento das reais causas de “riscos” a que os trabalhadores estão expostos. Os seguros sociais, se, de um lado, representaram conquistas para a classe trabalhadora, de outro lado permitiram pagar os estragos, sem recriminar os erros. Vê-se, pois, que o conceito de risco suplantava o conceito de erro,

no que se refere ao acidente de trabalho. Ao mesmo tempo em que a culpa dos empregadores não era questionada, exoneravam-se os responsáveis, uma vez que os trabalhadores estavam assegurados. Esse caráter indenizatório, de ressarcimento, contribuiu para que os riscos sobre a saúde do trabalhador fossem “socialmente aceitáveis”.

No Brasil, a previdência social se constituiu no núcleo central do sistema de proteção social ao longo do século XX, guiando-se pelo trabalho assalariado e incorporando, lentamente, outros segmentos de trabalhadores, mantendo a contratualidade. As demandas de proteção social, resultantes das alterações que emergem do cenário contemporâneo do trabalho, não foram integradas pela previdência social, formando-se uma imensa lacuna no âmbito da proteção social dos trabalhadores, ocasionando uma fonte de clivagem social (BOSCHETTI, 2008) entre os trabalhadores que contribuem e os que não conseguem contribuir.

No que se refere à Política de Saúde, predominou o modelo assistencial-previdenciário. O atendimento à população sem vínculos trabalhistas formais, até o final da década de oitenta, baseava-se no modelo assistencial de proteção social e, para os trabalhadores do mercado formal, o de seguro social (FLEURY, 2009). Na realidade, nesse período, manteve-se ou mesmo ampliou-se o fosso entre os trabalhadores e os considerados “não trabalhadores”, os que tinham direitos e os que não tinham direitos, sendo possível, ainda, afirmar que a centralidade do modelo biológico pouco reconhecia a multicausalidade do processo de saúde-doença e, principalmente, na particularidade da saúde do trabalhador.

Com a reforma sanitária promovida ao final da década de 80, possibilita-se a universalização do acesso à saúde, embora tenha havido longo caminho para sua consolidação. Passados mais de 20 anos da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 e mais de 30 anos das experiências implementadas na rede pública de serviços de saúde, “o SUS ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o ‘trabalho’ ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço socioambiental”, ou seja: o papel do “trabalho” na determinação do processo de saúde/doença dos trabalhadores diretamente envolvidos nas atividades produtivas, da população em geral e dos impactos ambientais que essas atividades produzem (DIAS, HOEFEL, 2005).

A política de Saúde do Trabalhador, no Brasil, sempre esteve sob a responsabilidade ora do Ministério do Trabalho, ora do Ministério do Trabalho e da Previdência Social, pois estes ministé-

rios mudaram de configuração nas últimas décadas. As primeiras medidas de cunho oficial relacionadas ao trabalho e que dizem respeito às doenças ocasionadas pela atividade profissional surgiram na década de 30, com uma estrutura frágil, estabilizando-se, em maio de 1943, ao ter como referência a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. A partir de então, adquire características que se mantiveram quase que invariáveis até a atualidade.

A maior alteração sofrida por essa política, durante essas últimas oito décadas, deu-se em meados do período da ditadura militar, no final dos anos 70. A modificação ocorreu devido ao grande número de acidentes do trabalho, que acompanhou o “milagre econômico” e foi como uma resposta burocrático-administrativa à época. O Brasil era apontado como campeão mundial de acidentes do trabalho, e o governo sofria pressões internas e externas para tentar modificar aquele quadro.

Fruto de um esforço político concentrado, a CLT foi modificada, em dezembro de 1977, em seu Capítulo 5, que trata da Saúde e Segurança no Trabalho, com poucos meses de tramitação no Congresso. A seguir, apenas seis meses depois, foi editada uma longa e complexa Portaria Ministerial implantando, pela primeira vez, um arcabouço jurídico unificado para o controle das questões de segurança e saúde do trabalhador no interior das empresas. Uma extensa normatização infralegal e novos regramentos foram consolidados em um único documento, a Portaria 3214, de junho de 1978, vigente até os dias de hoje. No ano seguinte, 1979, a Fiscalização do Trabalho foi reestruturada e ocorreu o ingresso, em todo o País, de Médicos do Trabalho, no quadro geral da Inspeção Federal do Trabalho. Tal situação continuou sendo implementada e, no ano de 1984, foi realizado um concurso nacional, promovendo, em todos os Estados da Federação, a admissão de um grande número de Médicos e Engenheiros do Trabalho.

Fruto de uma organização política institucional do final da Ditadura Militar, contraditoriamente ao que acontecia com outras políticas sociais, o Brasil teve uma política de Governo para a área, que conseguiu se expressar em recursos no orçamento federal, em campanhas nacionais de combate ao acidente do trabalho e em incremento de recursos humanos qualificados para uma área específica de SST. Visava desse modo, a agir na fonte das causas dos acidentes, para além do quadro de Peritos Previdenciários e de cirurgiões traumatologistas, que sempre agiram nas consequências e sobre o corpo dos acidentados.

No Brasil, em que pese alguns avanços no campo institucional, se pode observar que, por muitas décadas, as ações programáticas das políticas sociais estiveram e continuam, na sua maioria, voltadas para situações de “riscos sociais”, sendo estruturadas através do assalariamento. Parte dessa ótica começa a mudar, a partir da década de 80 do século XX, nos “rastros” da Reforma Sanitária do Brasil, quando a Saúde do Trabalhador ganhou maior visibilidade. Ainda há questões para serem efetivadas, mas é preciso reconhecer que, em 20 anos, houve avanços significativos. Destaca-se, como já mencionado, fundamentalmente no campo da saúde: a evolução do conceito de saúde, em que o trabalho representa fração importante dentro dos determinantes sociais do adoecimento; a incorporação da saúde do trabalhador na vigilância e na saúde pública; e suas premissas de promoção, prevenção e vigilância.

No Ministério do Trabalho, mais do que um mecanismo fiscalizador, ocorreu, nos anos 90, a incorporação dos trabalhadores e empregadores na formulação de normas e de políticas propositivas de melhoria das condições de trabalho. No mesmo período, houve a ampliação legal do rol de doenças relacionadas ao trabalho pela Previdência.

Desse modo observa-se que, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, leis, portarias e decretos federais, estaduais e municipais vêm sendo publicados, estabelecendo e definindo finalidades, diretrizes, princípios, ações, competências e serviços que contemplam a saúde do trabalhador na área da Saúde, da Previdência Social e do Trabalho.

As grandes carências, nas três áreas de governo – saúde, previdência e trabalho – na atualidade, continuam justamente nas ações dissociadas, o que não contribuiu para o enfrentamento conjunto dos males advindos do desenvolvimento capitalista e da voraz necessidade de acumulação nesse sistema econômico.

Essa breve contextualização evidencia que as políticas voltadas à saúde do trabalhador, historicamente, se apresentaram fragmentadas e, ao mesmo tempo, focalizadas. As concepções e ações programáticas das políticas sociais contribuíram para culpabilizar os trabalhadores e as circunstâncias que envolviam as condições de trabalho, renda, adoecimento. Portanto, a ausência do reconhecimento da dimensão social, combinada com a individualização dos sujeitos, fez com que, retrogradamente, se mantivessem perspectivas conservadoras. O embate, presente no debate político e científico, foi fortemente marcado por posições, muitas

vezes antagônicas, retardando a construção de uma política de saúde do trabalhador e, ao mesmo tempo, impedindo avanços mais significativos.

3.1 A Política Nacional de Saúde do Trabalhador

O debate articulado em torno da saúde do trabalhador deu origem à proposta de Política Nacional de Saúde do Trabalhador – PNST –, que incorporou importantes proposições e contemplou os papéis a serem desempenhados pelos Ministérios da Saúde, da Previdência Social e do Trabalho. Há de se considerar, ainda, divergências constantes, as quais representam questões de concepção travestidas, por vezes, de terminologias que, na sua essência, ocultam históricas tensões entre as áreas da Saúde, da Previdência e do Trabalho (Mendes e Wunsch, 2011). No seu âmago, a política atendeu, assim, ao intento de ampliação das ações de promoção e proteção à Segurança e Saúde do Trabalhador – SST –, resultando em uma maior abrangência da cobertura dos trabalhadores, no equilíbrio de normas e na conexão de ações; na precedência da prevenção sobre a reparação; na estruturação de uma rede integrada em SST; na reestruturação da formação em SST; e na promoção de uma agenda integrada de estudos e investigação em SST (LACAZ, 2010).

O esforço de construção de uma política para a área se prolongou por mais de 20 anos, desde a primeira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ocorrida em 1986, no bojo da reforma sanitária. Naquele momento, a proposta de uma política de saúde e segurança dos trabalhadores aparece como um dos temas centrais, sendo recorrente na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 1994 (BRASIL, 2006). A formulação inicial deu-se através da Portaria 800, de 2005, uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST –, antecedendo a III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ocorrida em 2006. Como referido no início deste capítulo, a política foi formalizada pelo decreto presidencial, apenas em novembro de 2011, intitulada Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST –, viabilizando, efetivamente, as ações propostas na portaria. Em abril de 2012, foi lançado o Plano Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, detalhando objetivos e estratégias de ação (BRASIL, 2012).

Assenta-se a PNSST nos princípios da universalidade, da prevenção, na precedência das ações de promoção, proteção e prevenção da assistência, reabilitação e reparação, bem como no diálogo

social e na integralidade. E, dentre suas diretrizes, destaca-se “a inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema nacional de promoção e proteção da saúde” (BRASIL,2011). Constituiu-se, desse modo, em importante desafio governamental, tendo em conta as diferentes formas de inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho e a desproteção daqueles sem vínculo formal de trabalho.

A PNSST define as responsabilidades dos Ministérios do Trabalho e Emprego, do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência Social, no âmbito de suas competências, sem inovações substanciais. Assim, para a saúde, a prestação da assistência e realização da vigilância; para a previdência, a concessão dos benefícios por incapacidade e estabelecimento do nexa epidemiológico presumido; para o trabalho, inspeção em ambientes de trabalho e elaboração de normas regulamentadoras. Sumariamente, são essas as responsabilidades que devem ser garantidas. Entretanto, o que se observa é a omissão, no Decreto 7.602, quanto à intersectorialidade das ações, visando assegurar o princípio da integralidade. São desafios que se colocam na perspectiva de uma atuação conjunta, de superação das fragmentações históricas.

Uma outra definição importante diz respeito à revisão periódica da listagem oficial das doenças relacionadas ao trabalho, que caberá, daqui para a frente, ao Ministério da Saúde. Até então estas revisões, embora com a participação do Ministério da Saúde, passavam por aval da Previdência

Na Gestão, a PNSST, incorpora o conceito tripartite que o Ministério do Trabalho utiliza há duas décadas, constituindo paritariamente uma Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho – CTSST. A esta Comissão está sujeito um Comitê Executivo constituído pelos três ministérios históricos da área.

Em relação às legislações trabalhista, previdenciária e sanitária, ainda faltam medidas que as encaminhem para a harmonização, conforme um dos objetivos do Plano Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.

Outro aspecto que se apresenta como desafio para as três áreas responsáveis, está na extensão da cobertura ao trabalhador do mercado informal. Representando parcela significativa de trabalhadores, muitos deles já estiveram inseridos no mercado de trabalho formal, às vezes por longo período. No entanto, ao adoecerem, passam a ser descartáveis, pois não estão mais contribuindo para a Previdência. Tornam-se, então, seres invisíveis para a Previdência Social e para o Trabalho.

Como forma de pensar as três grandes áreas constitutivas da política da Saúde dos Trabalhadores – a previdência social, a saúde e o trabalho –, faz-se, a seguir, um detalhamento das políticas, levantando-se algumas problematizações acerca das suas estruturas, atribuições e desafios, pautando a discussão nos entraves que impedem a efetiva concretização dos direitos sociais dos trabalhadores.

3.1.1 A Previdência Social e a Saúde do Trabalhador

A Previdência Social, como seguradora social voltada para o trabalho assalariado e de quem contribui, tem como função básica na PNSST, através do Instituto Nacional de Seguro Social – INSS –, avaliar a incapacidade laborativa para fins de concessão de benefícios previdenciários e a implementação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – o NTEP¹.

O NTEP se constitui em um importante instrumento para o enfrentamento da subnotificação das doenças e acidentes de trabalho (MACHADO, 2010, SANTANA, 2010). Entretanto, o que se tem observado é ainda uma baixa concessão dos benefícios por incapacidade relacionados aos acidentes e doenças que dizem respeito ao trabalho. O percentual de auxílios-doença concedidos como benefício previdenciário de ordem acidentária representa, aproximadamente, 16% do total de benefícios desta espécie (BRASIL, 2012).

No que se refere ao reconhecimento do nexos do acidente/ adoecimento com o trabalho, o NTEP, em 2011, foi responsável pelo reconhecimento de 32% dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, do total de acidentes do trabalho registrados na previdência social (BRASIL, 2011). Esses acidentes, na ausência de tal instrumento, seriam, factualmente, tidos como doenças não relacionadas ao trabalho. Todavia, no Brasil, se relacionado com os dados referidos sobre auxílio-doença e a centralidade do trabalho como fator de vínculo previdenciário, ainda é muito expressiva a subnotificação das doenças relacionadas ao trabalho.

É importante registrar que estudos recentes sobre o NTEP indicam fragilidades na sua implementação e operacionalização, relacionadas, dentre outros fatores, às iniquidades no acesso ao direito, sejam elas regionais, urbano-rurais ou pautadas por dife-

¹ A Previdência Social introduziu, em 2007, o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP. Este parte do cruzamento das informações de código da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 – e de código da Classificação Nacional de Atividade Econômica – CNAE –, apontando a existência de uma relação entre a lesão ou agravo e a atividade desenvolvida pelo trabalhador (BRASIL, 2011).

rença de sexo (MACHADO, 2010). Assim, observa-se a ausência do compartilhamento dos bancos de dados do INSS com todas as instituições da área de saúde do trabalhador, para a utilização integrada das informações, bem como a atualização periódica da lista de doenças relacionadas ao trabalho (SOUZA, 2010).

Outro aspecto que envolve os benefícios por incapacidade e do NTEP diz respeito ao núcleo central do debate acerca dos direitos de proteção social, vinculado ao trabalho assalariado, excluindo, dessa forma, uma grande parcela de trabalhadores contribuintes da previdência social do estabelecimento do nexo-causal com o trabalho.

Há de se considerar, ainda, os critérios de avaliação relacionados à perícia médica previdenciária, ao caracterizar doenças e averiguar acidentes de trabalho, assim como os critérios de incapacidade, tendo em conta as mudanças no chamado mundo do trabalho. Observa-se que pouco se tem levado em conta a dificuldade de absorção pelo mercado dos profissionais que adoecem e se afastam de sua atividade. Como consequência, muitos desses trabalhadores dificilmente voltam a se incluir no mercado de trabalho, quer pelo estigma de terem sido um “encostado”, quer pela redução da capacidade útil, tornando-se dispensáveis face à racionalidade produtiva capitalista, que exige um perfil de trabalhador plenamente saudável.

Outra dimensão dessa realidade é verificada ao examinar-se o modelo de reabilitação profissional, no âmbito da previdência social. Para Wunsch (2012), a reabilitação profissional constitui-se em verdadeiro paradoxo em relação à saúde do trabalhador. Refere a autora que é o contexto em que se situa o trabalho que define, potencialmente, a efetiva “capacidade e\ou incapacidade” laboral do trabalhador, uma vez que essa condição se agrava, devido às situações de acidentes e adoecimentos por que são acometidos os profissionais. Esta efetiva capacidade também é dada pelo contexto previdenciário e o lugar dado ao serviço de reabilitação profissional da Previdência Social, como a “porta de saída” do seguro social, uma vez que esse serviço, na maioria das situações, concebe o trabalhador como um “segurado apto” para reinserir-se profissionalmente.

Pode-se referir como uma crítica à completa ausência, no PNSST, de propostas de discussão com vistas a promover mudanças no atual modelo de reabilitação profissional previdenciário e seu plano de ação.

Por fim, aponta-se para a necessidade de uma ampla discussão sobre a Saúde do Trabalhador na previdência social, para que

se possa refletir sobre concepções e práticas historicamente presentes e caminhar por mudanças estruturais e ações integradas com as demais políticas da área da saúde do trabalhador.

3.1.2 O Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador

A Política de Saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, integram a Seguridade Social como um direito universal.

Nesse sentido, a atenção à saúde dos trabalhadores se distingue por lidar diretamente com a complexidade e a dinamicidade das mudanças no processo produtivo, que definem constantemente um perfil para a classe trabalhadora (DIAS, 1994). São considerados trabalhadores, homens e mulheres que exercem atividades para seu próprio sustento e ou de seus dependentes, qualquer que seja a forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formal e informal da economia (DIAS, HOEFEL, 2005).

As ações no âmbito da Saúde dos Trabalhadores, a partir da Constituição de 1988 e de sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde, em 1990, possibilitaram a implementação da rede de serviços do SUS. O Pacto pela Saúde e em Defesa do SUS (BRASIL, 2006²) orienta essas ações. Assim, define como prioridade a consolidação da atenção básica de saúde, como eixo ordenador das redes de atenção à saúde do SUS, que devem ser financiadas pelas três esferas de gestão do SUS, para atender às necessidades de saúde da população e conseguir a equidade social (DIAS, HOEFEL, 2005). Porém muitos são os desafios para superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão. O principal desafio é a incorporação de metas e de indicadores de Saúde do Trabalhador, no processo de pactuação entre estados e municípios. Esses indicadores incluem dados demográficos e do perfil produtivo; da morbi-mortalidade por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; práticas de educação em saúde; capacitação profissional, entre outras medidas.

No modelo de SUS proposto pelo Pacto de Gestão, a centralidade da construção do sistema de atenção é a atenção básica. Esta não mais referida como porta de entrada do Sistema, mas

² A Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 é um documento pactuado pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários Estaduais (CONASS). Foi aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), no início de 2006 (BRASIL, 2006).

como suporte técnico e científico e como núcleo irradiador da cultura da centralidade do trabalho e da produção social das doenças no SUS. Em relatório técnico-científico de 2010, Dias resalta que ocorreram muitas “mudanças que repercutiram diretamente sobre a organização da atenção à Saúde do Trabalhador, prescrita pela RENAST, com foco nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)” (Dias, 2010, p. 43).

Neste sentido, a organização e o planejamento da política de saúde se orientam pela adoção de estratégias que estejam em consonância com esta premissa, na qual o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) se torna central. A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da orientação familiar e comunitária das ações e da participação da comunidade. A partir da transformação desta prática assistencial, a prática da APS orienta-se pela abordagem do processo saúde-doença centrada na promoção da saúde, na prevenção e no diagnóstico precoce das doenças (STARFIELD, 1992; BRASIL, 2006).

Caracteriza-se, então, a APS, pelo conjunto de intervenções de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo atividades de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, que privilegiam o trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) delimitados. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações, sendo considerado o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde (DIAS, HOEFEL, 2005).

Em 2012, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, através da Portaria nº 1.823, documento que vem ratificar ações e serviços desenvolvidos no Sistema Único de Saúde (SUS), na área de Saúde do Trabalhador. Desse modo, após muitos anos de reivindicações, debates e lutas travadas por movimentos sociais, profissionais de saúde e instituições, formaliza-se, por meio dessa Política, a ampliação da inserção da saúde do trabalhador no SUS. Além disso, é pautado o trabalho escravo e infantil, assinalando situações que devem receber a atenção dos profissionais de saúde. Também há de se insistir na necessária incorporação da categoria trabalho como determi-

nante do processo saúde-doença, a fim de assegurar que a situação do trabalho dos usuários do SUS seja identificada em todas as ações e serviços, assim como suas possíveis consequências para a saúde, considerando-as nas análises e intervenções em saúde em seus diferentes níveis de atuação. Um dos eixos adotados, partindo dessa perspectiva de análise, pretende identificar os fatores que têm dificultado a concretização desses objetivos, não desconsiderando as dificuldades intrínsecas à implantação do SUS, mas focalizando a emergência do processo de reestruturação produtiva que altera a configuração do trabalho e das relações de produção.

Outro aspecto diretamente associado às mudanças na organização do trabalho e aos agravos produzidos na saúde do trabalhador encontra-se na necessária revisão e atualização do rol de doenças relacionadas com o trabalho, conforme já apontado, atribuição da Saúde na Política Nacional de Saúde do trabalhador.

Portanto, para pensar a Saúde do trabalhador, contemplando seus diferentes condicionantes do processo de saúde e doença, é necessário examinar todos os aspectos relacionados à saúde, desde a sua organização na sociedade e no trabalho, a fim de compreender a realidade em que está inserida, sob uma perspectiva de sujeitos coletivos, que se conhecem e reconhecem historicamente (MENDES, 2003). Isto significa entender a saúde de forma global, nos aspectos individuais e coletivos, políticos, econômicos, sociais, culturais e históricos que interferem e definem sua existência. A saúde no trabalho faz parte de uma história, ao mesmo tempo individual e coletiva, que se constrói na articulação entre a organização social da produção econômica e os homens e mulheres no trabalho (THÈBAUD-MONY, 1999).

3.1.3 O Trabalho: A Inspeção Federal do Trabalho e a Saúde do Trabalhador

Na esfera das políticas públicas relacionadas à fiscalização das condições de trabalho, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, pelo Ministério do Trabalho e Emprego – TEM –, tem se dado em um ritmo mais lento. As atribuições da inspeção do trabalho, em ambientes laborais, são definidas pela Constituição como responsabilidade exclusiva da União (art. 21, XXIV, organizar, manter e executar a inspeção do trabalho) e estas competências estão confirmadas na Convenção nº 81 da Organização Internacional do Trabalho – OIT –, da qual o Brasil é signatário, na Legislação (Decreto-Lei 5452/ 43 e Lei 8.028) e

Decretos que a regulamentam (Decreto 4552/2002 e 7602/2011). Embora essas atribuições não sejam mais questionadas nos dias atuais, ainda assim o Governo Federal tem alocado pouca força política para os exercícios das mesmas pela Auditoria Federal.

O *locus* da saúde e segurança do trabalho – SST – no Ministério do Trabalho e Emprego deixou de pertencer à estrutura organizacional de uma Secretaria Ministerial, para fazer parte de um Departamento, deslocado no emaranhado de uma grande estrutura burocrática. Os recursos orçamentários definidos têm sido menores do que em relação ao que eram no tempo em que faziam parte de uma secretaria.

Quanto ao pessoal envolvido, por características muito especiais de ausência de rotatividade e bom nível salarial de seus técnicos, aliadas a uma política de quase uma década de incentivo institucional à educação continuada de seus quadros, consegue-se hoje manter um elevado padrão técnico, mas é preciso, urgentemente, desarmar-se de um corporativismo inconsequente e passar a integrar-se de forma articulada com os demais parceiros institucionais. É preciso que se volte a ter políticas claras e inequívocas de auditoria em SST, superando a realidade de hoje, em que a ação centrada em SST é realizada apenas por algumas pessoas. Por exemplo, dos mais de dez projetos nacionais de fiscalização em SST, do final dos anos 90, incluindo mercúrio, benzeno, construção civil, portos, entre tantos outros, no ano de 2012, para o Governo Federal, restava apenas uma prioridade nacional em SST: a análise de acidentes. Esta situação é contraditória com a história da instituição e com as leis vigentes, mas até hoje nenhuma autoridade federal veio a público para esclarecer sobre a falta de crédito político às ações do MTE, por parte das últimas administrações.

Outro item que sofreu redução foi o da participação da sociedade no planejamento das ações fiscais do MTE. Até o início dos anos 2000, as diretrizes anuais de todo o planejamento das ações de SST do Ministério do Trabalho eram geradas em reuniões, com a participação de trabalhadores, servidores do MTE e empregadores, de forma paritária, fazendo uso de dados do IBGE, Previdência, SUS, entre outras fontes. Este espaço de articulação do MTE com a sociedade perdeu-se no início de nova administração, em 2003.

No campo da regulação pública e coletiva, tem-se ainda o surgimento, nos últimos anos, como agente importante, do Ministério Público do Trabalho (MPT). Suas ações são fatores de inquestionável movimentação positiva das forças que pretendem

a melhoria das condições de trabalho no País. Embora ainda incipiente e com reduzidos quadros técnicos de apoio, estando centrado em pequena quantidade de Peritos Médicos e Engenheiros de seus quadros, tem se valido da articulação com a Auditoria Fiscal do Trabalho e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador dos Municípios e dos Estados, para implementar suas ações no diagnóstico das situações de trabalho. Embora a via judicial sempre seja penosa e muito demorada, o MPT tem conseguido grandes avanços com a assinatura de Termos de Ajuste de Conduta (TAC), forma mais rápida de atendimento, pelas empresas, na adequação de suas desconformidades aos preceitos legais.

Considerações finais

Os principais embates e desafios de uma política de saúde para o trabalhador sinalizam o crescimento político e técnico da área e, ao mesmo tempo, apontam para a necessidade de respostas cada vez mais qualificadas no âmbito das políticas sociais. No que diz respeito ao papel do Estado, na condução dessas questões, pressupõe-se a existência de um conjunto de medidas que devem ser inseridas nas ações governamentais, de forma ampla e articulada. Também se requer a realização de parcerias com outros segmentos governamentais, pois, além dos Ministérios da Previdência, da Saúde e do Trabalho, deve articular-se com a área do desenvolvimento econômico, agricultura, meio ambiente, ciência e tecnologia, entre outras.

Para exemplificar, ressalta-se a necessidade de melhorias e modernização no maquinário do parque fabril com a criação de linhas de crédito específicas pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Social. Ou, ainda, instigar a busca de investimento em pesquisas pela FINEP e CNPq, que se relacionem a e incrementem processos produtivos seguros.

Assim, um dos grandes desafios, nessa área, continua sendo a necessidade de articulação entre órgãos governamentais, integrando ações, para que avancem em termos de alcance e efetividade. E a garantia da integralidade nas ações parece ser o eixo central a ser perseguido. Mas não há como falar em integralidade sem mudanças estruturais, nas diferentes instâncias responsáveis pela efetivação da política nacional de saúde do trabalhador. Nesse sentido, tomam-se como exemplo a vigilância na área da saúde do trabalhador, pois as atividades nesse campo têm demonstrado que as iniciativas de ações integradas são muito incipientes, ou seja,

o conhecimento setorializado de informações epidemiológicas e dos agravos relacionados ao trabalho não são compartilhados, realidade essa que abranda a vigilância em saúde do trabalho, ao invés de fortalecê-la como uma das principais diretrizes da política.

Outro aspecto importante e fundamental encontra-se na formação permanente dos trabalhadores das três áreas. O enfoque na formação, além de uma necessidade ética, possibilita a sintonia com os avanços científicos e teóricos para o atendimento das demandas emergentes na área da saúde do trabalhador. Além disso, proporciona a superação de práticas conservadoras e a inovação no âmbito da atenção, vigilância e promoção da saúde.

Também como um desafio relevante, identifica-se o papel da organização dos trabalhadores na construção e efetivação da política de saúde do trabalhador. Nesse sentido, verifica-se que os sindicatos, na atualidade, têm recebido, cotidianamente, um número cada vez mais expressivo de trabalhadores que adoecem e têm seus direitos negados. Muitas entidades de trabalhadores vêm buscando estratégias coletivas para o atendimento e defesa dos vitimados, promovendo uma ação política, de proteção aos direitos do trabalhador. Aponta-se, ainda, para as formas de controle social das políticas sociais, cujas ações estão voltadas à saúde do trabalhador, requerendo o compromisso das entidades que compõe os diferentes conselhos de direitos com a efetivação de mudanças de natureza estrutural, para que as relações avancem, internamente e intersetorialmente.

As Universidades representam papel de destaque, uma vez que contribuem para a formação dos profissionais que atuarão na área da saúde do trabalhador. Sendo assim, há necessidade de requerer mudanças nas bases curriculares, bem como proporcionar uma formação com maior compromisso ético e político.

Dessa maneira, as medidas e proposições apontadas como parte do debate e as problematizações aqui assinaladas sobre a política de saúde do trabalhador têm como objetivo a defesa da saúde do trabalhador, bem como, conseqüentemente, contribuir para o enfrentamento da voraz apropriação do trabalho e da saúde do trabalhador, em tempos em que a acumulação capitalista se intensifica.

Referências

ALVES, Giovani. *Dimensões da reestruturação produtiva: ensaio de sociologia do trabalho*. 2.ed. Londrina: Práxis, 2007.

_____. *O Novo (e precário) mundo do trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo*. 1. Reimpressão. São Paulo: Boitempo, 2005.

_____. *Trabalho e Subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório*. São Paulo: Boitempo, 2011.

ANTUNES, R. *O caracol e a sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2005.

BEHRING, E. R. . *Política Social no Capitalismo Tardio*. 1. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

BOSCHETTI, Ivanete. *Seguridade Social e Trabalho: paradoxos na construção das Políticas de Previdência e Assistência Social no Brasil*. Brasília: Letras Livres e Editora da UnB, 2008.

BRASIL. *Anuário Estatístico da Previdência Social/Ministério da Previdência Social*, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social, 2012. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br>>. Acesso em: fev. 2013.

_____. Ministério da Previdência Social. *Anuário Estatístico da Previdência Social*. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br>>. Acesso em: fev. 2013.

_____. *Decreto 7602, de 7 de novembro de 2011 – Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST*. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br>>. Acesso em: fev. 2013.

_____. *Relatório da 3ª Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador*, In: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Lei 8080 de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre o Sistema Único de Saúde*. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: fev. 2013.

_____. *Portaria N.º 3.908, pela Norma Operacional em Saúde do Trabalhador* – NOST –SUS. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: fev. 2013.

_____. *Portaria N.º 1.679 de 19 de setembro de 2002*. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: fev. 2013

_____. *Portaria Interministerial MPS, MS e MPE n.º 800 de 03 de maio de 2005*. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: fev. 2013

_____. Ministério da Saúde. *Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde. *Diário Oficial da União*, 23 fev. 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 648/GM 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Instrução Normativa da Vigilância em Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrução Normativa MS/SVS n.º 1, de 7 de março de 2005. Regulamenta a Portaria GM/MS n.º 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área de Vigilância em Saúde Ambiental. *Diário Oficial da União*, 22 mar. 2005

COSTA, D. E. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafio. *Ciência e saúde coletiva*, vol.14 n.6 Rio de Janeiro Dec. 2009.

DIAS, E. C. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. (Org.). *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1994.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciênc. saúde coletiva* [on-line]. 2009, vol.14, n.3, pp. 743-752. ISSN 1413-8123. n° da Página: 744-745.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Política Nacional de saúde do trabalhador: desafios e dificuldades. In: Raquel Santos Santana (org) et al. *Avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador*, 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

MACHADO, J. Qual o impacto do Ntep na situação da saúde dos trabalhadores? In: MACHADO, J.; SOTATTO, L; CODO, W. (orgs.). *Saúde e Trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa: Ntep e a previdência Social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010

MARX, Karl. *O Capital* – Crítica da economia política. Tradução de Reginaldo Sant’Anna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WUNSCH, Dolores Sanches. *Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda*. Serv. Soc. Soc. [on-line]. 2011, n.107, pp. 461-481.

SANTANA, V. O contexto do Ntep e comparações internacionais. In: *Saúde e Trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa: Ntep e a previdência Social*. Machado, J, Sotatto, L, Codo, W (org). Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

SELIGMANN-SILVA, Edith. *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez, 2011.

SOUZA, N. O contexto do Ntep e como aperfeiçoá-lo. IN: MACHADO, J.; SOTATTO, L; CODO, W. (orgs.). *Saúde e Trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa: Ntep e a previdência Social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasil: Ministério da Saúde, 2002.

MONY, Annie. *La Sante au Travail: approche sociologique. Journées Michel Despax La Santé des Salariés*. Université de Toulouse, maio 1999. Texto Mimeo.

WUNSCH, Dolores Sanches. Os paradoxos da reabilitação profissional e os desafios para o trabalho do assistente social. In: XIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL. Juiz de Fora, 2012. *Anais...*, Juiz de Fora: 2012.

Capítulo 5

Trabalho e formação em saúde: entre os dilemas das reformas

Gislene do Nascimento Brunholi

Dada a importância e abrangência do SUS como política inscrita no sistema de proteção social brasileiro, são muitos os desafios, sobretudo no que diz respeito aos aspectos de estruturação da rede de serviços, de financiamento, de gestão e do modelo de atenção à saúde. O caminho percorrido guarda a experiência de acumular proposições e estratégias, predispondo a efetivação do SUS ao enfrentamento de grandes desafios frente às conjunturas política e econômica.

Em mais de duas décadas da implantação do SUS, se por um lado, muito se avançou no acesso aos serviços de saúde e na constituição de uma rede assistencial, por outro, permanecem dilemas no que se refere a mudanças efetivas na forma de realizar a atenção em saúde. Constata-se que esses avanços se entrecruzam com as ações que se fortalecem e se enfraquecem frente às políticas em um cenário de contrarreformas do Estado. As mudanças organizativas no sistema de saúde, buscando a reorientação do modelo assistencial, afirmam práticas em saúde desarticuladas com as premissas constitutivas do ideário do movimento de Reforma Sanitária, observadas aqui no campo dos recursos humanos.

A temática da formação em serviço assume destaque nesse processo de constituição do SUS, afirmando a importância da formação de profissionais em saúde articulados com as necessidades emergentes para esse Sistema. Assim, este capítulo busca salientar a reorientação aplicada ao sistema de saúde, consoante às transformações políticas e econômicas ocorridas no âmbito do Estado, bem como as determinações impostas à organização, formação e gestão de trabalhadores para o SUS no marco do neoliberalismo.

Entre reformas e contrarreformas...

*A pergunta é: “quem opera a reforma, como e sob que condições?”
(PIERANTONI, 2000)*

É preciso uma observação sobre o quadro de saúde brasileiro, pois este demonstra uma incapacidade dos padrões de gasto sanitário e dos modelos adotados do ponto de vista do financiamento público. Carvalho (2012) aponta os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), que trazem 5,5% do PIB com gasto público médio. O Brasil gasta 3,7%. Observa tal autor: “se fosse

gastar o mesmo percentual do PIB, a saúde pública brasileira precisaria de mais 60 bilhões de reais” (CARVALHO, 2012).

Nesse sentido, ocorre um comprometimento com o modelo de atenção, observado pelo baixo investimento na qualificação dos profissionais e na situação de saúde da população, que não encontra correspondência com o investimento dispensado, deixando clara a necessidade de uma recondução do modelo assistencial, com mudanças na atenção primária e no atendimento hospitalar. Nesse processo, há múltiplas dimensões: estrutura dos serviços, através da organização da rede de assistência, de forma a assegurar a hierarquização, regionalização e integralidade de assistência à saúde, o que perpassa também pelos sujeitos envolvidos nessa relação: usuários e profissionais da saúde.

As ideias liberalizantes iniciadas na década de 1990 expuseram as dificuldades de operacionalização do SUS a partir dos primeiros momentos de sua implantação. Destaca-se para além das necessidades de definição das funções das três esferas governamentais (federal, estadual e municipal), a reorganização dos serviços, incluindo o ordenamento da articulação público/privado; uma definição clara acerca das fontes e formas de financiamento; as dificuldades para substituição do modelo de organização focado em ações curativas individuais e a falta de um debate mais amplo, apontado por Pierantoni (2000), sobre os trabalhadores que operam esse sistema. Nesse sentido,

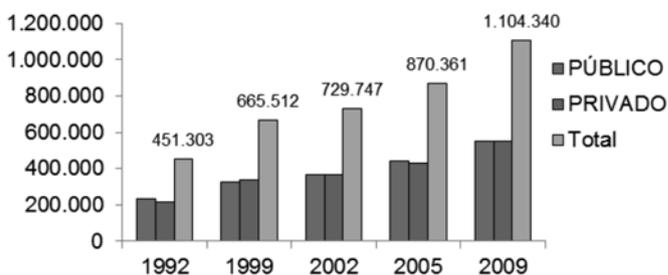
[...] independentemente de avaliações da condução e implantação da reforma do sistema de saúde, sente-se **falta**, tanto no debate como na formulação da política, **de abordagens específicas da questão de recursos humanos. A pergunta é: “quem opera a reforma, como e sob que condições”?** (PIERANTONI, 2000, p. 158).

Seguramente as dificuldades encontradas para a implementação da reforma sanitária não estão unidirecionadas e podem ser resultantes de múltiplas combinações. Como fruto desse processo, o desenvolvimento da área de recursos humanos¹ (RH) tam-

¹ Pierantoni utiliza o termo recursos humanos a partir da seguinte compreensão: “O termo “recursos humanos” é utilizado de acordo com o recorte teórico estabelecido por Nogueira (1983). Tem sua origem na administração e está subordinado à ótica de quem exerce função gerencial, seja em nível microinstitucional (órgão público ou empresa privada) ou macroinstitucional (planejamento estratégico nacional). De acordo com o autor, o conceito de “recurso humano” está relacionado com funções de produzir, aprimorar ou administrar esse recurso específico, traduzido pela capacidade de trabalho dos indivíduos e alocado com outros “recursos”, como os materiais e financeiros” (PIERANTONI, 2000, sp).

bém passa por mudanças paradigmáticas e sofre com as consequências do subfinanciamento. No campo de abordagem da gestão de serviços de saúde, operada por profissionais que compõem esse sistema, os desafios iniciam-se com a necessidade de compatibilizar as necessidades da população, discriminada por faixas etárias, critérios epidemiológicos, sociais e econômicos, entre outros, com a disponibilidade de serviços de saúde e de um corpo profissional habilitado para a execução desses serviços (PIERANTONI, 2000).

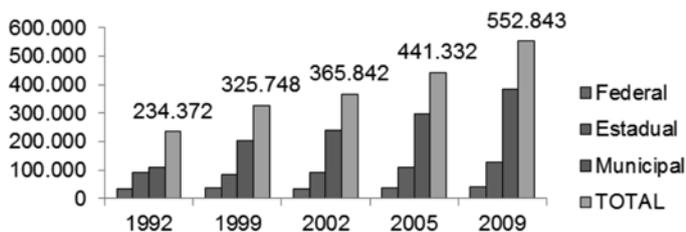
Assim, são muitos e sérios os problemas que envolvem o debate sobre recursos humanos no SUS. Insuficiência de investimentos, corrupção e a má gestão decorrente da burocracia governamental estão entre esses problemas. Para Almeida-Filho (2011, p. 6) “[...] o principal determinante da baixa qualidade dos cuidados prestados pela rede SUS é a limitação de recursos humanos, a qual, no entanto, é qualitativa, não quantitativa”. Os dados demonstram um crescimento vertiginoso de profissionais na saúde nas últimas décadas como pode ser observado no gráfico 1.



Fonte: DATASUS/IBGE - Pesquisa Assistência Médico sanitária/2009

Gráfico 1 - Distribuição de postos de trabalho de nível superior em estabelecimentos de saúde.

No Brasil, a força de trabalho na saúde compreende mais de um milhão de profissionais de nível superior. Houve um aumento de 144,7%, passando de 451.303 para 1.104.340 profissionais, entre 1992 e 2009. Entre os setores público e privado, o crescimento seguiu praticamente igual, chegando, em 2009, com o setor privado com 551.497 e o público com 552.843 profissionais de nível superior.



Fonte: DATASUS/IBGE - Pesquisa Assistência Médico sanitária/2009

Gráfico 2 - Distribuição de postos de trabalho de nível superior em estabelecimentos de saúde por esfera de governo.

Somente no setor público, o crescimento foi da ordem de 135,8%. Entre as esferas de governo, o setor público municipal apresenta um índice de 251,6% de crescimento, passando de 109.020 para 383.347 profissionais de saúde de nível superior, conforme o gráfico 2.

Almeida-Filho (2011) aponta que, na rede do SUS, concentra-se um número expressivo de profissionais: 52% dos enfermeiros, 44% dos médicos, 27% dos dentistas, 11% dos farmacêuticos e 10% dos psicólogos são funcionários públicos. O mesmo autor também observa, tendo como referência o curso de Medicina, que são oferecidos 3.493 cursos de nível universitário para as profissões da saúde, com 185 faculdades de medicina abrigando 97.994 alunos em 2009². No entanto, a escolha para trabalhar no setor público ou privado é carregada de motivações esculpadas pelos padrões ideológicos. Segundo Almeida-Filho (2011), isso se deve, em parte, como decorrência da “autosseleção”, observada pelos parâmetros ideológicos neoliberais impregnados na sociedade.

O setor privado promove uma ideologia individualista em que o serviço público é considerado como apenas um emprego mal remunerado, mas que oferece estabilidade, assumindo uma posição secundária com relação à iniciativa privada ou aos empregos em empresas de saúde com fins lucrativos, supostamente mais gratificantes (2011, p. 6).

² Fonte indicada pelo autor: Brasília: Ministério da Educação/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. 2009. <http://www.inep.gov.br/superior/censosuperior/default.asp> (acesso em 15 de março de 2011) (em Português).

Essa concepção sofreu influência dos ditames da contrarreforma do Estado, que deixou consequências para a área de recursos humanos da saúde pública, através do plano de uma administração pública burocrática com um modelo gerencial que teve como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade (BRAVO, 2006). Porém, a vertente econômica quantitativa “[...] se mostrou menos eficaz para redução de custos do que para deterioração do quadro funcional existente, através de demissões diretas, aposentadorias e programas de estímulo a demissões no setor público”³ (PIERANTONI, 2000, p. 160).

Machado (2006), assim como Pierantoni (2000), analisa os efeitos ocasionados pelo desenvolvimento da concepção neoliberal que dominou a década de 90, para a área de RH do SUS. Os preceitos da flexibilização e da racionalização dos recursos incidiram sobre o processo de trabalho e o mundo de trabalho de forma significativa, alterando a inserção e os vínculos de trabalho, “[...] a forma de remuneração e muito fortemente o modo de trabalhar configurando-se em arenas competitivas, individualizadas em ambientes pouco saudáveis para se trabalhar” (MACHADO, 2006, p. 20).

[...] Isso transformou a questão de Recursos Humanos, ao longo da década, em um enorme problema para a reforma sanitária, invertendo toda a lógica preconizada, ou seja, de serem os trabalhadores (recursos humanos) peças-chave para a consolidação do SUS (MACHADO, 2006, p. 21).

As consequências da política neoliberal de flexibilização⁴ do mercado de trabalho se deram através do abandono de políticas

3 Segundo Pierantoni (2000), “[...] no governo de Fernando Collor de Melo, o “impulso” reformista ficou restrito a cortes de pessoal e redução da máquina estatal, com metas de dispensa de 360 mil servidores. A consequência negativa desta reforma explicita-se pelo desmantelamento do aparato administrativo, pela degradação do serviço público e conseqüente agravamento de sua ineficiência” (2000, p. 146).

4 Fruto do processo de acumulação flexível que “[...] articula um alto desenvolvimento tecnológico com uma desconcentração produtiva com base em pequenas e médias empresas, ao mesmo tempo em que promove fusões e criações de empresas gigantes que utilizam insumos e serviços de outras empresas, através das terceirizações. Estão, portanto, em curso modificações em todo o processo produtivo, ou seja, em sua base técnica e na organização do trabalho, a fim de aumentar a produtividade e reduzir os custos da produção” (ALBURQUERQUE; GIFFIN, 2009, p. 526). Para maior aprofundamento, ver também: HARVEY (1992) e FRIGOTTO (2010).

de proteção ao emprego e retrocesso nos direitos e organizações trabalhistas (ALBURQUERQUE; GIFFIN, 2009), prejudicaram a inserção do trabalhador no mundo do trabalho e produziram efeitos danosos ao SUS. A flexibilidade, exposta pela relação público-privado, assim como no financiamento, aparece de várias formas no âmbito dos aparatos institucionais, as quais vão desde modificações na estrutura jurídico-administrativa de unidades prestadoras de serviço de saúde (expressas por organizações sociais, fundações, organizações sociais de interesse público), mesclando-se com a modalidade de contratações via terceirizações de um conjunto de atividades por uma unidade prestadora de serviços, até contratação de prestadores individualizados (PIERANTONI, 2000, p. 23). Os serviços de saúde sofrem os impactos da crise do capitalismo e passam por um processo de adaptação aos novos modos de organização para serem competitivos e assegurarem acumulação (ALBURQUERQUE; GIFFIN, 2009).

As consequências de tal processo são visíveis: as instituições apresentam contratações de serviços por terceirização na área da saúde (MACHADO, 2006, p. 20), levando a uma precariedade de vínculos empregatícios e dificultando a fixação e qualificação dos profissionais. Essa flexibilização nos modelos contratuais “[...] gerou no SUS mais de 500 mil situações de trabalho em condições precárias, contrariando não só a Constituição como também gerando insegurança na prestação dos serviços” (MACHADO, 2006, p. 21). Desafiam-se, dessa forma, os pressupostos da reforma sanitária, que passavam prioritariamente pelas mudanças do modelo técnico-assistencial a ser desenvolvido pelos profissionais da saúde.

A gestão do trabalho e da educação como elemento crucial para a implementação e consolidação do SUS se depara com as proposições da reforma sanitária, pois, de um lado, está a flexibilização das relações de trabalho e emprego com a diversidade de formas e vínculos não estáveis com o Estado e, de outro, uma demanda por quadros qualificados, com uma capacidade de adaptação crescente às mudanças tecnológicas dos processos de produção e de gestão. Todavia, os resultados apresentados como caudatário das façanhas da contrarreforma foram que as unidades e serviços operam com os mesmos conceitos hegemônicos de saúde e de organização do trabalho em saúde, centrados em modelos médico-assistenciais priva-

tistas⁵ e ainda sujeitos a essa diversidade de modelos de gestão, levando a poucas mudanças para a assistência.

Assim, as

[...] idéias e os valores oriundos do modelo médico-hegemônico são, portanto, predominantes na sociedade. São eles que orientam a formação dos profissionais de saúde e estão presentes na cabeça dos trabalhadores do SUS. Essas idéias e os interesses que elas representam interferem, a todo o momento, na possibilidade de consolidação do SUS (FEUERWERKER, 2005, p.492).

A mudança das práticas de saúde e a reorientação do modelo técnico-assistencial ainda representam desafios importantes, aparecendo na incapacidade de produção de avanços significativos nessas áreas, como resultado da falta de um direcionamento que se pautar pelas mudanças necessárias, tanto nos modelos de gestão e educação quanto no modelo de assistência.

Na busca por uma interpretação dessa realidade, Pierantoni (2000) considera dois momentos referenciais que são a definição constitucional do Sistema Único de Saúde e a definição macropolítica da contrarreforma do Estado. Para a área de RH em saúde, responsável pela operacionalização desse sistema, esses marcos não se definem de forma precisa, gerando

[...] um mix inovador e conservador com uma característica marcante: inovador, pela qualidade dos debates e da produção intelectual no campo específico e, ao mesmo tempo, conservador, pela baixa institucionalidade alcançada entre a formulação e a execução efetiva de ações transformadoras do sistema de Saúde focadas na área de recursos humanos (PIERANTONI, 2000, p. 20).

Apresenta-se, assim, uma dualidade que passa a ser confrontada como parte do processo em transformação. Por um lado, os conteúdos que formam a compreensão teórico-conceitual e polí-

5 Albuquerque e Giffin (2009, p. 520) referem-se a essa formação como “[...] um modelo no qual o principal compromisso do ato de assistir à saúde é com a produção de procedimentos compatíveis com os formulários contábeis de financiamento propostos no regime neoliberal. Assim sendo, o que se produz é uma excessiva especialização e o distanciamento dos conteúdos curriculares em relação ao perfil geral do profissional da saúde e às necessidades da população. As principais conseqüências desse modelo de formação são: a produção fragmentada do cuidado e a baixa capacidade de reflexão sobre a prática profissional”.

tico-ideológica do projeto reformista e, de outro, a implementação de políticas públicas (PIERANTONI, 2000). Desse confronto são observados avanços e retrocessos frente à realidade que se apresenta num quadro de restrição e condicionamento direcionado pelas perspectivas política e econômica. Tal fato ressalta a existência de um conjunto de “conflitos fundamentais”, expostos nas “[...] intrincadas relações estabelecidas com a temática de recursos humanos em saúde e que envolvem diferentes sistemas de formulação de políticas [...]” (PIERANTONI, 2000, p. 21).

Esses “conflitos”, fruto dessa dualidade, refletem as contradições das relações sociais, que podem ser identificadas na luta que envolve a construção do sistema de Saúde e a trajetória das políticas setoriais influenciadas pelos novos padrões neoliberais. O reconhecimento desse dilema está posto em uma sociedade ditada por padrões privados de gerenciamento do setor público que permite a reflexão de como os caminhos percorridos na estruturação do sistema de saúde deixou de oferecer algumas correspondências adotadas na sua concepção.

Como possibilidades de enfrentamento desses “conflitos”, apresentados pela concepção do mix conservador e inovador, observa-se que, desde a década de 1980, a questão recursos humanos frequenta a agenda das discussões necessárias ao quadro de mudanças do setor da saúde, a fim de não perder de vista as concepções e caminhar pela via da implementação do Sistema. Machado (2006) infere que, uma vez que houve a definição de um modelo de saúde a ser viabilizado, tornou-se imprescindível a realização de intervenções articuladas capazes de reverter ou, pelo menos, redirecionar situações acumuladas e emergentes na área de RH para a consolidação do Sistema de Saúde. Nas determinações dos fóruns de amplitude nacional, como as Conferências Nacionais (de Saúde e de Recursos Humanos) foram discutidas e sistematizadas as principais propostas para a área. São discutidas, dentre tantas, questões representativas da construção de uma agenda nacional para a formulação da Política de Recursos Humanos.

Assim, desde a luta pela mudança do setor da saúde, consolidada na década de 1980, pelo Movimento da Reforma Sanitária, mediante a participação da sociedade na tomada de decisões sobre os rumos do setor, registrou-se acumulação acadêmico-científica no domínio de conhecimento, bem como pressão por uma práxis em educação para o setor da saúde (CECCIM, 2008).

A interface entre educação e saúde adquiriu nitidez e contornos de política ainda na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que não só marcou a reformulação das políticas de saúde no país, mas também trouxe a área de Recursos Humanos da Saúde para um campo de maior visibilidade, desencadeando um processo particular de análise de suas temáticas próprias. A conferência trouxe, em suas discussões, a necessidade de mudança na formação profissional da saúde, como parte essencial para a efetivação do Sistema de Saúde, devendo haver integração entre as áreas de saúde e educação (MACHADO, 2006).

A partir de análises dos principais aspectos identificados para a implementação do SUS, a questão dos recursos humanos é vista como parte importante nesse processo. Ainda em 1986, foi realizada a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde com o tema “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”. O tema foi desenvolvido em cinco partes: valorização profissional, **preparação de recursos humanos, órgãos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde**, organização dos trabalhadores de saúde e relação dos trabalhadores de saúde com usuários dos serviços. Na área da formação, os problemas identificados eram: **ausência de integração ensino/serviço, alienação das escolas da área de saúde da realidade social, conflitos de interesse entre o sistema de saúde e o sistema formador** (CAMPOS; PIERANTONI; MACHADO, 2006).

A IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992, com o tema “Municipalização é o Caminho”, buscou refletir, dentre os assuntos em pauta, sobre a questão dos recursos humanos. A primeira Conferência realizada após a aprovação da Lei Orgânica da Saúde sugeriu que, para implementar o SUS, **seria necessário assegurar políticas para a formação profissional**. Enfatizou a regulamentação do artigo 200 da Constituição Nacional, quanto à ordenação de recursos humanos, retomado nas demais Conferências (CECCIM ET AL, 2002). As recomendações feitas nessa conferência serviram de subsídios para a realização da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS), em 1993 (MACHADO, 2006).

No entanto, a realidade apresentou poucos avanços para a área de Recursos Humanos durante toda a década de 90. Isso transformou a questão de RH em um enorme problema para a Reforma Sanitária, pois subverteu a lógica preconizada no processo da Reforma, de serem os trabalhadores (recursos humanos)

peças-chave para a consolidação do SUS. Machado (2006, p. 23) considera que: “sem dúvida, a década de 90 pode ser denominada ‘década perdida para os recursos humanos em saúde’”.

A ordenação da formação de Recursos Humanos, como atribuições Constitucionais, impõe a responsabilidade pela formação de pessoal de saúde de modo geral. Ao conceber a área de formação como a ação educativa de qualificação de pessoal e a ação investigativa da pesquisa e inovação, a lei prevê que os órgãos gestores do SUS estruturarem mecanismos de atuação educacional que deem conta de ambas as funções (CECCIM ET AL, 2002). Desse modo, as Leis Orgânicas da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90 e 8.142/90) e a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde – NOB/RH-SUS –, como produtos de um intenso debate promovido na década de 90, envolvendo os diferentes segmentos do controle social e dos gestores, balizam os indicativos da política de recursos humanos para o SUS (CAMPOS; PIERANTONI; MACHADO, 2006).

A NOB/RH-SUS foi aprovada pela 10.^a Conferência Nacional de Saúde (1996) com a denominação de “Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS”⁶, alterado, após a 11.^a (2000) e a 12.^a Conferência Nacional de Saúde (2003), que define princípios e diretrizes para uma NOB⁷, que teve como objetivo principal a discussão da centralidade do trabalho, do trabalhador, da valorização profissional e **da regulação das relações de trabalho e educação em saúde** (MACHADO, 2006). No entanto, numa análise sobre a década de 1990, Machado (2006) avalia que a história apresenta que

[...] poucos resultados foram alcançados com a NOB-RH, uma vez que a política que imperou neste período foi a antipolítica de Recursos Humanos, priorizando a privatização por meio da terceirização de serviços, a flexibilização das relações e o *laissez-faire* na abertura de novos cursos na área da saúde (MACHADO, 2006, p. 23).

Os efeitos da política neoliberal adotada pelo Governo Federal, a partir da década de 1990, estão relacionados com a liberação

6 Para mais detalhamento, ver: BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS –NOB-RH/SUS. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/NOB_RH_2005.pdf>.

7 NOB: Norma Operacional Básica (NOB) é o instrumento normativo infralegal que define o modo de operacionalizar os preceitos da legislação que rege o Sistema Único de Saúde (SUS).

de novas instituições de formação universitária privada e com o processo de flexibilização do trabalho, mudando o papel do Estado, ao diminuir a produção de serviços públicos, dentre eles a educação superior, seguindo as orientações de ideias das agências financeiras internacionais “[...] – em especial o Banco Mundial – indicando que o Estado deveria manter-se central no oferecimento da educação básica secundarizando a educação superior” (RODRIGUES; CALDEIRA, 2008, p. 630).

A “antipolítica” exposta por Machado (2006) passa pelas “reformas” orientadas pela política do Banco Mundial, que ganharam impulso no governo Collor. Para as universidades, as consequências foram corte de verbas, não reposição de pessoal e um discurso de “improdutividade” da universidade pública, consequências aprofundadas no governo FHC com a reforma do Estado.

No campo político-econômico, as mudanças efetuadas faziam parte do que se convencionou chamar de ideário “neoliberal” que, no Brasil iniciou com Fernando Collor de Melo no início dos anos de 1990 e, na figura do presidente Fernando Henrique Cardoso um importante efetivador. Foram em seus dois mandatos que a educação superior aprofundou o processo de mercantilização. (RODRIGUES; CALDEIRA, 2008, p. 630).

Tal fato relaciona-se, segundo Lima (2008), com a magnitude do “mercado educativo” em saúde, que passou a ser outro filão de mercantilização em expansão no Brasil. Lima (2008) apresenta dados do Censo da Educação Profissional de 2002, indicando que, no Brasil, já havia, nesse ano, 995 estabelecimentos de ensino que ofereciam 1.473 cursos de educação profissional em saúde, sendo que, dos cursos oferecidos, 81% eram da iniciativa privada, apontando para o caráter eminentemente privado da formação (LIMA, 2008, p. 10). Na Tabela 1, é possível verificar o avanço do mercado privado na área de formação médica. De 180 instituições de ensino existentes, em 2009, 102 são de caráter privado, ou seja, 55,5% do total das escolas médicas.

Tabela 1 - Escolas Médicas no Brasil - 1808 - 2009⁸

	Federal	Estadual	Municipal	Privada	Total
1808 - 1948	10	2	-	*1	13
1948 - 1960	10	3	-	4	17
1961 - 1979	11	8	2	26	47
1979 - 1996	1	1	-	3	5
1996 - 2009	13	12	5	68	98
Total	48	24	7	102	180

Fontes: IBGE, 2010; INEP 2011

O debate em torno da formação, então, se impõe, uma vez que as legislações como a Constituição de 1988 e a própria NOB -RH, afirmam que o ensino em saúde guarda o mandato público de formar segundo as necessidades sociais por saúde da população e do Sistema de Saúde. A Tabela 2 demonstra o número significativo do ensino e o quanto este segmento impacta o Sistema único de Saúde, expondo o desafio a ser enfrentado pela legislação. Os dados mostram que na maioria dos alunos, menos da metade são absorvidos pela área pública e muito menos estão no sistema básico da saúde, até porque a própria constituição do Programa Saúde da Família (PSF) limita a participação de outros profissionais. Observa-se que, do total de profissionais médicos, apenas 4,9% e 10,9% do pessoal da enfermagem estão no PSF, considerado como central para a estruturação do Sistema de Saúde.

Tabela 2 - Indicadores de recursos humanos para os serviços de saúde: Brasil, 2009-10

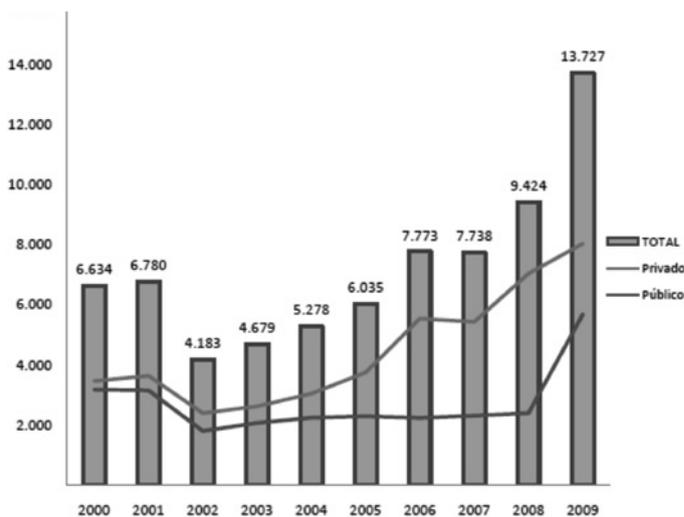
Profissão de saúde	Faculdades e cursos	Alunos	Profissionais Credenciados*	Nº de habitantes por profissional	No serviço público (SUS) (%)	Trabalhando para o PSF (%)
Medicina	185	97 994	341 562	1:5 58	44-3	4-9
Enfermagem	752	234 070	271 809	1:7 01	52-5	10-9
Odontologia	196	53 586	219 575	1:8 68	26-9	8-8
Farmácia	444	99 896	133 762	1:1 424	10-6	2-2
Psicologia	495	124 593	236 100	1:8 07	10-4	2-8
Outras profissões de saúde afins	1421	172 807	295 499	1:6 45	N/A	N/A

SUS= Sistema Único de Saúde. PSF= Programa Saúde da Família. N/D= não disponível. *Atualizado em 2010. Fontes: Conselhos Federais das profissões de saúde (medicina, enfermagem, odontologia, farmácia, psicologia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia).

Fonte: ALMEIDA-FILHO (2011)

8 http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apres_mozart_redeunida2012.pdf
9 A NOB/RH/SUS (Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS) faz parte de uma recomendação do Conselho Nacional de Saúde para a gestão do trabalho e da educação no SUS.

Configuram-se, assim, os aspectos da multidimensionalidade que cerca o tema recursos humanos em saúde, que inclui, além das dimensões já apontadas (flexibilização, precarização e gestão), um contingente expressivo de questões sobre formação e habilitação específica para o trabalho a ser desenvolvido no setor, no sentido do cumprimento jurídico-legal de atendimento das necessidades de saúde da população. O mercado de trabalho, porém, também impõe seus interesses quanto à formação desses profissionais que serão por ele absorvidos. No gráfico 3, através do curso de Serviço Social, se vê como o mercado educativo se amplia na última década também para outras áreas profissionais. No período analisado, observa-se que, no ano de 2000, a diferença entre as duas esferas, pública e privada, era pequena. Após 10 anos, esse cenário sofre alterações importantes, com essa diferença aumentando ainda mais. Conseqüentemente, a taxa de crescimento do número de egressos na esfera privada foi de 132%, enquanto que na pública foi de 79% (BRASIL, 2010).



Fonte: INEP/MEC, SIGRAS/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2011

Gráfico 3 – Concluintes dos cursos de graduação em serviço social segundo a natureza jurídica. Brasil, 2000 - 2009

Isso é um desafio para a formação das políticas públicas, pois esses cursos devem ser acompanhados e avaliados segundo

as diretrizes e normalizações da Saúde e da Educação. Nesse sentido, Ceccim (2008), referindo-se à NOB-RH, como uma das normalizações que incluem a educação na saúde, observa que esse documento traz uma identificação maior com a gestão do trabalho, cabendo uma parte menor relativa à formação. A discussão volta-se para a formulação de uma Política de Recursos Humanos em Saúde que tem como característica básica a dualidade entre a preparação/formação e a gestão do trabalho, estabelecendo o desafio sobre a integração destas duas vertentes no plano da execução e gerenciamento da mesma política.

No Movimento Sanitário já se trabalhava com a necessidade do enfrentamento dessa dualidade, pois a Reforma trouxe a emergência de uma “Saúde” e uma “Ciência da Saúde” que contrariavam interesses corporativos e interesses particulares. Ceccim (2008, p. 13) afirma que a “[...] Saúde é contrariada por corporações e interesses sociais e econômicos que preferem privatizar conhecimentos, ações e políticas em profissões, currículos, sistemas e serviços”. Por isso, abrem-se diferentes perspectivas, enquanto desafios, para a integração entre a gestão da saúde e a educação. Essa integração envolve entendê-las como práticas sociais compreendidas com base nas relações que mantêm com as dimensões política, econômica, social e cultural, ou seja, com a totalidade social da qual fazem parte (MATTA, 2008).

Ceccim (2008), ao situar o processo de formação dos profissionais de saúde como inserido na complexidade das práticas sociais, infere que não houve potência de mudança num primeiro momento da construção do Movimento Sanitário, pois

No movimento sanitário, predominava a visão de que o mercado de trabalho condicionaria as características do aparelho formador, ou seja, a nova empregabilidade e a regulação do trabalho levariam à priorização da mudança na graduação das profissões de saúde na direção do Sistema Único de Saúde (CECCIM, 2008, p. 15).

A compreensão teórico-conceitual e político-ideológico do projeto reformista, como conteúdo do processo de luta por mudanças, deveria adentrar nas relações entre mercado de trabalho, prática profissional, estrutura acadêmica dos cursos e na prática educativa, sendo essas constituídas de inúmeras conexões, co-produção e coengendramento (CECCIM, 2008). Para construção e implementação da saúde como uma política pública, o desafio

também estava em descobrir novas naturezas conceituais, pois o “[...] papel de constatar a realidade e de produzir sentidos, no caso da saúde, pertence tanto ao SUS como às instituições formadoras de suas profissões” (CECCIM, 2008 p. 16). É mister vencer o mix inovador e conservador contido na implementação do SUS, como observado por Pierantoni (2000), no sentido da baixa institucionalidade alcançada entre a formulação e a execução efetiva de ações transformadoras do sistema de Saúde, tanto na gestão quanto na formação, ocorridas em meio aos projetos societários em disputa.

De um lado dessa disputa, está o histórico de lutas sociais, intelectuais, sanitárias e educacionais que colocou em cena uma interseção entre as grandes áreas do conhecimento representadas pela Saúde e pela Educação, demandando uma nova compreensão da saúde para o plano acadêmico, institucional e de formulação de políticas públicas. Do outro lado, está a formação de uma gama de profissões da área da saúde, muitos deles marcados por muita resistência contra os avanços da cidadania em saúde, principalmente por não ter havido uma conexão com o histórico de lutas e projetos de sociedade propostos pelo movimento pela saúde, tornando esse processo formativo fragilizado nessa perspectiva e fortalecido no âmbito da proposta de uma sociedade privatista (CECCIM, 2008, p. 14). Trata-se de “um jogo complexo”, como argumenta Feuerwerker (2005), em que existe uma tensão permanente entre saúde como direito do cidadão e saúde como mercadoria.

Hoje a realidade da Saúde apresenta um quadro de avanços na implementação do sistema público; entretanto, houve avanços também no subsistema privado, designado constitucionalmente como complementar, no sentido de sua organização e na conquista de legitimidade social. A consequência é que “o subsistema privado reforça na sociedade e junto aos profissionais de saúde valores que o SUS procura desconstruir” (FEUERWERKER, 2005, p. 491), cujos efeitos estão na lógica privatista que atravessa Estado e sociedade. Assim,

O direito à saúde é traduzido como direito a consumir serviços médicos, procedimentos e medicamentos, já que existe uma supervalorização da especialização, dos procedimentos e da incorporação de tecnologia a qualquer preço. A oferta de serviços diferenciados de acordo com o poder de compra da pessoa ou do segmento populacional é considerada “normal” (FEUERWERKER, 2005, p. 491).

Nos tempos que correm, argumenta Barbosa (2010), em que o campo simbólico encontra-se profundamente dominado por conceitos e valores ideológicos que justificam e sustentam o capitalismo em todas as suas dimensões. Esse “imaginário”, por assim dizer, não se constitui isoladamente e nem por acaso está presente na formação e no trabalho em saúde. Há uma estratégia de esvaziamento do pensamento crítico e do questionamento político, tornando vigente a lógica de acumulação capitalista na saúde.

Esse debate atravessa também o universo da Educação Superior, como gestão setorial que tem pouco se ocupado, desde o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, com a produção política que ocorre no interior dessa área setorial e para a qual forma quadros profissionais. Barbosa (2010, p. 11) aponta que “[...] mesmo que alguns autores coloquem este tema em pauta, ele não tem repercutido no debate sanitário, como se houvesse uma ‘cegueira’ ou um silêncio generalizado a este respeito”.

Em que pesem os limites e obstáculos, como consequência da difusão das orientações das teses neoliberais, inclusive no interior dos setores da Saúde e da educação, o movimento de defesa da saúde concebido pela luta por direitos tomou posse de um conceito ampliado de saúde e introduziu a noção de mudança na educação dos profissionais de saúde. A acumulação acadêmico-científica no domínio de conhecimento da saúde levou a uma singular imbricação dos termos científicos da saúde e da educação, no sentido de uma emergência conceitual e de uma pressão por uma práxis em educação para o setor da saúde (CECCIM, 2008).

A ampliação da concepção de saúde realizada pela reforma sanitária, juntamente com processo de descentralização e municipalização da saúde, acelerado a partir dos 1990, questiona a experiência e o treinamento, ou seja, a prática dominante dentro do setor público, que era a experiência cotidiana individualizada por meio de treinamentos organizados por núcleos, cuja concepção está pautada no modelo flexneriano¹⁰ de formação em saúde. Os profissionais deviam ser formados não apenas para compreender o seu papel individual como membro da equipe de saúde, mas, prin-

10 O projeto de avaliação do ensino médico nos Estados Unidos da América, empreendido em 1910 por Abraham Flexner, gerou, além de uma teoria científica da educação superior em saúde, uma teoria da avaliação em educação (CECCIM, 2008). A concepção de ensino resultante do Relatório Flexner ganhou hegemonia na profissionalização pelo ensino universitário, que se expressa através da atenção individual, da especialização, da tecnologia e da atenção à saúde centrada na doença e no hospital, predominantes, até então, nas práticas de saúde.

cialmente, para atuar coletivamente na gestão do sistema, na sua organização e no seu controle (LIMA, 2008, p. 11); disso dependia a efetivação do novo modelo da saúde, já ameaçado pela questão do financiamento e pelas precárias relações de gestão e trabalho.

Desse modo, o ensino em saúde deveria estar associado à organização científica do conhecimento e à participação na organização dos sistemas de saúde, relacionando-se diretamente com a integração entre as estruturas de formação e as estruturas de incorporação de profissionais (CARVALHO; CECCIM, 2006, p. 111). Se faz necessária, então, a implementação de novas diretrizes curriculares, pelo lado da educação, e a adoção da integralidade como eixo orientador dos processos de formação, pelo lado da saúde, nortes para a política interministerial (Ministérios da Saúde e da Educação) para a mudança na educação das profissões de saúde (ALBURQUERQUE; GIFFIN, 2009) e pauta para a completude entre gestão do trabalho e educação em saúde no interior da política de recursos humanos do SUS.

Porém, no campo das ideias, essa articulação é multidimensionada, sendo necessário um investimento político-ideológico para a afirmação de uma nova forma de atuação. Nesse sentido, num contexto de ofensivas ideológicas contrárias a essa preposição, para a Educação, analisa Ceccim (2008), houve a compreensão de que a ação intersetorial se daria com a área de trabalho, sendo essa a área fim e a educação a área meio, cabendo a esta última uma “isenção científico-acadêmica”. Essa postura custou caro às determinações da integração pretendida, pois “[...] é a identificação do Trabalho em Saúde com a Formação para a Saúde que anula o debate da Educação, ficando esta atributo das associações de ensino, sem poder de catálise” (CECCIM, 2008, p. 14). A concepção abrangente de educação, que deveria aliar formação e participação para a construção do sistema de saúde, volta-se para uma concepção restrita, individualizada e voltada prioritariamente para o local de trabalho, muito longe da perspectiva de integralidade (LIMA, 2008).

A compreensão do processo de trabalho torna-se determinante, sobretudo para o posicionamento da educação frente à integração do ensino com o serviço, buscando a construção de novas práticas educativas correspondentes aos ideários sanitários reformistas; porém o Trabalho como teoria é

[...] uma área imensamente mais volumosa, há toda uma teoria do trabalho na sociologia ou nas Ciências Sociais e Saúde para pensar políticas públicas, processos de trabalho, corporações e

história política das profissões, além de toda uma nova vertente na teoria mundial do trabalho que é a do trabalho imaterial (CECCIM, 2008, p. 14).

Tanto as discussões teóricas quanto o contexto de transformações “no mundo do trabalho”¹¹, marcadas pela concepção liberal, incidirão transversalmente na formação de profissionais para a área da saúde, pois no ideário neoliberal, estão postas modificações em todo o processo produtivo, ou seja, em sua base técnica e na organização do trabalho, a fim de aumentar a produtividade e reduzir os custos da produção (ALBURQUERQUE; GIFFIN, 2009). Ceccim (2008) argumenta que, sem a adoção de uma concepção teórica sobre Trabalho “[...] a educação se torna a teoria da formação para o trabalho, fragilizando-se ambas as vertentes como domínios do conhecimento e na sua capacidade de entabular políticas públicas” (CECCIM, 2008, p. 14).

Tal questionamento se faz importante para ser considerado pelo campo das políticas públicas, uma vez que houve uma “difusão da sociabilidade neoliberal” deflagrada de forma mais explícita a partir dos anos de 1990, principalmente a partir do governo FHC¹², propagando no país uma ideologia, observada por Lima (2008), que se materializa numa abordagem individualizante da formação do trabalhador, sendo este responsável por sua empregabilidade. Principalmente num quadro de fragilidades nos processo de gestão do trabalhador da saúde, com um índice elevado de terceirizações e precárias condições de trabalho. O destaque, então, está na imprevisibilidade do processo de trabalho, noção que

[...] 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 (LIMA, 2008, p. 11).

11 Algumas correntes teóricas tratarão do momento atual do capitalismo e suas transformações partindo de várias análises com um elemento em comum, que é a crise da sociedade do trabalho. Na discussão central, encontra-se a crise do trabalho assalariado – do abstrato –, o desaparecimento das classes sociais e as perspectivas de superação do capitalismo. Para aprofundamento na temática, recomenda-se ver André Gorz com a obra *Adeus ao Proletariado* (1982) e Robert Kurz com o *Colapso da Modernização: da derrocada do Socialismo de Caserna à Crise da Economia Mundial* (1992). Para uma discussão mais qualificada ver Ricardo Antunes em *Adeus ao proletariado?* (1995) e David Harvey com *Condição Pós-Moderna* (1996).

12 Governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC): 1995 a 1998; 1999 a 2002.

Em decorrência de tal situação, tem-se a ideia de que a educação enquanto experiência adquirida no processo de trabalho sobrepõe-se à educação formal, “[...] 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” (LIMA, 2008, p. 11). No limite, a tendência dessa prática pedagógica é de 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, da saúde, sobrepondo-se aos interesses da política de saúde e da educação, confluindo para o mesmo debate acerca das condições do ensino superior com a crise das universidades públicas nesse País. Nesse debate, há que se considerar que a sociedade, mesmo globalizada, permanece como sociedade de classes, de modo que as repercussões do capitalismo não podem ser tomadas como uma realidade naturalizada à qual as universidades devam adaptar-se (RODRIGUES; CALDEIRA, 2008).

Por isso, defende Lima (2008), assim como Campos (2006), é necessário um olhar crítico e histórico acerca do acesso dos trabalhadores ao conhecimento, pois é uma das mediações fundamentais para a transformação da sociedade. Frigotto (2010) aponta, nesse sentido, que os conhecimentos científico, técnico e tecnológico são forças de dominação sob o capital, mas também são elementos de emancipação humana e são cruciais e necessários à classe trabalhadora. Campos (2006) ressalta a importância e emergência de políticas que considerem o campo da educação na saúde na abrangência que sua complexidade remete, não apenas no seu caráter mais focal. Considera ele que há uma

[...] formação insuficiente, por exemplo, na atenção primária, a formação inadequada da maior parte das equipes de enfermeiros, odontólogos ou agentes de saúde exigiria uma intervenção massiva que só a educação permanente, senso estrito, a educação durante o trabalho, não dá conta. Se todo mundo tivesse residência, curso de especialização, curso técnico para os agentes, se já houvesse essa situação como no Canadá, aí o desafio seria a educação no trabalho. Nós temos um desafio anterior, existem aproximadamente 24 mil equipes da atenção primária sem especialização ou residência, mais de 80% (CAMPOS, 2006, p.54).

Portanto, essas questões apontam para a luta teórica e ideológica que está tanto para a educação quanto para a saúde. Diz Frigotto (2010), uma vez considerado o caráter estratégico da educação, a luta central é pela afirmação do direito à saúde no espaço político, no espaço escolar e no trabalho, ou seja, a práxis em educação pretendida pela reforma sanitária.

As considerações de Lima (2008) e Campos (2006) remetem para a necessidade de um olhar crítico quanto a experiências de programas e até mesmo políticas baseadas na Educação no Trabalho, onde complexas questões se engendram, articulando-se políticas focais em detrimento de políticas universais. O desafio das políticas públicas é transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas, implicando trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, um desafio em tempos de práticas liberais.

Em 2003, teve início o Governo Luiz Inácio Lula da Silva¹³, que causou uma expectativa para as políticas públicas, em especial para a saúde, no sentido do fortalecimento do projeto de reforma sanitária que foi fragilizado nos anos 90, sobretudo pela consolidação do projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista (BRAVO, 2006). Essa eleição assinalava a ideia de aliar o desenvolvimento econômico e a ampliação de políticas de proteção social.

Nessa perspectiva, as discussões sobre recursos humanos na saúde são retomadas, com maior expressividade em 2003, na 12ª Conferência Nacional de Saúde que reafirmou a 3ª CNRHS com os objetivos de propor diretrizes nacionais para a implementação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Como consequência, na reestruturação do Ministério da Saúde, no mesmo ano, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação (SGTES)¹⁴, que tem como função formar recursos humanos para a saúde e regulamentar as profissões e o mercado de trabalho na área. Segundo Bravo (2006), a criação desta secretaria buscou enfrentar a questão de recursos humanos para o SUS, que é um grande problema de estrangulamento do sistema.

A secretaria é dividida em dois departamentos: o de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS). O Departamento de Gestão da Educação na Saúde tinha sua necessidade e definição em resposta ao atributo constitucional do setor da saúde de ordenar a formação dos profis-

13 O Governo Lula (2003-2010)

14 DECRETO N° 7.530 DE 21 DE JULHO DE 2011/MS.

sionais da área. Para Ceccim (2008) ficou posta, no âmbito da Secretaria, a distinção de domínios de conhecimento entre o Trabalho em Saúde e a Educação na Saúde. No âmbito da Educação na Saúde a necessidade da formulação de uma Política Nacional de Formação para os Profissionais de Saúde trouxe para o debate a implementação de mudanças no processo de ensino da graduação e pós-graduação, incluindo as especializações e as residências (CECCIM, 2008).

No entanto, instalou-se, ainda no começo do governo, “[...] um embate sobre a orientação macroeconômica, considerada continuísta, e a necessidade de ampliar os gastos sociais. O desfecho desse embate aponta para o fortalecimento das orientações da área econômica” (PASCHE ET AL, 2006, p. 418). Considera-se que o Governo Lula manteve o processo de privatização delineado nos anos de 1990 no âmbito das políticas públicas. Rodrigues e Caldeira (2008) salientam que, nas diretrizes para a educação superior, em especial para as universidades federais, houve aprofundamento e “aceitação” do conceito de público não-estatal, proposto desde a década de 1990. Nas análises desses autores, consta que houve

[...] maior transferência de recursos públicos para o setor privado via isenção e/ou contratos para execução de projetos/cursos; concorrência entre público e privado por recursos para projetos e serviços; ênfase no ensino mais rápido, se possível on-line; defesa da autonomia das Ifes [Instituições federais de educação superior], entendida como captação de recursos; fortalecimento do poder paralelo de fundações privadas; mudança no regime de contratação/plano de carreira dos servidores, que perderiam a dimensão nacional, de servidor/serviço público federal, passando a ter dimensão individual, local, fragmentada por instituição (RODRIGUES; CALDEIRA, 2008, p. 631).

Para a educação superior várias ações tornaram-se objetos de muitas críticas e reflexões, entre elas o Prouni¹⁵. Esse Programa traz para o debate a reconfiguração do papel do Estado e caracteriza a relação público-privado através da “compra de vagas de instituições privadas além da renúncia fiscal condicionada à participação nes-

15 O Programa Universidade para Todos – Prouni – tem como finalidade a concessão de bolsas de estudo integrais e parciais em cursos de graduação e sequenciais de formação específica, em instituições privadas de educação superior. Criado pelo Governo Federal em 2004 e institucionalizado pela Lei nº 11.096, em 13 de janeiro de 2005, oferece, em contrapartida, isenção de alguns tributos àquelas instituições de ensino que aderem ao Programa.

te sistema de transferência de recursos ao setor privado” (RODRIGUES; CALDEIRA, 2008, p. 635). Assim, o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, particularmente no que se refere à reforma administrativa do Estado, além de não reverter a lógica de contrarreforma¹⁶ da gestão anterior, conduz sua gestão com proposições que incidem sobre as políticas sociais, como saúde e educação, através de medidas de focalização, privatização e estímulo ao setor privado.

Observa-se também, ainda na era Lula, na saúde, ações relacionadas à formação dos profissionais, além da mudança na gestão do Ministério com a criação da SGTES. Rodrigues e Caldeira (2008) apontam que, na particularidade dos aspectos pedagógicos, aparece para a formação, no interior das políticas e programas anunciados pelo governo, a prerrogativa de “novos referenciais” para a educação na saúde, tendo como base a adoção de “metodologias inovadoras”.

Um conceito-chave de um modelo pedagógico consequente é o de aprender fazendo, que pressupõe a inversão da seqüência clássica teoria/prática na produção do conhecimento, assumindo que ele acontece de forma dinâmica por intermédio da ação-reflexão-ação (RODRIGUES; CALDEIRA, 2008, p. 633).

Projetos como Aprender-SUS¹⁷, Política de Educação Permanente¹⁸, Pró-Saúde¹⁹ e mais recentemente o incremento das Residências²⁰, não apenas as médicas, mas também as por área

16 March (2012) define de forma resumida as principais características da contrarreforma do Estado a partir do governo FHC: “os elementos da proposição de contrarreforma administrativa seriam a flexibilização dos direitos dos trabalhadores do serviço público; a transferência da execução das políticas sociais para instituições de direito privado, incluindo a transferência de patrimônio público; a possibilidade de captação de recursos por parte das instituições a partir da mercantilização dos serviços públicos e da financeirização dos recursos públicos; e a relação público-privado a partir dos denominados contratos de gestão” (MARCH, 2012, p. 64).

17 Consultar: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aprendersus.pdf>

18 Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007: dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

19 PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 3.019, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2007: dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde.

20 Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=36172&janela=1

específica e Multiprofissional, através de uma ação interministerial com o MEC (Ministério da Educação) são iniciativas governamentais direcionadas à formação dos trabalhadores em saúde, que se utilizam dessa metodologia e reforçam a relação de ensino/serviço.

Rodrigues e Caldeira (2008, p. 635) questionam: que nexos se estabelecem entre estes referenciais e o contexto? Portanto, tais autores chamam a atenção para a necessidade de se avançar no nível da problematização, pois há o risco de esse recurso metodológico ficar na “centralidade do aluno e na idéia do professor facilitador”.

Eles se estabelecem ao se caracterizar por pedagogias que descentram o processo de transmissão do conhecimento para focalizar nos métodos de sua transmissão o que, em nossa avaliação, vai ao encontro do cenário nacional de precarização da formação superior e da condição de país consumidor de bens e serviços, longe da autonomia na sua produção que teria como uma possibilidade a consolidação de instituições solidamente firmadas e que oferecessem educação de alto nível aos seus alunos (RODRIGUES; CALDEIRA, 2008, p. 635).

Retoma-se a novamente a Pierantoni (2000), pois há uma dimensão inquestionável de inovação, expressa pela qualidade dos debates e da produção intelectual no campo da saúde e da educação e, ao mesmo tempo, o peso do conservadorismo, ocasionando baixa institucionalidade entre a formulação e a execução efetiva de ações transformadoras do sistema de Saúde focadas na área de recursos humanos. Essa área tornou-se uma das mais frágeis, tanto pela ausência de teorias contemporâneas de suporte à sustentabilidade do projeto “direito de todos, dever do Estado” (CECCIM, 2008), definição constitucional do Sistema Único de Saúde, quanto pela definição macropolítica da contrarreforma do Estado.

A área do trabalho e da formação em saúde está permeada pelos interesses de projetos políticos distintos da sociedade, porém marcada pela manutenção e, por vezes, pelo aprofundamento da implementação das políticas neoliberais. Nesse sentido, o atual governo Dilma Rouseff demonstra o direcionamento da sua gestão quando assume uma agenda setorial de implantação de um “novo” modelo jurídico institucional legal para os insti-

tutos federais de ensino, regulamentando a criação da fundação pública de direito privado e também para gestão dos hospitais universitários, herança do governo Lula que, em 31 de dezembro de 2011, no apagar das luzes, criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.

Para Drago (2011) há uma multiplicidade de instituições, objetivos e interesses em torno dos HUs, que tem por produto conflitos, crises e tensões que dificultam alcançar os objetivos fins de uma instituição como um hospital de ensino. Essa proposta de gestão expressa uma construção lógica para uma condição indispensável de privatização e de mercantilização dos serviços de saúde e também de educação, pois os HUs são loci privilegiados de formação em saúde, o que torna essa questão ainda mais complexa, principalmente por estarem no âmbito das universidades públicas federais.

Volta-se, mais uma vez, para o desafio dos nexos para construção de uma política pública de trabalho e formação em Saúde.

Considerações finais

Consta, portanto, no cenário dessas políticas e programas, uma complexidade de questões que precisam se mostrar de forma articulada, superando fragmentações correspondentes às orientações conceituais, políticas e econômicas heterogêneas, pois as políticas adotadas geraram, até o momento, baixa capacidade de impacto das ações do SUS em educação e muitos limites,

[...] no sentido de alimentar os processos de mudança sobre as instituições formadoras, e nulas em apresentar a formação como uma política do SUS: potência de interpor lógicas, diretrizes e processos organizados, coerentes e desafiadores dos modos de fazer (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p. 45).

Entretanto, num plano recente, as mudanças que se referem ao trabalho e à educação, por um lado, e à implementação da política setorial, que envolveu a ampliação da cobertura, com priorização da atenção básica e abertura de postos de trabalho, por outro, se entrecruzam e promovem combinações que aprofundam tensões e questões novas e preexistentes que se sobrepõem ao plano das políticas de formação para o SUS.

Entre tantas, destacam-se as principais questões levantadas por Pierantoni, Varella, França (2006, p. 31), em face de toda

discussão feita até aqui: **desigualdades de ofertas do mercado educativo para formação profissional na área da Saúde; intensificação e “privilegiamento” das modalidades de contratação no Sistema Único de Saúde**, sem amparo legal, gerando um alto índice de precarização em todo o País; **precária estrutura e capacidade gestora tanto do setor educativo como de prestação de serviços da área da Saúde** e acrescenta-se a **dualidade entre a preparação/formação e a gestão do trabalho/assistência à saúde, estabelecendo o desafio sobre a integração** destas duas vertentes no plano da execução e gerenciamento da mesma política; **o desafio de descobrir novas naturezas conceituais, constante na realidade e na produção de sentidos, tanto para a saúde, pertencente ao SUS, como para as instituições formadoras de suas profissões.**

Desta forma, a formação de profissionais, entre outros aspectos, implica um processo amplo de mudanças no trabalho e na educação em saúde, o que exige estratégias múltiplas tanto no campo da assistência e da gestão, no desenvolvimento de processos sociais direcionados à construção de uma cultura sanitária, bem como no plano da formação em saúde. A educação, em especial na área da saúde, é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções das áreas tanto da educação quanto da saúde, as quais refletem diferentes compreensões do mundo, delineadas por diferentes posições político-filosóficas, político-ideológicas e socioeconômicas sobre o homem e a sociedade, devendo assim ser assumida como um processo de luta pelas convicções que demonstraram ser capazes de formar até hoje movimentos de promoção de mudanças.

Referências

ALBURQUERQUE V.S; GIFFIN, K.M. Globalização capitalista e formação profissional em saúde: uma agenda necessária ao ensino superior. *Trab. Educ. Saúde*, v. 6 n. 3, p. 519-537, nov.2008/fev.2009.

ALMEIDA-FILHO, N. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. *Revista The Lancet. Saúde no Brasil* - maio de 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf. Acesso em: abr. 2012.

BARBOSA, R. H. S. A 'teoria da práxis': retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 9-26, mar./jun.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. - 2ª ed, rev. e atual., 2ª reimpressão - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.*

_____. *Ministério da Saúde*. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, v. 141, n. 32, 2004. Seção 1, p.37-41.

_____. MEC. Gestão de Educação 2003-2010. Brasília: Ministério da Educação, 2010. Disponível em: http://gestao2010.mec.gov.br/o_que_foifeito/program_125.php. Acesso em: jun. 2012.

_____. *Ministério da Saúde; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão*. Decreto nº 7.530 de 21 de julho de 2011. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viv_Identificacao/DEC%207.530-2011?OpenDocument. Acesso em: jun. 2012.

BRAVO, M.I.S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. et.al.(orgs.). *Serviço social e saúde*. Formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, MS, p. 1-24, 2006.

CAMPOS, F.E; PIERANTONI, C.R; MACHADO, M.H. Conferências de saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate. *Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. – Vol.3, n. 1 (mar. 2006) - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, G. *Análise de conjuntura do financiamento público federal de saúde no Brasil*. Março de 2012. Disponível em: <http://www.portalfne.com.br/downloads/documentacao/analise-da-conjuntura-do-financiamento-publico-federal-de-saude-no-brasil.pdf>. Acesso em: set. 2012.

CECCIM, R.B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.

CECCIM, R.B. et al. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 7(2):373-383, 2002.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. vol.14, n.1 Rio de Janeiro Jan./June 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312004000100004&script=sci_arttext. Acesso em: set. de 2012.

CARVALHO, Y.M, CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos G.W.S. et al. (orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ Editora Fiocruz: 2006, p. 137-70.

ELIAS, P.E. *Políticas de saúde: Reforma ou Contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil*. Disponível em: http://www.saudepublica.bvs.br/itd/legis/curso/p_df/a08.pdf. Acesso em: 25 set. 2012.

FEUERWERKER, LCM. Mudanças na educação médica & residência médica no Brasil. *Interface* (Botucatu) vol.2, n.º.3, Botucatu, Aug. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000200005. Acesso em: maio 2012.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.18, p. 489-506, set/dez 2005. Disponível em: http://artigocientifico.uol.com.br/uploads/artc_1142013023_37.pdf. Acesso em: abr. 2012.

FRIGOTTO, Gaudêncio. *Educação e a crise do capitalismo real*. 6ª Ed. São Paulo, Cortez, 2010.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: maio 2012.

_____. *Assistência Médico-Sanitária/AMS*, 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia. Acesso em: maio 2012.

LIMA, J.C.F. Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde. Trabalho necessário. Ano 5. Número 5. 2008. Disponível em: <http://enefar.files.wordpress.com/2008/06/neoliberalismo-e-formacao-profissional-em-saude.pdf>. Acesso em: set. 2012.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. *Cad. RH Saúde*, 2006, 3(1): 12-26.

MATTA, G. C. (org.) *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 410 p, 2008.

PASCHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. *Opinion y análisis · Opinion and analysis. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, v. 20, n. 6, 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v20n6/a08v20n6.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2012.

PIERANTONI, C. R. *Reformas da Saúde e Recursos Humanos: novos desafios x velhos problemas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2000. Tese de doutorado.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T.C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. *Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. v. 3, n. 1 (mar. 2006) - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

RODRIGUES, R. M.; CALDEIRA, S. Movimentos na educação superior, no ensino em saúde e na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2008, v. 61. Disponível em: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=267019604016>. ISSN: 0034-7167. Acesso em: 23 set. 2012.

Capítulo 6

Políticas de enfrentamento ao uso indevido de drogas na sociedade capitalista: o *crack* nesse contexto

FABIOLA XAVIER LEAL

Introdução

O texto versa sobre um estudo acerca da Política Nacional sobre Drogas, a partir de uma análise do *crack* no país, tendo como cenário a política neoliberal interferindo diretamente nesse contexto.

O tema não é recente no meio científico brasileiro e internacional, porém é possível perceber que, devido à sua complexidade e recorrência nas mais diversas modalidades de discussão sobre questões culturais e sociais, o debate em torno do consumo de drogas vem sendo colocado sob diferentes prismas, os quais perpassam: desde a relação alterada entre ser humano e droga, o aspecto econômico (do narcotráfico), os impactos gerados pelo crescente consumo, os direitos humanos na área da saúde mental, até os aspectos legais envolvidos nesse processo. Tais debates recebem delineamentos que variam entre posições (e políticas), ora de caráter repressivo (como as “Lei secas” e a proibição do uso de maconha, por exemplo) ora de caráter flexível (uso de maconha para fins terapêuticos, ou todo o debate em torno da descriminalização ou liberação do consumo da cannabis) que variam conforme o momento histórico. Pensar a questão das drogas e suas implicações requer estudar um amplo espectro que inclui compreender o cenário em que as drogas se inserem na história da humanidade, as diferentes relações estabelecidas a partir de seu consumo, as diferentes políticas de contenção e/ou estímulo ao seu consumo, além dos diferentes discursos produzidos na área, que ora revelam, ora dissimulam, as contradições presentes e aprisionadas sob o manto da “guerra às drogas” (LEAL, 2006).

O uso de substâncias psicoativas¹ aparece como um fenômeno complexo da vida em sociedade, que envolve questões de

1 Substâncias psicoativas, no sentido aqui tratado, são as substâncias que afetam os processos cerebrais normais de senso de percepção, das emoções e da motivação. Têm a capacidade de alterar a consciência, a disposição e os pensamentos (OMS,1993). Essa definição também será válida para o termo “droga”.

caráter político, econômico, social, cultural (BUCHER; OLIVEIRA, 1994), assim como a magia, a religião, a festa e o deleite (TOSCANO, 2000).

As discussões em torno da temática apontam-na como fundamental para o debate sobre Política Social, a partir de um entendimento que a caracteriza como fruto também das expressões que a Questão Social² adota no momento atual da sociedade capitalista. Falar da questão das drogas como expressão da Questão Social requer considerá-la a partir de uma sociedade que se interroga sobre sua própria coesão e que tenta conjurar o risco de sua fratura (WANDERLEY, 2004). Os indivíduos que usam e/ou abusam das drogas na sociedade capitalista são considerados como populações flutuantes, não-socializadas, cortadas de seus vínculos e que ameaçam a ordem social, seja pela violência, seja pela trajetória que é construída a partir de uma série de rupturas em relação a estados de equilíbrio anteriores mais ou menos estáveis ou instáveis (LEAL, 2006).

A partir disso, uma importante contestação é: o abandono social vem antes, o crack vem depois. E a política social tem que preceder qualquer ação junto a essa comunidade inclusive, a ação médica. Outras desmistificações vêm a tiracolo (CFESS, 2011).

Mostrar essa faceta da questão social no Brasil também requer considerá-la a partir do ângulo de sua vinculação com a democracia³, com os direitos dela decorrentes e com a participação popular. Como uma arena marcada por diferenças, a questão mobiliza diferentes segmentos, tanto a favor como contra a atual

2 A questão social pode ser caracterizada a partir da consolidação da sociedade burguesa – trata-se da produção e reprodução (movimentos inseparáveis na totalidade concreta) de condições de vida, da cultura e da riqueza. Condensa o conjunto das desigualdades e lutas sociais. Assume configurações que integram tanto determinantes históricos objetivos que condicionam a vida dos indivíduos sociais, quanto dimensões subjetivas. Expressa, portanto, uma arena de lutas políticas e culturais na disputa entre projetos societários (IAMAMOTO, 2011). Portanto, suas expressões requisitam intervenções sistemáticas na forma das políticas sociais, a partir do Estado, e das ações desencadeadas pelas classes. As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas – em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas e complexas da questão social no capitalismo (BEHRING, 2009). Nesse sentido, considerando o uso indevido de drogas e suas implicações na sociedade contemporânea como uma das expressões da questão social, podemos dimensioná-lo e analisá-lo sob essa perspectiva.

3 Estaremos falando de “democracia” como a define Benevides (1991), ou seja, como o regime que propicia, prioritariamente, a consolidação e a expansão da cidadania social, com a garantia das liberdades e da efetiva e autônoma participação popular.

Política Nacional sobre Drogas (que se apresenta contraditoriamente ancorada no binômio repressão/abstinência, associando narcotráfico e drogas à violência, mas que, por outro lado, incorpora em seu interior a conquista de direitos e de espaços para participação de alguns segmentos nas decisões da Política). O tema também associa diversos interesses comerciais e diversos atores, como os governos (nas três instâncias), a mídia, as Organizações não-governamentais (ONGs), a opinião pública e as atividades relacionadas aos usuários de drogas, à comunidade científica, entre outros, no debate e na implementação de suas ações (BABOR et al, 2003).

Nesse contexto, a intervenção estatal apresenta respostas, em sua maioria de caráter conservador, o que cria impactos sobre a vida dos/as usuários/as e de seus/suas familiares – muitos/as desses sendo sujeitos dos atendimentos realizados pelos/as assistentes sociais nas diversas políticas sociais (CFESS, 2011).

Diante dessa tal dinâmica, é fundamental impulsionar e aprofundar o estudo das políticas. No caso aqui apresentado, através de uma análise da bibliografia a respeito da questão das drogas e de todo o contexto em que ela se insere, apresenta-se uma polarização entre dois discursos: um de tom moralista e outro de tom científico. O discurso moralista inscreve o fenômeno numa cruzada antidroga, isto é, uma articulação ideológico-moral que difunde as drogas como substâncias extremamente perigosas e destrutivas, mediante um processo de “demonização” (VELHO, 1999). A proibição, via mais frequente de combate a esse mal, é reforçada pela polícia, pela mídia, pelas autoridades religiosas e da saúde, que tendem a descrevê-las em seus discursos num tom extremista e moralista (RIBEIRO, 2000). O segundo discurso, científico, apresenta em geral, um tom epidemiológico: descreve prevalências do comportamento de uso, abuso e dependência das drogas, bem como os danos a isso relacionados. É preciso, ainda, atentar para as questões metodológicas do tema, com a definição de categorias e processos de análise. Em geral, o tema das drogas é tenso e contraditório para que se possa definir um enfoque fechado, envolvendo os segmentos mais oprimidos da classe trabalhadora nessa sociedade, caracterizados pelo racismo e pelo crime organizado (RIBEIRO, 2000), as políticas públicas (BUCHER; OLIVEIRA, 1994), e chegando finalmente até o indivíduo que consome a droga. Quer seja por um lado, quer por outro, o foco dos discursos perde de vista a dimensão dialética

da relação entre homem e drogas, com suas contradições tão diversas e corriqueiras, ambientadas na convivência com o ilícito e, por isso mesmo, diminuindo ou anulando a percepção de sua gravidade (PROCÓPIO, 2000).

Devemos considerar ainda o contexto histórico de formação da nossa sociedade, na qual se vive sob a égide do desrespeito à dignidade fundamental da pessoa humana. Essa imagem explicaria, para alguns autores, ser a violência um meio de relacionamento social. No passado, uma das principais configurações dessa violência foi o patrimonialismo, relacionado com a apropriação fundiária da América Latina, que se caracteriza, em última instância, pela não-formação da coisa pública. O patrimonialismo permitiu que se formasse uma sociedade autoritária, sobre a qual sustentou a ditadura militar (RIBEIRO; IULIANELLI, 2000). Sposati e Lobo (1992, p. 372) destacam que o estilo brasileiro de construir políticas e decisões tende a excluir a esfera pública, convivendo-se com o fenômeno do coronelismo. A ruptura dessas estruturas tradicionais, de patrimonialismo e autoritarismo, consolidada legalmente com a Constituição Federal (CF) de 1988, permitiria a ampliação de espaços de participação, com os cidadãos reivindicando e assumindo um papel relevante no processo de formulação das políticas públicas (JACOBI, 2002).

Para Kopp (1998), a existência ou não de um passado colonialista no qual se estabeleciam relações patrimonialistas, a situação geográfica e as tradições culturais influenciam no cenário do consumo de drogas de um país, fato que também se explica por variáveis como a estrutura do crime organizado e a oferta da droga. Os espaços de participação e partilha de poder não são imunes aos arraigados traços de nossas tradições políticas. São cenários para denúncias, vocalização de demandas, tematização de questões, disputas políticas e, ao mesmo tempo, espaços de manutenção de hierarquias, submissão política e contenção de conflitos e da capacidade de articulação e mobilização de organizações da sociedade civil. É nesse sentido que uma análise de política pública, e no caso aqui, das políticas de enfrentamento ao uso indevido de drogas a partir do que tem sido feito em relação ao crack, permitirá identificar também esses aspectos.

Aqui cabe abrir um parêntese para destacar que não parto da afirmativa defendida e propagada por muitos pesquisadores, leigos e mídia de que o abuso do crack atualmente é uma “epidemia”. Isso é um grave equívoco de interpretação dos dados epide-

miológicos e acaba por provocar uma reação social que instaura medo e autoriza a violência e a arbitrariedade, levando à justificação de medidas autoritárias, coercitivas e higienistas (CFP, 2011). Posto isso, duas questões iniciais são fundamentais nessa problematização. Primeiro, é necessário examinar o/s contexto/os e os processos que ocorrem em torno das ações/propostas de enfrentamento ao uso/abuso do crack, seja através dos atores envolvidos, das decisões encaminhadas pelos órgãos governamentais, da interferência de organismos internacionais, entre outros. Em segundo lugar, é preciso decidir as formas de tradução desses termos em instrumentos de análise. Uma análise específica da política de enfrentamento ao crack e das Políticas que a isso se relacionam – especificamente as política de saúde, saúde mental, assistência social, segurança pública – requer algumas considerações que ampliam o debate.

A política sobre drogas possui um caráter conflituoso. Podemos considerá-la como uma política regulatória, na classificação de Frey (2000), ou seja, uma política que trabalha com ordens e proibições, decretos e portarias. Os efeitos referentes aos custos e benefícios não são determinados de antemão, dependem da configuração concreta das políticas. Os processos de conflito, de consenso e de coalizão podem se modificar conforme a configuração específica da política. Tornam-se importantes os arranjos institucionais, as atitudes e objetivos dos atores políticos, os instrumentos de ação e as estratégias políticas.

Nesse contexto, partimos da hipótese de que a Política Brasileira sobre Drogas se consolida para atender aos interesses do capital, sendo o enfrentamento ao crack (no momento atual) um exemplo concreto e explícito que demonstra essa afirmativa. A partir dessa mediação, é possível desvendar e visibilizar as influências das políticas externas (que direcionam as políticas ‘nacionais’ de acordo com os interesses do capital internacional) no contexto sugerido nesse projeto. É possível desnudar e compreender a natureza desse sistema com o mundo das *drogas* (desde o aspecto micro – usuário da substância – ao macro – narcotráfico/crime organizado) em todas as suas complexas articulações, geralmente não perceptíveis e nem explícitas. Se (re)tomamos o processo Drogas como funcional ao sistema capitalista como campo de análise e assumirmos que este expressa, nos planos material e simbólico, objetivo e subjetivo, muitas das contradições sociais, podemos identificar suas causas e, portanto, explicar suas conse-

quências evidenciando possibilidades de enfrentamento e trato da questão. A grande questão de fundo é: o capitalismo, na sua versão neoliberal, continua a promover/ratificar sua proposta em tratar a questão das drogas. Desse modo, identificar os beneficiários das reformas neoliberais clarifica as razões da persistência da promoção de políticas fracassadas nesse enfrentamento, seja no âmbito individual, seja no coletivo.

No campo das políticas públicas e, em específico as sobre drogas, não se pode deixar de mencionar as estreitas relações entre o Estado brasileiro e os interesses do capital internacional, política e financeiramente operacionalizadas pelos organismos internacionais (GRANEMANN, 2008). E não se trata tão somente de implantar determinados programas/ações considerados estratégicos, as agências de ‘cooperação’ internacional têm exercido um papel central no desmonte do Sistema único de Saúde (SUS), citando-a como exemplo, pela sua relação direta com os usuários de drogas e familiares, na privatização do setor saúde e na abertura deste rentável ‘mercado’ para o capital transnacional (RIZZOTTO, 2000).

Um outro aspecto a ser considerado é a permanência, e mesmo o fortalecimento, do “modelo biomédico”, como denominado o paradigma científico ideológico da Medicina ocidental, que orienta o modelo de atenção à saúde. Enquanto corpo de conhecimentos científicos elaborados a partir de determinada concepção de corpo – corpo-máquina, biológico, individual, universal e atemporal – este modelo é concomitante e funcional à emergência e ao desenvolvimento do capitalismo. A concepção mecanicista de corpo, que o ancora conceitualmente, vem contribuindo para a disciplinarização dos corpos, “moldando” as classes trabalhadoras para os processos de trabalho explorado e alienado. Também no plano da subjetividade e das representações simbólicas, há que se considerar a persistência, e mesmo o fortalecimento, de uma ideologia médica que destitui o corpo de seus determinantes sociais, culturais, raciais e de gênero, assim como destitui a população de direitos historicamente conquistados. A ideologia médica exercita-se através de um discurso pedagógico que reafirma a ‘inferioridade’ social da classe trabalhadora, mantém e reproduz as desigualdades de classe, de gênero e de raça/etnia, colaborando para os processos pedagógico-ideológicos de reprodução social (SIMÕES BARBOSA, 2001).

Enfim, muitos outros temas e ângulos de análise que revelam a atuação do capitalismo no campo da saúde e das demais

políticas públicas que se entrelaçam com a temática apresentada poderiam ser mencionados, mas, para os objetivos deste texto, julgamos que os citados corroboram as teses levantadas e confirmam a imperiosa necessidade de discutir o objeto e apostar em alternativas de enfrentamento e superação do capitalismo, pela via das políticas sobre drogas em outra direção.

No que se refere ao “*crack*”, o crescimento do consumo e dos problemas relacionados ao uso dessa substância constitui, atualmente, um grande desafio para a implementação de uma política de atenção aos problemas com drogas no Brasil. Este desafio exige respostas eficazes do Estado e da Sociedade, na construção de uma proposta de intervenção integrada, que inclua ações que vão desde a promoção da saúde, passando por acesso a informações sobre os riscos do uso do crack, disponibilização de serviços de atendimento, estudos clínicos sobre tratamento, até um debate mais amplo que parta de uma análise de conjuntura da sociedade capitalista e as drogas, além de respostas políticas sobre o assunto, entre outros aspectos.

Também é preciso reconhecer que as cenas públicas de uso de drogas, as chamadas *cracolândias*, que tanto incomodam a população em geral, são também efeitos da negligência pública e da hipocrisia social. Os direitos humanos, os princípios da saúde pública e as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental devem orientar a aplicação e os investimentos públicos na criação das redes e serviços de atenção a usuários de crack, álcool e outras drogas. Qualquer política que proponha agregar outros serviços com orientação distinta da adotada pela Reforma Psiquiátrica e pelo SUS estará tentando conciliar o inconciliável e, deste modo, camuflando diferenças em nome de outros motivos ou interesses e produzindo um claro desrespeito à política e à sociedade (CFP, 2011).

Definições e práticas relacionadas a “drogas” são produtos históricos e culturais, que remetem a modos particulares de compreensão. Nas sociedades contemporâneas, o uso de “drogas” assumiu as proporções de uma preocupação central no debate público, principalmente por sua representação unilateral como perigo para a saúde pessoal e coletiva e por sua associação imediata com a criminalidade e a violência urbana. Esse viés da ameaça à saúde, à juventude, à família e à ordem pública, que ainda organiza em grande parte a discussão do tema, promove uma distorção decisiva, já que tende a atribuir à existência de

“drogas” o sentido universal de encarnação do mal e a tratá-lo como um problema conjuntural que poderia ser definitivamente eliminado por meio da proibição e da repressão. Além disso, em que pesem especificidades subjetivas e individuais, o uso de qualquer substância é condicionado e estruturado por forças culturais e históricas mais amplas (SIMÕES, 2008).

A questão se torna ainda mais complicada se levarmos em conta que a definição de uma substância como “droga” ou medicamento, depende, em última análise, não de suas propriedades farmacológicas, mas do modo como o Estado decide tratá-la (SIMÕES, 2008). A história da proibição de substâncias como a maconha, o ópio e a cocaína mostra uma confluência complexa de processos de estigmatização de populações e de conflitos geopolíticos entre potências capitalistas e coloniais na expansão de formas de controle internacional compulsório e cooperativo destinado a erradicar todos os usos de psicoativos que não fossem considerados médicos ou científicos (SCHEERER, 1993). Decisões governamentais sobre controle, legalização ou proibição obedecem diferencialmente a considerações de ordem política e administrativa de âmbito local e internacional, assim como envolvem também disputas que opõem organizações profissionais concorrentes (ou segmentos destas) no âmbito do próprio aparelho estatal (SIMÕES, 2008).

Os ordenamentos jurídicos passam a versar sobre a proibição de um amplo leque de substâncias que até então tinham a produção, venda e consumo liberados. As convenções internacionais sobre a matéria do controle de drogas, incitadas pelos norte-americanos, encontram ressonância nos países latino-americanos, que comparecem aos encontros e ratificam as resoluções, aparelhando, assim, seus próprios códigos penais. A criminalização das drogas surge como um dos aspectos da medicalização crescente da sociedade, patrocinada pelo governo e amparada por diversas práticas sociais. As leis “antidrogas” operam como estratégia governamental para a identificação, perseguição e reclusão das pessoas dissonantes com relação às ordens social e moral estabelecidas. Consumidores de drogas são rastreados pelo seu “desvio moral e pelo perigo sanitário” que representam, enquanto os fornecedores ilegais das substâncias proibidas, indivíduos recrutados junto às tradicionais classes perigosas (pobres, negros, minorias estrangeiras), são capturados pelas engrenagens do sistema penal. Com a explosão do consumo de drogas na década de 1970, o tráfico ile-

gal se potencializa, transformando-se em indústria narcotraficante. Os EUA passam a exteriorizar seu combate interno às drogas para todo o continente, inaugurando a guerra ao narcotráfico. Esta guerra envolve diversos Estados latino-americanos que, ao tempo em que sofrem a pressão estadunidense para adequarem-se ao padrão de combate às drogas, se utilizam da proibição para fortalecer a governamentalidade sobre suas próprias populações, mantendo uma guerra violenta e infindável (ADIALA, 2011).

Para Rodrigues (2003), a hipertrofia do poder dos Estados, submissos aos ditames da ordem mundial, construída ao longo do século XX pelo sistema imperial dos EUA, adentrou as esferas da vida privada – a do comportamento de busca do prazer através dos meios psicoquímicos, não simplesmente para extirpar e proscrever usos culturais milenares, mas para obter mecanismos de coerção e vigilância. Essa utilidade política do proibicionismo, evidente diante do número recorde e crescente de prisioneiros no sistema penal estadunidense, mais da metade dos quais encarcerados por delitos ligados às drogas proibidas, une-se a profundos interesses econômicos que fazem do comércio clandestino destas substâncias um dos maiores mercados do mundo. A noção da “contaminação” assume relevo, pois os estigmas produzidos em torno das drogas ilícitas, irracionalmente assim classificadas em distinção das substâncias legais, servem como ordenadores morais e servem para localizar “bodes expiatórios” para a identificação das causas da violência, do medo e das inquietações mais paranoicas, confundindo propositadamente as consequências com as causas do problema (RODRIGUES, 2003).

Segundo Carneiro (2011), o montante do faturamento e as consequências sociais em geral associadas às drogas – como a violência e alto índice de aprisionamento – decorrem não do efeito específico das substâncias, mas, sobretudo, da sua condição de ilegalidade. Segundo o autor, existem três circuitos de circulação de drogas psicoativas na sociedade – o das *substâncias ilícitas*, que compõe um mercado paralelo e clandestino, cujo volume é calculado em torno de 400 bilhões de dólares, alimentado basicamente dos derivados de algumas das plantas mais tradicionais da história da humanidade (a coca, a cannabis e a papoula). Cada vez mais cresce também o número de substâncias sintéticas desenvolvidas em laboratórios clandestinos.

Nesse contexto, o mesmo autor discute que as substâncias psicoativas não deveriam estar ligadas a empreendimentos que

estimulassem continuamente o consumo na busca dos lucros crescentes decorrentes do interesse privado. Porém, no mundo atual, em um tempo de aumento de tensões e de sofrimentos psíquicos diversos e complexos, estão disponíveis centenas de substâncias para os mais diversos efeitos. A indústria farmacêutica busca ampliar seu monopólio, substituindo usos de plantas tradicionais por fármacos patenteados, e colonizando cada vez mais a vida cotidiana, oferecendo novos “remédios” para as mais diferentes esferas comportamentais (CARNEIRO, 2011). Para ampliar vendas, a indústria alia-se a concepções que enxergam estados mentais como “doenças”, sendo, portanto, tratados com “remédios”.

A indústria farmacêutica, no seu conjunto, concentra alguns dos maiores grupos empresariais do mundo; ela é hiperconcentrada, hiperlucrativa e vem em acelerado crescimento nas últimas décadas. Estreitamente vinculada ao setor de produção de sementes transgênicas e agrotóxicos, essa indústria fundiu-se com a de alimentos por meio de várias compras e fusões empresariais. O ramo do tabaco também está imbricado com o setor alimentar e farmacêutico. Esse monopólio de patentes como direito de propriedade intelectual representa uma forma de exclusivismo na circulação do conhecimento e é um dos pilares da forma atual de funcionamento do comércio internacional que favorece a acumulação de capital em detrimento dos interesses sociais da maioria da humanidade (CARNEIRO, 2011). O setor da venda de drogas (álcool, tabaco ou remédios) também representa uma das maiores fatias do mercado publicitário internacional e brasileiro.

Nesse sentido, esse debate tem profunda relação com o debate sobre a questão social e com as respostas formuladas pela sociedade brasileira a essas questões.

1 Crack: do que se trata afinal?

O consumo de *crack* é um fenômeno recente, surgido há cerca de vinte e cinco anos nos Estados Unidos (MARQUES et al, 2011) e há 20 anos no Brasil, tendo sido detectado inicialmente por redutores de danos que trabalhavam com usuários de drogas injetáveis. Em alguns países europeus, o problema tornou-se relevante há pouco mais de cinco anos (NAPPO et al, 1994).

O *crack* surgiu entre 1984 e 1985, nos bairros pobres de Los Angeles, Nova York e Miami, habitados principalmente por negros ou hispânicos e acometidos por altos índices de desemprego.

Era obtido de um modo simples e passível de fabricação caseira, e consumido em grupo, dentro de casas com graus variados de abandono e precariedade (*crack houses*). Os cristais eram fumados em cachimbos e estalavam (*cracking*) quando expostos ao fogo, característica que lhes conferiu o nome. A utilização produzia uma euforia de grande magnitude e de curta duração, seguida de intensa fissura e desejo de repetir a dose (DUAILIBI, 2010). O perfil inicial desses consumidores, eminentemente jovem, era (HAMID apud MARQUES et al, 2011): usuários de cocaína refinada, atraídos inicialmente pelo baixo preço do *crack*, usuários de maconha e poliusuários, que adicionaram o *crack* ao seu padrão de consumo e aqueles que adotaram o *crack* como sua primeira substância. Juntaram-se a essa população, usuários endovenosos de cocaína, geralmente mais velhos, que, após o advento da AIDS, optaram pelo *crack* em busca de vias de administração mais seguras, sem prejuízo na intensidade dos efeitos (DUNN; FERRI, 1998). O baixo preço da substância também atraiu novos consumidores, de estratos sociais mais baixos, que pagavam por dose consumida e, por isso, faziam inúmeras transações (BLUMSTEIN et al, 2000).

Há poucas informações sobre a chegada do *crack* ao Brasil, em sua maioria, provenientes da imprensa leiga ou de órgãos policiais. A história seguiu uma trajetória semelhante com outros países, porém, com um atraso de aproximadamente 10 anos em relação ao hemisfério norte. A apreensão de *crack* realizada pela Polícia Federal, entre 1993-1997, aumentou 166 vezes (PROCÓPIO, 2000). A cidade de São Paulo foi a mais atingida. A primeira apreensão da substância no município registrada nos arquivos da Divisão de Investigações sobre Entorpecentes (DISE) aconteceu em 1990. A partir daí, a droga espalhou-se para vários pontos da cidade, estimulada pelo ambiente de exclusão social (UCHÔA, 1996).

Depois da virada do milênio, vários relatos sobre esse tema foram produzidos, denotando uma preocupação cada vez maior dos profissionais da saúde e de pesquisadores com o uso do *crack* pela população e suas consequências. Estudos quantitativos e qualitativos foram desenvolvidos e demonstraram, por exemplo, que o preço de uma pedra de *crack*, no Brasil, era muito menor, custando aproximadamente 2 dólares. Em função do maior custo e da dificuldade de portabilidade dos cachimbos, os usuários brasileiros engenhosamente desenvolveram uma maneira de fumar através do uso de latas de alumínio furadas e com o auxílio de cinzas de cigarro, que aumentam a combustão (KESSLER, PECHANSKY, 2008).

O *crack* modificou profundamente a economia doméstica do tráfico drogas, bem como seu modo de atuação. Hamid (1991) relata que, antes do aparecimento do *crack*, em Nova Iorque, a distribuição de substâncias era feita por grupos de minorias étnicas culturalmente coesas, fazendo seus lucros circularem dentro daquela comunidade, na forma de bens e serviços. Com a chegada do *crack* e seu padrão compulsivo de uso, a busca por divisas voltou-se para a obtenção de mais substância, em detrimento da comunidade onde o comércio se dava. Além disso, um importante paradigma, a separação entre vendedor e consumidor, foi abandonado: os consumidores assumiram papéis na distribuição e muitos traficantes viram-se dependentes do *crack*. A partir daí surgiu um novo modo para a distribuição: atomizado e executado por jovens e suas gangues, porém fortemente organizado e hierarquizado, onde cada um exercia um papel específico.

No momento atual, uma das questões centrais discutidas no país é a prevalência do consumo da droga. Existe atualmente, no Brasil, uma preocupação em estudar o perfil da população usuária de crack que acessa os serviços de saúde (FERREIRA FILHO et al, 2003). Sobre esse perfil, em 2008, foi publicada uma revisão que confirmou que realmente a maior parte dos usuários ainda é jovem, de baixa renda e do sexo masculino (DUAILIB, RIBEIRO, LARANJEIRA, 2008).

Silveira (2011) aponta que existem usuários de classe média, mas afirma que crack, pobreza e população em situação de rua, por exemplo, são situações que convergem. A droga não coloca essas pessoas em situação de miséria. Todos os estudos feitos com população em situação de rua mostram que, na realidade, o que leva essas pessoas ao crack é a exclusão social, a falta de acesso à educação, saúde e moradia, ou seja, a privação da própria cidadania e identidade. Isto, sim, é um fator de risco para a droga. A droga vem porque tem um prato cheio para florescer. A droga é consequência, não é causa disso (SILVEIRA, 2011). Sob essa perspectiva de análise, a relação com a questão social torna-se verdadeira.

Quanto ao consumo de drogas no Brasil, o CEBRID realizou dois levantamentos nacionais (2001 e 2005) e detectou que o uso, na vida, do *crack* aumentou de 0,4% para 0,7% nesse período. O maior aumento ocorreu na região Sul. No Nordeste, houve aumento da percepção entre os entrevistados acerca da facilidade para se obter o *crack* (CARLINI et al, 2005). Segundo dados contidos no Relatório Brasileiro sobre Drogas, somos mais de 190 mi-

Lhões de brasileiros e, de cada 100 pessoas, 30 disseram ter ingerido bebida alcoólica, 18 fumaram cigarro e 2 fumaram maconha. E 1 pessoa em cada 100, declarou ter usado *crack* (BRASIL, 2010).

Em pesquisa realizada pela Confederação Nacional dos Municípios Brasileiros (2010), que entrevistou os secretários da saúde em 4,4 mil municípios, foi observado que, em 98% dos municípios, existiam problemas relacionados ao *crack*, inclusive naqueles com menos de 20.000 habitantes. Entre os pesquisados, 89,4% indicaram que enfrentam problemas com a circulação de drogas em seu território e 93,9% com o consumo. O uso de *crack* é algo comum em 90,7% dos municípios. O relatório mostra que 63,7% dos municípios enfrentam problemas na área da saúde devido à circulação da droga. A fragilidade da rede de atenção básica aos usuários, a falta de leitos para a internação, o espaço físico inadequado, a carência na disponibilidade de remédios e a ausência de profissionais especializados na área da dependência química são os principais entraves apontados pelos gestores municipais. Em relação à segurança pública, os principais problemas estão relacionados ao aumento de furtos, roubos, violência, assassinatos e vandalismo. Outra questão revelada pela pesquisa é a fragilidade da rede de Proteção Social prevista na Política de Assistência Social. Outro fator apontado é o papel que as indústrias produtoras de insumos utilizados para o preparo do crack desempenham (CNM, 2010).

Mas, apesar desse contexto relatado, há um engano em tratar o abuso do crack como uma “epidemia”, conforme já mencionado. É preciso enfatizar que as drogas mais consumidas e que acarretam maiores prejuízos à saúde ainda são o álcool, o tabaco e alguns psicofármacos. Por ano, as drogas proibidas pela ONU matam 250 mil pessoas. Pouco se comparado com o álcool (2,25 milhões óbitos/ano) e o tabaco (5,1 milhões de óbitos/ano).

Hartman & Gollub, em 1999 (apud KESSLER, PECHANASKY, 2008), analisaram reportagens publicadas em jornais americanos sobre a “epidemia do crack” e concluíram que estas eram sensacionalistas, pois não tinham embasamento científico e teriam ocasionado um desvio de foco das autoridades sobre outros problemas sociais mais relevantes.

Aqui está, portanto, um grande desafio àqueles cuja matéria é, cotidianamente, lidar com as sequelas decorrentes do processo de constituição da questão social: conhecer as muitas faces da questão social no Brasil, das quais a mais perversa é a desigualda-

de econômica, política, social e cultural a que estão submetidas milhões de pessoas e como essas muitas faces estão diretamente imbricadas com o uso de drogas pela população brasileira.

Voltando às drogas ilícitas – como o crack – e suas repercussões, essa ilegalidade tem servido ao controle de práticas e comportamentos de segmentos sociais historicamente discriminados e que são cotidianamente impelidos à marginalidade pela fragilidade de nossa democracia, pela reprodução ampliada da desigualdade, pelo caráter conservador das respostas operadas no âmbito do Estado, em face do consumo de drogas e de outras práticas que confrontam a moralidade dominante (CFESS, 2011).

Não podemos reproduzir o discurso fácil e enganoso de que algumas drogas são, por princípio, mais danosas do que outras, deixando de reconhecer a complexidade dos usos e seus efetivos danos sociais e à saúde, sem cair em falsas dicotomias. Essa complexidade também requer o investimento em políticas de prevenção e controle social que atinjam a totalidade de drogas disponíveis hoje no mercado e os apelos comerciais para o seu consumo (especialmente o álcool e os medicamentos).

Nesse cenário, outro aspecto evidenciado por vários estudos correlaciona o uso de crack a um aumento da agressividade, especialmente nos períodos de abstinência. As regiões onde há grande consumo dessa droga costumam apresentar índices mais altos de violência e crimes em geral (KESSLER, PECHANSKY, 2008). Neste sentido, Ferreira Filho et al. (2003) concluíram que usuários de crack estão mais expostos a situações de violência, o que sugere maior vulnerabilidade e aumento de fatores de risco para a saúde dessa população. Ribeiro et al. (2006) também afirmam que esses sujeitos apresentam maior risco de morte do que a população em geral, tendo como uma das principais causas os homicídios.

O ambiente de violência e criminalidade apontado pode ser explicado por alguns fatores. Tomando como exemplo a sociedade americana, alguns autores apontam que o negócio gerado pela comercialização do crack fomentou competitividade entre os grupos. Ele era comandado por adolescentes marginalizados e excluídos do mercado de trabalho, sem outra perspectiva econômica (DUAILIBI, 2010). Esse comércio causou deterioração e desestabilização econômica dos bairros onde as vendas se concentravam. Tudo isso associado à falta da presença do Estado como provedor de políticas sociais e de segurança e atuando exclusivamente como agente repressor e estigmatizador do tráfico e

dos usuários de drogas(OLIVEIRA, NAPPO, 2008). O fácil acesso a armas de fogo cada vez mais poderosas fez destas o principal meio para os membros das gangues garantirem autoproteção, resolverem as disputas de mercado, defenderem os produtos e ativos ilegais, além de lhes conferirem *status* e poder na comunidade onde atuavam. A chegada do comércio ilegal do *crack* catalisou e amplificou déficits sociais latentes, que apareceram sob a forma de comportamentos violentos, tais como a venda de objetos pessoais, furtos, roubos, disputa de gangues, assassinatos e prostituição (HAMID, 1991).

Diariamente pessoas são assassinadas em nome do combate ao tráfico de drogas, mortes estas que, habitualmente, não deixam marcas, exceto naqueles que perderam seus familiares e amigos. A mídia fortalece a associação drogas e morte. Nas comunidades de maior prevalência de tráfico e consumo de drogas, muitos jovens são assassinados antes dos 25 anos de idade, seja por desavenças entre pares, seja pela ação policial e de grupos de extermínio (ANDRADE, 2011). No Brasil, as principais vítimas da guerra ao tráfico são os usuários pobres, negros e vivendo nos bairros mais desfavorecidos das grandes cidades (SOARES, 2009). Se esta guerra interessa a alguém, com certeza esse alguém não se encontra no “*front*”. Estas reflexões nos fazem pensar sobre o que estamos construindo com a repressão ao tráfico de drogas nos moldes que tem sido feita (ANDRADE, 2011). O tráfico de drogas, assim como o aumento da violência e da criminalidade associadas ao tráfico e ao consumo de drogas, pode ser considerado um epifenômeno da ilegalidade de algumas drogas (CFESS, 2011). Grande parte dos estudos aponta para a associação entre o uso de certas drogas, a idade do consumidor e o ambiente em que vive, ou seja, fatores outros que não os efeitos específicos que as drogas possam ter (YAMAGUCHI, KANDEL apud SANCHEZ; NAPPO, 2002).

Outro aspecto atrelado ao contexto do uso/abuso de drogas, especialmente o crack, está relacionado com a incompatibilidade entre trabalho e/ou escola, confirmado em muitos estudos (NAPPO, GALDURÓZ, NOTO, 1996). Além disso, o absentismo causado pelo consumo repetitivo de crack durante dias contribui para a perda do trabalho.

Quanto às formas de uso, o emprego de cachimbos e o aparecimento de novas estratégias têm aumentado a possibilidade de contágio do vírus HIV e de outros agentes patogênicos dentro

dessa cultura. Soma-se a isso a existência da combinação de crack a outras substâncias que tendem a piorar a situação, possibilitando o desenvolvimento de dependências múltiplas de drogas, o que dificultaria a recuperação do usuário e retardaria sua reinserção social (OLIVEIRA, NAPPO, 2008).

Diante desse quadro, as principais preocupações governamentais e da sociedade em geral têm centrado o foco a partir de duas políticas públicas, saúde e segurança, ainda que ambas sejam incipientes frente ao problema. Na saúde, temos o enfoque maior no tratamento do indivíduo que usa alguma droga e de sua família. A prevenção e reinserção social ficam em segundo plano. Numa outra direção, temos o enfoque repressivo, cujo alvo é a rede planetária de abastecimento de drogas.

Apesar de o *crack* não figurar entre as drogas ilícitas mais consumidas no Brasil, a urgência pelo uso da droga e a intensidade dos efeitos da fissura colocam o risco associado ao consumo da droga como problema de saúde pública. Essa relevância deve-se, principalmente, à violência e aos comportamentos sexuais de risco associados ao consumo, que deflagram desequilíbrios de ordem sócio-sanitária para o usuário e para o ambiente que o cerca. A violência e o comportamento sexual de risco atingem a sociedade como um todo e não somente os usuários de *crack*, aumentando a propagação de doenças sexualmente transmissíveis e a insegurança da população (CHAVES et al, 2011). Em São Paulo, um estudo com profissionais do sexo que usam *crack* mostrou que a maioria destas mulheres é jovem, mãe, com baixa escolaridade, vive com familiares ou parceiros e é responsável por seu próprio sustento. A maioria trocava sexo por *crack* diariamente (de um a cinco parceiros por dia), não escolhia nem o parceiro, nem o tipo de sexo, nem exigia o uso da camisinha. Outro estudo sobre mulheres trabalhadoras do sexo, em Santos, mostrava a associação entre uso do *crack*, uso de cocaína injetável e positividade para o HIV (CRUZ et al., 2010). Outra questão que tem chamado a atenção dos pesquisadores e profissionais de saúde diz respeito aos fenômenos relacionados ao uso de *crack* durante a gestação, fato que gera consequências para o desenvolvimento gestacional, tanto na mãe (placenta, infecções etc.) como no feto, assim como a presença da síndrome de abstinência logo após o nascimento.

Tendo em vista o aumento de apreensões de cocaína no Brasil, assim como do número de usuários, espera-se também um incremento na busca por tratamento. Sobre isso, em linhas ge-

rais, as condições de vida das pessoas socialmente excluídas, entre elas aquelas que usam drogas, são pouco conhecidas pelos profissionais de saúde. Por outro lado, a qualidade da assistência à saúde para pessoas que usam drogas depende, em muito, da classe social a que pertencem (ANDRADE, 2011). Segundo Baratta (2003), enquanto os jovens de classe média são medicalizados em clínicas particulares, os pobres são condenados ao cumprimento de medidas socioeducativas.

O *crack* é uma droga de difícil tratamento – particularmente se levarmos em consideração os modelos atualmente propostos para atendimento de drogas no Brasil. A maioria dos autores afirma que a abordagem deve ser multidisciplinar e dividida em diversas etapas (KESSLER, PECHANESKY, 2008). Nessa ótica, o tratamento ambulatorial garante a maior taxa de sucesso, de 35% a 40% dos usuários tratados (SILVEIRA, 2012). Os tratamentos, nesses casos, exigem uma disponibilização maior de recursos do poder público, o que muitas vezes gera certa resistência. Contudo, caso essas medidas não sejam implementadas brevemente, continuaremos a ver nos jornais um aumento do número de notícias e imagens estampadas sobre o descaso com o impacto dessa droga, seja sob a forma de usuários amarrados nos leitos domiciliares pelos seus familiares por pura falta de estrutura do Estado, seja nas páginas policiais.

E para exemplificar as ações da área da segurança pública, podemos citar a Cracolândia na cidade de São Paulo, local em que a Polícia Militar executa plano de prisão do denominado “avião”⁴. Até o final de dezembro de 2011, ações policiaiscas de dispersão prevaleceram. O confinamento serviu aos interesses dos responsáveis pelo governo do estado e do município. Para “limpar” o território (objeto de grande especulação imobiliária e incentivos fiscais para investidores da iniciativa privada) e evitar a volta dos agora “indesejados sociais”, priorizou-se a força policial, mal mascarada por ações sociais (ABEAD, 2011). Assistimos a um retrocesso com práticas que ocorriam há 50 anos – higienização das ruas das cidades com o retorno do tratamento moral da psiquiatria no século XVIII.

No que se refere aos esquemas oriundos do tráfico das drogas ilícitas, Hall et al. (apud NAPPO, GALDURÓZ, NOTO, 1996) relatam que o *crack* dominou a comercialização de drogas nos

4 Denominação dada à pessoa colocada pelos grandes traficantes para as vendas no varejo.

EUA. Essa preferência deve-se a seu alto potencial de dependência, baixo preço por unidade (pedra), que incentiva o consumo, e fácil manejo da droga. Enfim, o lucro certo em curto prazo parece ser o apelo determinante na divulgação do *crack* pelos traficantes (SANCHEZ, NAPPO, 2002). Várias estratégias são utilizadas para facilitar o acesso à droga. Na cidade de São Paulo, por exemplo, tem-se relatado a existência do *crack delivery*, que, assim como qualquer outro comércio, consiste na entrega de *crack* em domicílio. Embora mais cômodo, não parece haver imposição de taxas sobre os serviços prestados, de tal forma a não modificar o valor final da droga (OLIVEIRA, NAPPO, 2008).

Procópio (1999) apresentou algumas considerações sobre o esquema de distribuição. Figuram a ascensão de indivíduos cada vez mais jovens ao comando do tráfico, fragmentado e organizado em bandos (ganguês), com divisão de tarefas (“dono da bocada”, “chefe da distribuição”, “avião”, “fogueteiro”) e normas rígidas de disciplina e punição, com alta prevalência de armas de fogo, caracterizando uma conduta marcadamente violenta, em decorrência da competição por espaço na distribuição e para fazer frente ao esquema de repressão ao tráfico.

A urgência pelo *crack* e a falta de condições financeiras para suprir sua demanda colocam o usuário em situação de fragilidade, em que se submete a estratégias arriscadas para obtenção da droga, como situações de risco (tráfico de drogas, sexo sem proteção) e de violência (assaltos, brigas) (OLIVEIRA, NAPPO, 2008).

2. Política Nacional sobre Drogas: os Planos de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas no Brasil

É preciso, então, tecer uma observação sobre o modo como o Estado brasileiro abordou e vem abordando o fenômeno.

A Lei nº 11.343/2006 e a Política Nacional sobre Drogas, que regulamentam as políticas brasileiras concernentes às drogas, diretamente influenciadas pelas convenções da ONU, não reconhecem os usos culturais de certas substâncias psicoativas vinculadas a rituais; não contemplam certas singularidades culturais; não diferenciam o consumo próprio (individual ou coletivo) e o tráfico, entre outros aspectos. A ausência de tal distinção acarreta um tratamento de desconfiança moral, policial e legal frente a todos os usuários de substâncias psicoativas, independentemente de seus hábitos e dos contextos culturais em que vivem. A incapacidade de lidar com a complexidade do fenômeno e a opção por

um tratamento unilateral influencia o campo político, onde se percebe o empobrecimento das análises e a ausência dos aspectos socioculturais na concepção das políticas públicas direcionadas às drogas (LEAL, 2012).

Ou seja, tais políticas ainda conservam em seus princípios e diretrizes concepções sobre o uso de drogas, sobre o caráter ilícito de algumas drogas e sobre o controle do Estado em face de condutas individuais matizadas por motivações moralistas e por interesses econômicos e políticos que não são claramente explicitados. A própria dicotomia entre drogas lícitas e ilícitas revela o conteúdo falacioso e moralizante de uma dada perspectiva ideológica que serve muito mais para controlar o comportamento de determinados segmentos sociais do que, como pretende o discurso dominante, reduzir danos sociais e de saúde associados ao consumo das drogas consideradas ilegais. Isso se agudiza ainda mais em um contexto de relações sociais marcadas pelo consumismo, pela efemeridade, pela desigualdade e desproteção social, da apreensão do uso de drogas como prática socialmente determinada e do desvelamento de conteúdos moralizantes na abordagem dos usos de drogas, que favorecem práticas criminosas e violência, em detrimento de respostas consistentes, no âmbito da saúde pública, que efetivamente contribuam para a prevenção e redução de danos associados ao uso das diferentes drogas (CFESS, 2011; LEAL, 2006).

Diante da acentuada vulnerabilidade social e das carências no campo da saúde, educação e segurança pública das populações menos favorecidas, sobretudo daquelas vivendo nas periferias das cidades grandes e de médio porte, em particular das pessoas que fazem uso de drogas ilícitas, uma política de Estado que integrasse a atenção a todas estas deficiências seria, sem dúvida, um elemento importante na resolução do problema (BRASIL, 2010). Com esse discurso, foram concebidos o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD), em 2009, e o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas – “Plano *Crack*” – em 2010. Entretanto, isso demanda uma análise que possibilite revelar além dessa aparência.

Estes Planos foram instituídos num contexto de pânico social relacionado ao uso de crack e de grande fragilidade estrutural, haja vista a carência de ações comunitárias junto aos usuários de drogas (ANDRADE, 2011).

O PEAD, instituído por meio de Portaria nº 1190 de 4 de junho de 2009 pelo Ministério da Saúde, estava voltado aos 100 maiores municípios brasileiros (com mais de 250 mil habitantes), todas as capitais e 7 municípios de fronteira selecionados, totalizando 108 municípios. Essas cidades somam 77,6 milhões de habitantes, que corresponde a 41,2% da população nacional. A proposta do plano era alcançar, prioritariamente, crianças, adolescentes e jovens em situação de grave vulnerabilidade social, por meio das ações de prevenção, promoção e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas. O plano apresenta objetivos⁵, 11 grandes diretrizes e 4 eixos de atuação⁶ (BRASIL, 2009). Como parte do Plano, a área de Saúde Mental lançou o Edital (SAS/SVS nº 01/2009) para apoio a projetos de redução de danos, e a área técnica elaborou a 1ª Chamada para Seleção de Consultório de Rua e Redução de Danos, tendo sido selecionados 12 Projetos para atuarem em 2009-2010⁷. O Plano apresenta uma proposta em duas direções: o que chamaram de ações imediatas e ações estruturantes. Ambas possuem objetivos, diretrizes e financiamento. Cabe ressaltar que essas propostas carecem de uma análise que ultrapasse os dados quantitativos, seja do ponto de vista do número de ações/serviços, seja do montante de recurso destinado.

E o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas – Plano *Crack* –, instituído pela Presidência da República através da Casa Civil⁸, teve como fundamento a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas. A maior parte dos recursos destinados ao Plano (52,65%

5 Ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no SUS; diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas (SPA); e construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas, e capazes de enfrentar, de modo sustentável, a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários.

6 Cabe ressaltar que, no ES, conforme a Portaria que institui o PEAD, estariam contemplados os municípios de Vila Velha, Serra, Cariacica e Vitória para as ações previstas nos eixos 1 e 2. Entretanto, ainda não foi possível encontrar nenhuma análise sobre como e se essas propostas foram/estão sendo implementadas.

7 Conforme Portaria GM 1059/2005.

8 Conforme Decreto 7.179 de 20/05/10 e alterado posteriormente pelo Decreto nº 7.637 de 08/12/11.

do total dos recursos – R\$ 208.632.000,00) estaria destinada à criação de leitos em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2010). Para Andrade (2011), essa proposição de hospitais e centros médicos especializados e de Comunidades Terapêuticas para usuários de drogas, preconizados pelos que se opõem à Reforma Psiquiátrica e, em particular, ao dispositivo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), encontra eco no imaginário popular, o qual sonha com soluções rápidas, e não raramente com o afastamento do convívio social destes usuários, algumas vezes portadores de comorbidades e envolvidos em situações constrangedoras, socialmente marginalizadas e, mesmo, ilegais. O internamento nestes serviços vai, portanto, na direção contrária à da subjetivação das práticas desses usuários de drogas, dificultando a possibilidade de um novo percurso por vieses socialmente mais aceitáveis e produtivos. Tem se verificado resistência dos dirigentes dos hospitais gerais à destinação de leitos para o atendimento de pessoas que fazem uso abusivo ou são dependentes de SPA, uma vez que aqueles reproduzem o senso comum, em geral também compartilhado pelo corpo técnico destes serviços, que, não raro, se declara incapaz de atender estes pacientes.

Outra proposição desse Plano consiste na implantação de pontos de acolhimento – Casas para crianças e adolescentes e jovens usuários de drogas, em condições de extrema vulnerabilidade nas cidades com mais de 500 mil habitantes.

O recurso financeiro total definido no Plano *Crack* é de R\$1.510.000,00. A média de investimento por ação é, portanto, de R\$7.743,00, o que deixa evidente a pobreza de horizontes. Isso mostra a reduzida possibilidade de uma ação eficaz e eficiente e, acima de tudo, pontual. Outra fragilidade diz respeito à não articulação dos dispositivos previstos no Plano com os já existentes no âmbito do SUS, podendo citar a Estratégia da Saúde da Família (ESF). Também a atuação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), que deveria ter por base ações territoriais, fica reduzida ao atendimento no próprio serviço, o qual, mesmo situado em território de elevada prevalência de consumo e tráfico de drogas, é subutilizado, uma vez que a população alvo não o tem como referência. Some-se a isto a dificuldade de acesso a estes serviços, o que muitas vezes demanda custos com transporte, não previstos entre os parques recursos disponíveis (ANDRADE, 2011).

O Plano se mostrou pouco inovador e, com a inclusão das comunidades terapêuticas como dispositivos do SUS, feriu as

deliberações da 14^a Conferência Nacional de Saúde. Com isso, levanta-se a preocupação de que possa se constituir o retorno da lógica manicomial. A tentativa de tentar unir três eixos – prevenção, cuidado e repressão – além de não se conjugar, revela a manutenção da visão conservadora. O financiamento público dessas comunidades e de outras instituições de direito privado pode comprometer todo o esforço do Plano, em decorrência da redução dos investimentos dos recursos em equipamentos públicos. Muitas dessas instituições “acolhedoras” são dirigidas por entidades religiosas (e geralmente por políticos evangélicos, que hoje estão na base do governo), e estão reforçando ações moralizantes e distantes dos princípios da política pública de Saúde Mental. E ainda estão fortemente presentes na correlação de forças no Congresso Nacional, o que pode ser determinante na definição da divisão orçamentária. Ressalta-se ainda a utilização indiscriminada da internação involuntária e/ou compulsória como a principal estratégia para o enfrentamento do crescimento do uso e abuso de drogas, lícitas ou ilícitas.

Toda essa lógica fere também o que foi deliberado na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2011. A manifestação foi contrária a essa terceirização dos serviços de atenção à saúde e ao financiamento de serviços especializados com internação que não estejam adequados aos princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2011). O investimento público deve ser dirigido à criação e ampliação da rede de serviços substitutivos e às instituições com princípios e formas de atuação contrários à ética que sustenta a prática dos serviços substitutivos (RENILA, sd).

3. Questões que se colocam para a continuidade do debate

Diante dessas breves considerações sobre a temática, o que fica é a necessidade de ampliação de estudos e reflexões que apontem as diversas perspectivas e intencionalidades em tratar o fenômeno. Isso será de suma importância para o planejamento e desenvolvimento de políticas públicas, estratégias de intervenção e controle, por profissionais de saúde e autoridades públicas competentes, do uso de *crack*. É importante, também, que os estudos sejam comprometidos com o não aprisionamento do conhecimento e que permitam compreender, explicar e intervir no mundo, enfrentando as contradições e as formas aparentes do real.

Diante do exposto, imputamos a essa temática uma relevância no âmbito acadêmico, político, profissional e social para fe-

cundar um debate público mais condizente com o pluralismo, a diversidade e a democracia que caracterizam nosso país. Se partirmos de um levantamento sobre as produções teóricas na área, um estudo realizado por Schaurich et al. (2011) apresenta uma revisão das produções científicas que abordavam o tema. Esse estudo identificou 33 dissertações/teses que contemplaram a temática do *crack* e seus desdobramentos individuais, familiares e sociais. A partir da análise, entre as áreas de conhecimento e Programas de Pós-Graduação que mais se envolveram na produção de saberes voltados às questões sobre o *crack*, a área de Ciências da Saúde foi responsável por 51,5% das dissertações/teses, e a área das Ciências Humanas representou 45,5% do total, liderada pela Psicologia. Entre os temas mais presentes, foram encontrados: as Alterações orgânicas; o Tráfico de Drogas e Consumo de *Crack* (todas tendo como cenário o estado de São Paulo); HIV/Aids e sua correlação com o *crack*; Prostituição, Violência e Contravenção; Mortalidade de Usuários de *Crack*; Tuberculose e Uso de *Crack*; e Família de Usuários de *Crack*. Os autores concluíram que, embora o consumo de *crack* constitua-se um fenômeno presente e disseminado na sociedade e constantemente noticiado nos veículos de comunicação, a produção científica dos cursos de mestrado e doutorado do país não tem acompanhado a preocupação generalizada. Isso porque os 33 estudos que investigaram o uso desta droga, em um universo de 455.873 trabalhos que compõem o Banco de Teses da CAPES, representam, apenas, 0,007% do total, indicando a necessidade de maiores investimentos e pesquisas na área.

Esses dados demonstram que os objetos que têm sido investigados dizem respeito, em sua grande maioria, aos campos da assistência, tratamento e recuperação. As temáticas, na quase totalidade, referem-se a problemas orgânicos e a doenças, frutos de um paradigma ainda em voga que, guardadas suas potencialidades, tem se mostrado insuficiente em responder, com eficiência, a fenômenos que envolvem aspectos históricos, sociais, ambientais, econômicos e culturais, como é o caso do *crack*. Além disso, discutir esse tema nas Ciências Humanas e Sociais possibilita a esse conjunto de conhecimentos científicos assumir o problema das drogas com vistas a contribuir com os resultados que já vêm sendo produzidos e encaminhar o debate sob outro ângulo, ainda muito tímido, mas extremamente necessário. Esse cenário desafia profissionais da saúde, especialistas e pesquisadores/as, que se dedicam ao conhecimento dos danos associados aos usos das di-

ferentes drogas e à formulação de respostas cientificamente fundamentadas, socialmente legitimadas e eticamente orientadas.

Todo esse cenário, conforme Behring (2009), se coloca de forma que as expressões da Questão Social encontram-se experienciadas nesse tempo histórico de crise do capitalismo, com seus fortes impactos sobre o mundo do trabalho. Isso redimensiona a Política Social em todos os quadrantes. Assim, as respostas a esse cenário têm vindo na forma da criminalização da pobreza, com uma ampliação desmesurada da população carcerária, especialmente de homens jovens que compõem a população economicamente ativa, de um lado; e por meio de Políticas Sociais focalizadas e de gestão da barbárie, de outro. E, na Política sobre Drogas em questão, não é diferente.

Mandel (1982) coloca que, nesse contexto, as principais funções do Estado são: criar condições gerais de produção que não podem ser asseguradas pelas atividades privadas dos membros da classe dominante; reprimir qualquer ameaça da classe dominante ou de frações particulares das classes dominantes ao modo de produção corrente por meio do exército, polícia, sistema judiciário e penitenciário; e integrar a classe dominada, garantindo que a ideologia da sociedade continue sendo a da classe dominante e, em consequência, que a classe explorada aceite sua própria exploração sem o exercício direto da repressão contra elas.

Assim, no Brasil, trabalhar a questão do uso de drogas é, antes de tudo, trabalhar a gestão da pobreza. A política proibicionista (repressão e patologização) aumenta mais a vulnerabilidade das pessoas do que o próprio consumo de drogas (SODELLI, 2012). As regiões denominadas “cracolândias” devem ser vistas como um território urbano particular. Nesse espaço se cruzam e se encontram uma população em situação de rua, trabalhadores com materiais descartáveis, egressos/as do sistema prisional (em geral presos/as por pequeno tráfico, consumidores eventuais e permanentes), jovens que procuram no espaço um refúgio de situações familiares conflitantes, participantes do “baixo” mercado sexual – garotas/os de programa, personagens identificados por uma grande diversidade de orientações sexuais (travestis, transgêneros, lésbicas e gays) que ali se assumem livremente (ADORNO, 2012), entre outros.

Portanto, a tarefa é: engajar-se nesse cenário, assumindo uma postura libertária que se distancia tanto dos paladinos da repressão como do reformismo descriminalizador, recusar a banalização dos lugares-comuns e instigar a desconfiança a partir

de uma atitude crítica sistemática que desmonta desde os conceitos aparentemente consensuais até as ideias reformistas de cunho supostamente progressista (CFESS, 2011).

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS SO ALCOOL E OUTRAS DROGAS. ABEAD. Disponível em: <<http://www.abead.com.br/noticias/exibNoticia/?cod=622>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

ANDRADE, T. M. de; Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 16(12): 4665-4674, 2011.

BABOR, T. F.; CAETANO, R.; CASSWELL, S. *Alcohol: no ordinary commodity research and public policy*. Oxford Press, 2003.

BARATTA, A. Prefácio. In: BATISTA, V. M. (org). *Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude no Rio de Janeiro*. 2 ed. Instituto Carioca de Criminologia. Rio de Janeiro: Revan, 2003. p. 15-33.

BEHRING, E. R. Questão Social e Direitos. In: Conselho Federal de Serviço Social. *Serviço social: direitos e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Relatório brasileiro sobre drogas/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas*; IME USP; Orgs.: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso. Brasília: SENAD, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. *Diário Oficial da União*, 5 jun. 2009.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *I Levantamento Nacional sobre o Uso de Alcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras*. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, GREA/IPq – HCFMUSP. Brasília, 2010.

_____. 2009. PEAD. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34070>. Acesso: em 10 jan. 2012.

BUCHER, R.; OLIVEIRA, S R. M. O discurso do combate às drogas e suas ideologias. *Revista Saúde Pública*. São Paulo. v. 28, n. 2, p. 137-145, 1994.

CARLINI, E. A. et al. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*. Brasília: SENAD/CEBRID; 2005. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br>>. Acesso em: 10 jan. 2012

CHAVES, T. V. et al. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Revista Saúde Pública*. 2011, 45(6): 1168-75.

CNM - Confederação Nacional dos Municípios. *Pesquisa sobre a situação do crack nos municípios brasileiros*. Brasília: CNM, 2010. Disponível em: <http://portal.cnm.org.br/sites/5700/5770/14122010_Mapeamento_do_Crack_nos_municipios_brasil_geral.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS. *CFESS Manifesta – Dia Internacional de Combate às Drogas*. Brasília, 26 de junho de 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. CFP. *13 razões para defender uma política para usuários de crack, álcool e outras drogas sem exclusão*. 2011. Disponível em: <<http://drogasecidadania.cfp.org.br>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

_____. *Nota do CFP sobre o Plano do governo federal contra o Crack*. 2011. Disponível em: <<http://drogasecidadania.cfp.org.br/>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

CRUZ, M. S.; VARGENS, R. W.; RAMOA, M. L. Crack. Uma abordagem multidisciplinar. In: Presidência da República – SENAD. (Org.). *Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. 3 ed. Brasília: 2010, p. 39-58.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. de. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: um diálogo das diferenças. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Orgs.).

Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 195-226.

DUAILIBI, L. M. F. B. Revisão sistemática: Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. São Paulo, 2010. Tese (Mestrado). Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Psiquiatria.

DUAILIB, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Caderno Saúde Pública.* 2008, 24 (supl 4): 545-57.

DUNN, J.; FERRI, C. P. The price of crack in São Paulo, Brazil. *Addiction.* 1998, 93 (2): 287-8.

FERREIRA FILHO, O. et al. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Revista Saúde Pública.* 2003, 37 (6): 751-9.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas.* n 21, p. 211-259, 2000.

GRANEMANN, Sara. Fundações estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO, M.I.S. et al. (Orgs.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde.* 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-Ssind, 2008. p. 36-39.

IAMAMOTO, M. V. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.* 5 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

JACOBI, P.R. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. *Revista Ciência & Saúde Coletiva.* São Paulo, v. 7, n. 30, p. 443-454, 2002.

KESSLERL, F.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista Psiquiatria.* Rio Grande do Sul, 2008. 30 (2): 96-98).

LEAL, F.X.; GARCIA, M.L.T. Construindo pontes: a teoria das representações sociais e a dependência química. XII Con-

gresso Brasileiro de Sociologia. *Anais...* Belo Horizonte/MG. 2004, p. 373.

MARQUES, A. C. P. R. et al.. Associação Brasileira de Psiquiatria. Abuso e Dependência: Crack. *Projeto Diretrizes*. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2011.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa sem saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2004.

NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R. Crack use in São Paulo. *Subst Use Misuse* 1996. 31: 565-79.

OLIVEIRA, L. G. de; NAPPO, S. A. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Revista Psiquiatria Clínica*. 2008. 35 (6): 212-8.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento – CID – 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PROCÓPIO, A. O narcotráfico no espaço rural da Amazônia. In: RIBEIRO, A.M.M; IULIANELLI, J.A.S. (orgs.). *Narcotráfico e violência no campo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

RIBEIRO, A. M. M. Sociologia do narcotráfico na América Latina e a questão camponesa. In: RIBEIRO, A.M.M; IULIANELLI, J.A.S. (orgs.). *Narcotráfico e violência no campo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

RIBEIRO, A.M.M.; IULIANELLI, J.A.S. (orgs.). *Narcotráfico e violência no campo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

RIBEIRO, M. et al. Causes of death among crack cocaine users. *Revista Brasileira Psiquiatria*. 2006. 28 (3): 196-202.

RIZZOTTO, Maria Lúcia F. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Campinas, Unicamp, 2000.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Revista Saúde Pública*. 2002. 36 (4): 420-30. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 10 jan. 2012.

SCHAURICH, D. et al. Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. *Ciência e Saúde Coletiva* (Impresso). v 3, p. 145-153, 2011.

SCHEERER, S. Estabelecendo o controle sobre a cocaína (1910-1920). In: BASTOS, Francisco Inácio; GONÇALVES, Odair Dias (Orgs.). *Drogas, é legal: um debate autorizado*. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

SILVEIRA, D. X. da. *Crack é usado por miseráveis porque é barato*. Entrevista concedida à Carta Maior em 17 de janeiro de 2012. Disponível em <<http://www.cartamaior.com.br>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

SIMÕES BARBOSA, R. H. *Mulheres, reprodução e Aids: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

SIMÕES, J. A. Prefácio. In: LABATE, B. C. et al (orgs). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008.

SOARES, L. E. *Por trás de uma arma apontada para alguém está uma mão estendida para alguém: entrevista concedida a Ana Cristina Pereira*. Público 2009. 20 jul. (Caderno P2): 06-07).

SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.8, n.4, p. 366-378, out/dez/1992.

TOSCANO JÚNIOR, A. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: SEIBEL, S.D.; TOSCANO JÚNIOR, A. (orgs.). *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 7-23.

UCHÔA, M. A. *Crack: o caminho das pedras*. São Paulo: Editora Ática, 1996.

VASCONCELOS, A. M. de. *A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

VELHO, G. A dimensão cultural e política dos mundos das drogas. In: ZALUAR, A. (org.). *Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Brasiliense, 1999.

WANDERLEY, L. E. Enigmas do social. In: WANDERLEY, M. B; BÓGUS, L; YASBEC, M. C. (orgs.). *Desigualdade e a questão social*. 2 ed. São Paulo: EDUC, 2004. p. 163-234.

A *nálise da política de saúde brasileira* é uma obra cujo título não deixa dúvidas sobre o seu propósito político como projeto intelectual. Ao organizá-la, Maria Lúcia Teixeira Garcia presta uma homenagem à sua mestra, Ângela Maria Campos da Silva, e enfatiza a impostação que alimenta sua filosofia como esperança projectual –

Convivemos com um número inaceitável de mortes evitáveis e nada acontece. Perdemos a sensibilidade de nos revoltar com a injustiça que cerca esse processo? É com o espírito de repudiar essa realidade, em nome de uma sociedade justa e igual, que este livro foi escrito. Todos os textos assumem essa perspectiva gramsciana: “o pessimismo da razão e o otimismo da vontade”.

Gramsci buscava estruturar o que chamava de “pesquisa operária” – um modo para compreender o ponto de vista operário em relação ao trabalho, para poder mudar sua “natureza” desenvolvendo a autonomia de cada produtor individual. Durante mais de 20 anos que passou na Regina Coeli, presídio romano, construído em estrutura arquitetônica panóptica, ainda assim, apesar da rígida vigilância, conseguiu ter cadernos nos quais escrevia, com caligrafia precisa e diminuta, suas reflexões na direção de suas buscas – os Cadernos do Cárcere. Nesse processo, a cultura foi se tornando para ele o eixo central através do qual se poderia desenvolver a política, derivando daí seu conceito mais conhecido: hegemonia. Ou seja, o “partido” (que para ele então representava a vanguarda política), não poderia consistir em um aparato burocrático ou ditatorial: teria que praticar um paciente envolvimento, convencimento e participação dos indivíduos, especialmente os não trabalhadores, que não deveriam ser eliminados ou estigmatizados, mas com os quais seria necessário desenvolver uma reflexão cultural que viesse a facultar a hegemonização dos extratos sociais ou geracionais, agora diríamos também étnicos e de gênero.

Sob tal perspectiva, alimentava sua razão pessimista a crítica dos movimentos políticos tais como ocorriam, em teoria e ação, visando a transformação da sociedade para uma futura configuração socialista. Um pessimismo fomentador de campos potenciais de ação voltados para a criação de espaços

de locução, na busca de hegemonização de amplos extratos sociais – ex-novo.

Essas ilações gramscianas, transpostas para a questão da saúde na atualidade brasileira, remetem a dipolos razão-ação inscritos em outras conotações histórico-sociais, configurando oscilações atitudinais pessimismo-otimismo agora envolvendo multidões concretas, e não abstrações de universalidade, conceito que, contudo, permanece na nomenclatura do projeto de política pública em discussão.

Augusto Boal costumava dizer: a política é o ato de tornar possível o necessário. E o necessário, com base no pressuposto de uma política pública em saúde em compromisso com a ética do bem comum, racionalmente assenta-se sobre a existência de um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade para todos os habitantes do território brasileiro. Como fazê-lo tornar-se real, articulando-se ações dentro dos limites das possibilidades políticas, tecnológica, sociais, culturais e, principalmente, geopolíticas?

A resposta a essa indagação vai se inscrever inequivocamente em um quadro de conotações pessimistas do ponto de vista da razão. Implica uma luta que não pode ser compreendida sem se levar em conta as contribuições de Aristóteles, para quem a política e o bem comum constituíam uma totalidade indissociável, mas que agora se aplica à universalidade dos homens, às multidões. Essa mudança de escala, esse alargamento, introduz grande complexidade ao campo da ação, uma vez que, como esclareceu Maquiavel em sua obra *O Príncipe*, a inércia das transformações políticas favoreceria ao status quo, pois, diria, a função do poder é a sua própria reprodução. Portanto, essa reprodução se dá em contextos hierárquicos de diferenciação de privilégios de acesso ao capital cultural produzido pelas humanidades da Terra, incidindo sobre o domínio das relações poder-conhecimento por sistemas político-sociais progressos.

Assim, para transformarmos em ação o almejado, temos que desenvolver uma sólida reflexão política, científico-tecnológica e socioeconômica sobre a chamada nova ordem social global, que vem inscrevendo uma crescente massa de pessoas em situações que produzem alienação, anomia, ansiedade, levando ao descompromisso político pela não compreensão de origens e determinações da vida social na qual estão inscritos. Então, perguntaríamos a Gramsci: como hegemonizá-la, englobando

técnicos, cientistas, pensadores, governantes, políticos e todos os demais cidadãos, como determinado pela amplitude da proposta de um sistema de saúde na atualidade de racionalidade vinculado à busca do bem comum?

Sabe-se que o conhecimento da existência de algo implica no conhecimento das condições necessárias e suficientes para esta existência. Obviamente, essa busca de esclarecimento para fundamentar a ação constitui-se em caminho utópico, o que não significa que, como Gramsci, não se busque traçá-lo, tendo o sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade como foco colimador do almejado ex-novo.

As utopias são o reino das ortodoxias, onde não é mais consentido lutar por utopias melhores. No entanto, as narrativas utópicas apresentam uma relação próxima e específica com o ambiente de onde nascem, e as propostas de sociedades alternativas surgem da crítica do presente (QUOCHI, 1984-1985, p. 17).

Essa crítica terá que passar pela análise da luta que se desenvolve pela propriedade do conhecimento e pelo domínio do processo de criação simbólico-científico-tecnológico, hoje resultando em uma aliança orgânica entre cientistas, industriais, militares e políticos, processo histórico que se consolidou (1945-1960) e que culminou no que se denomina sistema científico-tecnológico. Uma componente essencial dos êxitos expansivos do processo global de produção e de sua lógica, materializada, entre outras coisas, em patentes na área médico-farmacológica e direcionando a formação do pensamento técnico e programas de trabalho em saúde, constituindo obstáculo potente à plena hegemonização de multidões levando ao sucesso de políticas públicas de saúde apoiadas sobre o bem comum.

Ao nosso pessimismo, acrescentaríamos o nosso otimismo, ilustrando-o com as palavras de Vieira Pinto:

Para a mentalidade ingênua, a nação é coisa que “já existe” e, precisamente, existe enquanto coisa. Está feita, sua realidade é completa, apesar de se admitir que sofra modificações ao longo da história. [...] O que a consciência crítica desvelará é justamente o oposto: é a minha atividade que torna possível a existência da nação. A nação não existe como fato, mas como projeto. Não é o que, no presente, a comunidade é, mas o que pretende ser, en-

tendendo-se a palavra “pretende” no sentido literal como “pretender”, tender antecipado a um estado real. [...] A comunidade constitui a nação ao pretender ser, porque é assim que a constitui no projeto de onde deriva a atividade criadora, o trabalho. A nação resulta, pois, de um projeto de comunidade, posto em execução sob a forma de trabalho (VIEIRA PINTO, 2005, p. xv).

Concluindo, parafrazeando este último autor, diríamos que o projeto da comunidade de autoras da presente obra constitui assim a nação ao pretender vir a ser, realizando-a através de sua atividade criadora, o trabalho. A nação resultará, pois, de seu projeto de comunidade, exacerbado sob forma de trabalho.

Eda Terezinha de Oliveira Tassara
São Paulo, janeiro de 2014.

Referências

QUOCHI, F. *Distopia e Visione Totalitaria in 1984 di George Orwell*. Tesi di Laurea. Università degli Studi di Pisa. Facoltà di Lingue e Letterature Straniere. Pisa, Anno Accademico 1984-1985.

VIEIRA PINTO, A. *O conceito de Tecnologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005. 2 v.

Identificação dos autores

DOLORES SANCHES WUNSCH

Assistente Social, doutora em Serviço Social (PUCRS) e Professora do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho (NEST/UFRGS), e-mail: doloreww@terra.com.br

FABIOLA XAVIER LEAL

Graduada em Serviço Social pela UFES, Mestre em Política Social (PPGPS/UFES) e doutoranda no mesmo programa. Professora do Departamento de Serviço Social (UFES) e coordenadora do grupo de Análise de Políticas Públicas Fênix.

GISLENE DO NASCIMENTO BRUNHOLI

Graduada em Serviço Social pela UFES. Assistente Social do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes. Mestre em Política Social (UFES).

JUSSARA MARIA ROSA MENDES

Assistente Social, doutora em Serviço Social (PUCSP) e Professora do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho (NEST/UFRGS).

LEANDRA MARIA BORLINI DRAGO

Graduada em Serviço Social pela UFES, Mestre em Política Social (PPGPS/UFES). Assistente Social no Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes – UFES. Docente do Programa de residência multiprofissional do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes.

MARIA ILK NUNES

Enfermeira Sanitarista, Especialização em saúde pública pelo NESC/FIOCRUZ, Mestre em Saúde Coletiva e Doutora em Serviço Social; todos pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Professora da área de saúde pública do Departamento de Enfermagem da UFPE e Enfermeira Sanitarista da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), nível central, com a atuação técnica na Diretoria Executiva de Fluxos Assistenciais (DGFA). Áreas de concentração: Políticas de Saúde, gestão e planejamento em saúde, epidemiologia, trabalho em saúde, Atenção Primária em Saúde.

MARIA LÚCIA TEIXEIRA GARCIA

Graduada em Serviço Social pela UFES, Mestre em Psicologia Social (UFES), Doutora em Psicologia Social pela USP, Pós-doutorado em Política Social (UnB), professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social (UFES). Pesquisadora do CNPq. Membro do grupo de Análise de Políticas Públicas Fênix.

PAULO ANTONIO BARROS OLIVEIRA

Médico do Trabalho, Mestre em Educação, doutor em Engenharia de Produção (UFRJ) e Professor na Graduação de Medicina e de Engenharia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; coordenador do Centro de Documentação, Pesquisa e Formação em Saúde e Trabalho (CEDOP/UFRGS).

RAQUEL CAVALCANTE SOARES

Assistente social, doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Atualmente é Professora Adjunta da Universidade Federal de Pernambuco. Recebeu o Prêmio CAPES de Tese de 2011 na área de Serviço Social.

Este impresso foi composto utilizando-se as famílias tipográficas Legacy Sans e Legacy Serif.

É permitida a reprodução parcial desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para qualquer fim comercial.

