

# Dicionário da Educação Profissional em Saúde

2ª edição revista e ampliada

Organização  
Isabel Brasil Pereira  
Julio César França Lima



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

*Paulo Ernani Gadelha Vieira*

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

Diretor

*André Malbão*

Vice-diretor de Desenvolvimento Institucional

*Sergio Munck*

Vice-diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

*Isabel Brasil*

Coordenadora do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde

*Monica Vieira*

# Dicionário da Educação Profissional em Saúde

Isabel Brasil Pereira  
Júlio César França Lima  
*Organizadores*

*2.ed.rev.ampl.*



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Todos os direitos desta edição reservados à Escola Politécnica  
de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz

A primeira edição do Dicionário de Educação Profissional em Saúde foi financiada com recursos do Ministério da Saúde, no âmbito do Plano Diretor para o biênio 2004-2006 da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, com tiragem de 1.500 exemplares.

Revisão e copidesque

*Maria Cecília G. B. Moreira (1ª edição)*

*Itamar José de Oliveira (2ª edição)*

Revisão Técnica:

*Isabel Brasil Pereira*

*Júlio César França Lima*

Projeto Gráfico, Capa

*Carlota Rios*

Editoração

*Marcelo Paixão*

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

P436d Pereira, Isabel Brasil

Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira  
e Júlio César França Lima. – 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

478 p.

ISBN: 978-85-987-36-6

1. Educação. 2. Dicionário. 3. Educação Profissionalizante. 4. Saúde.  
I. Título. II. Lima, Júlio César França.

CDD 370.3

## AUTORES

*Alcindo Antônio Ferla* – Médico, doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS), Consultor da Hospital Nossa Senhora da Conceição S/A, professor visitante/colaborador da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e professor adjunto da Universidade de Caxias do Sul.

*Ana Margarida de Mello Barreto Campello* – Pedagoga, doutora em Educação pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e pesquisadora do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz)

*André Mota* – Historiador, doutor em História pela Universidade de São Paulo (USP) e pós-doutorando bolsista Fapesp em História da Medicina e Saúde Pública paulistas junto ao Depto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.

*André Silva Martins* – Doutor em Educação pela Universidade Federal Fluminense (UFF), professor adjunto da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), professor do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFJF, pesquisador do Coletivo de Estudos sobre Política Educacional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) e do Núcleo Educação, Trabalho e Tecnologia da UFJF.

*Angélica Ferreira Fonseca* – Psicóloga-sanitarista, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz)

*Aparecida de Fátima Tiradentes dos Santos* – Pedagoga, doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

*Arlinda Moreno* – Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), professora e pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

*Carlos Batistella* – Odontólogo, especialista em Educação Profissional em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz e professor-pesquisador do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz)

*Carmen Sylvia Vidigal Moraes* – Psicóloga, pós-doutorado pela Laboratoire Travail et Mobilités e professora da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo (USP).

*Claudia Medina Coeli* – Médica, doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), docente do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina e do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Iesc/UFRJ).

*Denise Elvira Pires* – Enfermeira-sanitarista, pós-doutorado em Ciências Sociais pela University of Amsterdam, professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

*Domingos Leite Lima Filho* – Engenheiro elétrico, doutor em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e professor do Programa de Pós-Graduação da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR).

*Eduardo Henrique Passos Pereira* – Psicólogo, doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e professor da Universidade Federal Fluminense (UFF).

*Eduardo Navarro Stotz* – Sociólogo, doutor em Saúde Pública, pesquisador e professor da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

*Emerson Elias Merhy* – Médico-sanitarista, doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e professor do Curso de Pós-Graduação em Clínica Médica da linha: Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde.

*Francisco Javier Uribe Rivera* – Médico-sanitarista, doutor em Saúde Pública, pesquisador titular do Departamento de Administração e Planejamento de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

*Gastão Wagner de Sousa Campos* – Médico, doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), professor titular da Universidade Estadual de Campinas, membro de corpo editorial da *Trabalho, Educação e Saúde* e da *Revista Ciência & Saúde Coletiva*.

*Gandêncio Frigotto* – Filósofo e educador, doutor em Ciências Humanas (Educação) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, professor titular do Programa Interdisciplinar de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana na Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e membro do Comitê Diretivo do Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais (Clacso).

*Grácia Maria Gondin* – Arquiteta e Urbanista, mestre em Saneamento Ambiental e doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), e pesquisadora do Laboratório de Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

*Gustavo Corrêa Matta* – Psicólogo, doutor em Medicina Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), pesquisador do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

*Hillegonda Maria Dutilh Novaes* – Médica pediatra, doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP), professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, coordenadora do Núcleo de Informações em Saúde/NIS do Hospital das Clínicas da FM-USP.

*Inesita Soares de Araújo* – Comunicóloga, doutora em Comunicação e Cultura pela Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), pesquisadora do Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz).

*Isabel Brasil Pereira* (Coordenadora) – Bióloga, doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), vice-diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) e professora adjunta da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UEFRJ).

*Janine Miranda Cardoso* – Cientista social, doutoranda em Comunicação e Cultura pela Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), tecnologista do Laboratório de Pesquisa em Comunicação e Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz).

*José Rodrigues* – Professor, doutor em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), professor adjunto da Universidade Federal Fluminense (UFF), vice-coordenador do Núcleo de Estudos, Documentação e Dados sobre Trabalho e Educação (NEDDATE-UFF), membro de Conselho Editorial das revistas *Trabalho, Educação e Saúde* (da Fundação Oswaldo Cruz) e *Trabalho Necessário* (NEDDATE-UFF) e assessor da Faperj.

*Júlio César França Lima* (Coordenador) – Enfermeiro-sanitarista, mestre em Educação pelo Instituto de Estudos Avançados em Educação da Fundação Getúlio Vargas (FGV), doutorando do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), pesquisador do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz).

*Jussara Cruz de Brito* – Engenheira, pós-doutorado em Ergologia pela Université de Provence Aix Marseille I e coordenadora do Grupo de Pesquisas e Intervenção em Atividade de Trabalho, Saúde e Relações de Gênero (Pistas) do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH/Ensp/Fiocruz).

*Justino de Souza Junior* – Professor, doutor em Educação pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), professor da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais (FaE/UFMG).

*Ligia Bahia* – Médica-sanitarista, doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), professora adjunta da Faculdade de Medicina e do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

*Líli Blima Schraiber* – Médica-sanitarista, doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP) e professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.

*Lílian de Aragão Bastos do Valle* – Pedagoga, pós-doutorado em Educação pela École des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana (PPFH) da Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).



*Lúcia Maria Wanderley Neves* – Educadora, doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), professora (aposentada) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), professora participante do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal Fluminense (UFF) e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

*Madel Therezinha Luz* – Filósofa, pós-doutorado em Saúde Coletiva pelo Institut National des Recherches Médicales (Inserm), professora titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), assessora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), vice-presidente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

*Marcela Alejandra Pronko* – Professora, doutora em História pela Universidade Federal Fluminense (UFF), professora colaboradora da Universidad Nacional de Luján (Argentina), professora-pesquisadora da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO) sede acadêmica Brasil e bolsista da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

*Márcia Valéria Guimarães Morosini* – Psicóloga, especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública e pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

*Maria Ciavatta* – Filósofa, doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), professora associada ao Programa de Pós-graduação em Educação - Mestrado e Doutorado da Universidade Federal Fluminense (UFF), e professora visitante na Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj).

*Maria Helena Machado* – Socióloga, doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS).

*Maria Lúcia Frizon Rizzotto* – Enfermeira, doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e professora da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste).

*Maria Valéria Costa Correia* – Assistente Social, doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e professora da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (Ufal).

*Marina Peduzzi* – Enfermeira, doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e professora do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

*Marise Nogueira Ramos* – Professora, doutora em Educação pela Universidade Federal Fluminense (UFF), coordenadora do Programa de Pós-Graduação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) e professora adjunta da Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj).

*Maurício Monken* – Professor, doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e pesquisador do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz).

*Monica Vieira* – Socióloga, doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS/Uerj) e coordenadora do Observatório dos Técnicos em

Saúde, do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde e do Programa de Pós-Graduação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

*Nadya Araújo Guimarães* – Socióloga, pós-doutorado pela Massachusetts Institute of Technology (MIT), professora da Universidade de São Paulo (USP) e pesquisadora do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap).

*Naira Lisboa Franzoi* – Professora, doutora em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

*Nayla Cristine Ferreira Ribeiro* – Pedagoga, mestranda em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e bolsista pró-gestão da Biblioteca Virtual em Saúde - Educação Profissional em Saúde (BVS-EPS) da EPSJV/Fiocruz.

*Ramon de Oliveira* – Professor, doutor em Educação pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e professor do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

*Ramon Peña Castro* – Economista, pós-doutorado em Economia pela Universidad Autonoma de Madrid e professor colaborador (aposentado) do PPGCSO da Universidade Federal de São Carlos, pesquisador visitante e professor colaborador do Programa de Pós-Graduação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

*Regina Duarte Benevides de Barros* – Psicóloga, pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e professora da Universidade Federal Fluminense (UFF).

*Ricardo Burg Ceccim* – Enfermeiro-Sanitarista, doutor em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), professor do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS).

*Rosana Teresa Onocko Campos* – Médica, doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e professora RDIDP da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

*Roseni Pinheiro* – Enfermeira, doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e professora adjunta do Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ).

*Sarah Escorel* – Médica-sanitarista, doutora em Sociologia pela Universidade de Brasília (UnB), pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), integrante do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz), coordenadora do Observatório da Conjuntura de Políticas de Saúde da Ensp.

*Sérgio Lessa* - Doutor em Ciências Humanas pela Unicamp, professor do Departamento de Filosofia da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), membro da Editoria da Revista Crítica Marxista.

*Sergio Munck* - Estatístico, mestre em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde pelo Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Nutes/UFRJ), vice-diretor de Gestão e Desenvolvimento Institucional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

*Sônia Regina de Mendonça* – Historiadora, doutora em História Econômica pela Universidade de São Paulo (USP), professora do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense (UFF) e pesquisadora do CNPq.

*Suzana Lanna Burnier Coelbo* – Pedagoga, doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), professora adjunta e diretora de Ensino da Graduação do Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (Cefet-MG)

*Túlio Batista Franco* – Psicólogo, doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e professor da Universidade Federal Fluminense (UFF).

*Zulmira Maria de Araújo Hartz* – Pesquisadora titular do Departamento de Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) (aposentada), pesquisadora visitante do Grupo de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS) do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IMIP/Fiocruz), consultora do Ministério da Saúde.

## SUMÁRIO

TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE: REFERÊNCIAS E CONCEITOS	17
PREFÁCIO À PRIMEIRA EDIÇÃO	31
APRESENTAÇÃO DA PRIMEIRA EDIÇÃO	33
<b>A</b>	
Atenção à Saúde	39
Atenção Primária à Saúde	44
Avaliação em Saúde	50
Avaliação por Competências	55
<b>C</b>	
Capital Cultural	61
Capital Humano	66
Capital Intelectual	72
Capital Social	78
Certificação de Competências	83
Certificação Profissional	87
Comunicação em Saúde	94
Controle Social	104
Cuidado em Saúde	110
Currículo Integrado	114
Currículo por Competências	119

## **D**

Divisão Social do Trabalho	125
Divisão Técnica do Trabalho em Saúde	130
Dualidade Educacional	136

## **E**

Educação	143
Educação Corporativa	151
Educação em Saúde	155
Educação Permanente em Saúde	162
Educação Politécnica	168
Educação Profissional	175
Educação Profissional em Saúde	182
Educação Tecnológica	190
Empregabilidade	197
Equidade em Saúde	202
Exclusão Social	211

## **F**

Focalização em Saúde	221
----------------------	-----

## **G**

Gestão do Trabalho em Saúde	227
Gestão em Saúde	231
Globalização	236

## **H**

Humanização	243
-------------	-----

## **I**

Informação em Saúde	249
Integralidade em Saúde	255

Interdisciplinaridade	263
Itinerários Formativos	269
<b>N</b>	
Neoliberalismo e Saúde	275
<b>O</b>	
Ocupação	281
Omnilateralidade	284
<b>P</b>	
Participação Social	293
Pedagogia das Competências	299
Pedagogia de Problemas	305
Planejamento de Saúde	312
Precarização do Trabalho em Saúde	317
Processo de Trabalho em Saúde	320
Profissão	328
<b>Q</b>	
Qualificação como Relação Social	335
<b>R</b>	
Recursos Humanos em Saúde	343
Reestruturação Produtiva em Saúde	348
<b>S</b>	
Saúde	353
Sistema Único de Saúde	357
Sociabilidade Neoliberal	364
Sociedade Civil	370
<b>T</b>	
Tecnologia	377

Tecnologias em Saúde	382
Territorialização em Saúde	392
Trabalho	399
Trabalho Abstrato e Trabalho Concreto	404
Trabalho como Princípio Educativo	408
Trabalho Complexo	415
Trabalho Concreto	419
Trabalho em Equipe	419
Trabalho em Saúde	427
Trabalho Imaterial	433
Trabalho Prescrito	440
Trabalho Produtivo e Improdutivo	445
Trabalho Real	453
Trabalho Simples	460
<b>U</b>	
Universalidade	465
<b>V</b>	
Vigilância em Saúde	471



## **TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE:**

### **referências e conceitos**

**O** ano de 2008 é particularmente significativo para o lançamento da segunda edição do Dicionário da Educação Profissional em Saúde, pois neste momento se completam vinte anos da inscrição do Sistema Único de Saúde (SUS) no texto constitucional. Uma conquista democrática capitaneada por um amplo movimento social organizado em torno da Reforma Sanitária brasileira, marco do desenvolvimento de uma nova forma de pensar e fazer saúde no país, assim como da formação profissional dos trabalhadores técnicos de saúde.

O projeto da Reforma Sanitária brasileira tal qual concebido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi construído ao mesmo tempo como uma bandeira específica do setor saúde e como parte de uma totalidade de mudanças. Isso é, diz respeito num primeiro plano ao reconhecimento da dinâmica do fenômeno saúde-doença em toda a sua extensão por meio dos indicadores de saúde, da organização das instituições que atuam no setor, da produção de medicamentos e equipamentos, e da formação dos trabalhadores de saúde. No segundo plano, além da dimensão ideológica, na qual se disputam concepções, valores e práticas, incorpora a dimensão das relações existentes entre a saúde e economia, trabalho, educação, salário, habitação, saneamento, transporte, terra, meio ambiente, lazer, liberdade e paz. Originalmente, portanto, o projeto da Reforma Sanitária está imbricado com a perspectiva de reforma social, com a construção de um Estado democrático, para além de uma reforma setorial, ao mesmo tempo que, ao ampliar o referencial

teórico e o campo de análise das relações entre saúde e condições de vida e trabalho, recoloca-a como prática social e não apenas como fenômeno biológico.

É com base nesse arcabouço conceitual que a formação profissional dos trabalhadores técnicos de saúde passa a ser entendida como uma condição necessária, mas não suficiente, para a transformação das relações de trabalho, da prestação de serviços à população e para a própria participação do trabalhador no planejamento e avaliação dos serviços de saúde. Com vistas a superar o caráter alienado da escola e do trabalho em saúde no que diz respeito aos determinantes sociais do processo saúde-doença e do intenso processo de privatização no interior do setor saúde, bem como do histórico movimento pendular do antigo segundo grau - atual ensino médio - entre formação acadêmica e formação profissional, propõe-se a articulação deste nível de ensino com a formação profissional. Mais especificamente, a articulação da educação com o processo de trabalho em saúde ou o aprofundamento da estratégia ensino-serviço, aliando a dimensão técnica e a dimensão política no processo de formação, e a construção de um novo compromisso ético-político dos trabalhadores de saúde pautado na questão democrática, na relação solidária com a população, na defesa do serviço público e da dignidade humana.

Esse debate no setor saúde, particularmente no interior da Fundação Oswaldo Cruz, cujo marco é a realização do Seminário Choque Teórico, em 1987, é contemporâneo e se alimenta das discussões então travadas no interior do setor educacional, por meio do GT Trabalho-Educação da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (Anped), desde o início dos anos 1980, acerca da formação profissional dos trabalhadores técnicos e da natureza do antigo ensino de segundo grau em nossa sociedade. A perspectiva era superar a dualidade entre cultura geral e cultura técnica com o projeto de escola unitária, “que expressa o princípio da educação como direito de todos” e que “pressupõe que todos tenham acesso aos conhecimentos, à cultu-

ra e às mediações necessárias para trabalhar e para produzir a existência e a riqueza social” (Ramos, 2007, p. 2). Esse debate introduz na história da educação brasileira o conceito de politecnia (Saviani, 1989), não como o domínio de uma multiplicidade de técnicas fragmentárias, mas como o domínio dos fundamentos científicos das diferentes técnicas que presidem o processo de trabalho moderno, o que recoloca as discussões acerca da relação trabalho-educação em novo patamar, buscando sobretudo resgatar a dimensão contraditória do fenômeno educativo, seu caráter mediador e sua especificidade no processo de transformação da realidade.

Trabalho, Educação e Saúde articulam-se, assim, no bojo dessa intensa discussão que ocorre nos marcos do processo de redemocratização da sociedade brasileira e do processo constituinte nos anos 1980. Para uma parcela das forças políticas que então se reúne em torno do projeto da Reforma Sanitária, profundamente imbricada com a perspectiva de uma reforma social na sua totalidade, novos desafios são colocados no que diz respeito ao perfil do trabalhador necessário para viabilizar a premissa estabelecida constitucionalmente de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, baseada nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, o que exigia, entre outros, repensar a formação profissional dos trabalhadores da saúde.

Em recente seminário de trabalho organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio sobre a Reforma Sanitária brasileira e os vinte anos do ‘SUS constitucional’ (Matta e Lima, 2008), fez-se um balanço desse período do qual podemos destacar dois aspectos centrais: que a reforma sanitária no seu processo de operacionalização se reduziu a uma reforma administrativa da saúde e que, já no final dos anos 1980 e principalmente nos anos 1990, teve de se confrontar com outro projeto em disputa na sociedade, o projeto mercantilista, para o qual a saúde é uma mercadoria como outra qualquer, que pode ser comprada no mercado para a satisfação das demandas e necessidades individuais (Paim, 2008). Ele reúne em torno de si empresários da saúde, corporações

profissionais, o capital industrial investido nas indústrias farmacêuticas e de equipamentos, o capital financeiro e grandes organismos internacionais, que impõem o livre comércio - Organização Mundial do Comércio (OMC) e definem políticas sociais subsidiárias e compensatórias - Banco Mundial (BM).

Parece consensual entre os interlocutores que, na década de 1990 e início dos anos 2000, a temática da Reforma Sanitária esteve ausente da agenda dos principais fóruns e movimentos sociais que a alavancaram, e que na luta ideológica ocorre um retrocesso importante em relação ao setor saúde nesse período, na medida em que de um valor público, a saúde passa a ser vista como um bem de consumo modulado pelo poder de compra. Também no setor educacional ocorrem retrocessos, pois desde a década passada verifica-se um estreitamento da relação entre educação e trabalho alienado tornando a escola mais imediatamente interessada ou mais pragmática e, embora integre um contingente expressivo da classe trabalhadora, o faz de modo a inviabilizar a construção de uma crítica às relações sociais capitalistas.

À grande mobilização e às esperanças da década de 1980 seguiu-se, nos anos 1990, uma reversão das expectativas marcada pela radicalização da modernização conservadora e por políticas de reformas do Estado, com o fim de ajustar a economia ao processo de desregulamentação, flexibilização e privatização. Nesse cenário, verifica-se um refluxo dos movimentos sociais de cunho democrático e popular, a ‘conversão mercantil-filantrópica da militância’ em torno das organizações não-governamentais (ONGs), a emergência do sindicalismo de resultados, novas formas de privatização na área de saúde, a escassez de recursos, a precarização dos vínculos e de remuneração dos trabalhadores de saúde, e a crescente precarização das condições de trabalho (Fontes, 2008; Santos, 2008).

No contexto neoliberal que se instaura na década de 1990 com o governo Collor e se aprofunda no governo FHC, tanto na área da saúde como na educação combina-se um discurso que reconhece a importân-

cia destas áreas com a redução dos investimentos nas mesmas e apelos à iniciativa privada e ONGs. O discurso neoliberal atribuiu de forma sistemática que uma das principais causas das desigualdades sociais era a incompetência e a ineficácia governamentais, buscando com isto formar um consenso sobre a qualidade da iniciativa privada, com a finalidade de promover mudanças de comportamento no indivíduo e na sociedade a favor da privatização e seu corolário, o financiamento pelo Estado de ações que seriam executadas pelo setor privado. Nessas condições, o próprio gestor público passa a agir sob a lógica da gerência privada, mudando assim a relação entre a instituição e o usuário. Ele deixa de ser um cidadão investido de direitos e passa a ser um cliente da instituição, o que traduz uma visão privatista da relação do cidadão com o Estado, ao mesmo tempo em que desqualifica a noção de serviço público coletivo e solidário.

No outro lado do espectro político, o funcionamento da aparelhagem sindical também foi remodelado para adequação e conformação ao neoliberalismo: procedimentos de ‘reengenharia’ interna; demissão de funcionários; busca de eficiência e eficácia econômica (rentabilidade); agenciamento de serviços, como a venda de seguros diversos – contribuindo para dismantlar a luta pelos direitos universais; a oferta de cursos pagos; preparação e adequação de mão-de-obra para a ‘empregabilidade’. É um processo que formata uma nova modalidade de subalternização dos trabalhadores no Brasil, empreendida pelos grandes empresários com a difusão e apoio do ‘sindicalismo de resultados’, atado a uma dinâmica estritamente corporativa e de cunho imediatista, tornando os sindicatos parceiros dos patrões na ‘gerência dos conflitos’.

Nesse contexto, segundo Fontes (2008), o próprio sentido do termo ‘democracia’, revestido de conteúdos socializantes na década de 1980, foi resignificado como ‘capacidade gerencial’. Isso é, toda e qualquer tentativa de organização dos trabalhadores como classe social deveria ser desmembrada e abordada de maneira segmentada: admitia-se o conflito, mas este deveria limitar-se ao razoável e ao gerenciável, devendo

seus protagonistas admitir a fragmentação de suas pautas em parcelas ‘administráveis’. Mais que isso, para a autora, o que ocorre nos anos 1990 é uma mudança do perfil da classe trabalhadora em decorrência da intensificação do desemprego, da rotatividade de mão-de-obra e consequentemente o aumento da concorrência entre os trabalhadores; pelo desmantelamento dos direitos associados às relações contratuais de trabalho; pela corrosão das organizações sindicais e pelas profundas alterações no setor público, iniciadas com as demissões e privatizações.

O discurso da incompetência do setor público, ao mesmo tempo que atendeu aos interesses privados ao propor um fictício terceiro setor sob a designação ‘privado porém público’ composto por associações empresariais que concorrem entre elas pelos fundos públicos, permitiu a delegação de responsabilidades do Estado a entes privados em situações casuísticas, como Fundações Privadas de Apoio, Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e outras, imbricando a esfera pública com a esfera mercantil.

Na área da saúde especificamente, além da delegação de responsabilidades do Estado para cooperativas, ONGs e outras entidades privadas, a solução negociada do art. 199 da Constituição<sup>1</sup> gerou efeitos contraditórios nos anos 1990, pois, de um lado, a oferta e a produção de serviços públicos e filantrópicos se ampliaram, e a dos hospitais contratados reduziram. Por outro lado, a inviabilização da mudança da natureza dos contratos reatualizou o padrão de compra de serviços e procedimentos que se pretendia superar, reconfigurando as relações público-privadas no âmbito do SUS por meio de políticas públicas que apoiaram e ainda apóiam a privatização da assistência à saúde. Para Bahia (2008), as mudanças definidas por normas governamentais que redefiniram a participação do setor privado no SUS, junto com a criação de fundações privadas pelo setor público e a contratação de consultores,

---

<sup>1</sup> O art. 199 da Constituição define que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, podendo participar de forma complementar do SUS, segundo diretrizes deste e mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

nutriram uma disseminada adesão às várias versões do empreendedorismo no sistema público de saúde. Na mesma direção, a ampliação do mercado privado de planos e seguros de saúde, que já vinha ocorrendo desde os anos 1980, se intensifica nos anos 1990, viabilizada por políticas públicas de subsídios indiretos de apoio à expansão da clientela.

No âmbito educacional, entre os anos 1980 e 1990, como aponta Frigotto (2006, p. 265), “há uma travessia da ditadura civil-militar para uma ditadura do mercado no ideário pedagógico”. A sociedade civil organizada em torno do Fórum Nacional em Defesa da Escola Pública sucessivamente vai perdendo o apoio parlamentar para a aprovação do primeiro projeto de LDB, de autoria do Deputado Federal Otávio Elísio que, no que diz respeito à formação profissional sinalizava para sua integração à formação geral nos seus múltiplos aspectos humanísticos e científico-tecnológicos. “Foram sendo tomadas, pelo alto e autoritariamente, diferentes medidas legais, numa reforma a conta-gotas, até aparecer o projeto do Senador Darcy Ribeiro que, como lembrava Florestan Fernandes, deu ao governo o projeto que esse não tinha” (Frigotto, Ciavatta e Ramos, 2005, p. 13). Para os autores, com a LDB nº 9.394/96, a regressão mais profunda ocorre nos ensinos médio e técnico a partir da aprovação do Decreto nº 2.208/97, que restabelece, em outros termos, o dualismo educacional neste nível de ensino, ao proibir a integração do ensino médio com a formação profissional, além de regulamentar formas fragmentadas e aligeiradas de profissionalização em função das necessidades do mercado, como assume o ideário pedagógico do próprio mercado com a pedagogia das competências para a empregabilidade.

As noções de sociedade do conhecimento e de competência passam a assumir na atualidade o mesmo protagonismo que a noção de capital humano teve entre as décadas de 1950 e 1980, constituindo-se no aparato ideológico justificador das desigualdades econômicas e sociais entre os indivíduos e/ou das relações assimétricas de poder dentro dos países e entre eles. Na área da saúde, os programas de formação

profissional vêm sendo executados, na maioria das vezes, por meio de parcerias público-privadas, aumentando a possibilidade de adesão ao ideário da mercantilização da saúde, da elegia do gerenciamento das ações de saúde e da redução de conteúdos voltados para uma formação humana de cunho civilizatório (Pereira, 2008).

Para Frigotto (2006), as razões para a dificuldade estrutural do avanço da educação escolar unitária e politécnica devem ser buscadas, em primeiro lugar, na opção das elites brasileiras por um capitalismo dependente e subordinado que barra a generalização da necessidade da incorporação das tecnologias avançadas de natureza digital-molecular. Em segundo lugar, pela conjuntura mundial na qual se verifica nesse período um aumento da expropriação do trabalho pelo capital e o crescente monopólio da ciência e tecnologia nos centros hegemônicos do capital, relegando aos países periféricos predominantemente o trabalho simples.

Entretanto, se essa conjuntura encontrou terreno propício para a difusão das orientações normativas dos organismos internacionais com a adesão das elites nacionais às teses neoliberais, ela também foi plena de tensões e resistências ao desmonte do SUS. O balanço realizado aponta, entre outros, para o aumento de cobertura pelas equipes de ‘Saúde da Família’, principal estratégia de atenção básica do Ministério da Saúde; a incorporação de novos modelos tecnológicos em municípios brasileiros, tais como a oferta organizada, a vigilância em saúde, o trabalho programático e o acolhimento; a integração da atenção básica com a vigilância em saúde; a redução dos leitos psiquiátricos *vis-à-vis* ao aumento dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e das residências terapêuticas como resposta aos princípios de desospitalização e reinserção social na área de saúde mental; o aumento da capacidade instalada e crescimento da assistência ambulatorial do setor público, que é uma tendência anterior ao advento do SUS, mas que se mantém nos anos 1990; a ampliação e diversificação dos postos de trabalho na área de saúde, decorrentes do progressivo processo de descentralização e municipalização das ações de saúde; o aumento do acesso a medicamentos essenciais; a ampliação do número de transplantes; a criação



do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu); a quebra de patentes de medicamentos; e a universalidade do atendimento aos casos de AIDS.

Na área de educação, mais recentemente, buscou-se restabelecer o “empate” entre os princípios defendidos em 1988 pelo primeiro projeto de LDB e o Decreto nº 2.208/97, com a aprovação do Decreto nº 5.154/2004, que permite a integração do ensino médio com o ensino técnico, entendido como uma condição social e historicamente necessária para a construção do ensino médio unitário e politécnico (Frigotto, Ciavatta e Ramos, 2005).

Esses avanços em ambas as áreas são resultados de processos contraditórios, que expressam as lutas em torno de concepções de sociedade e dessas práticas sociais, e que exigem a permanente análise do processo histórico-social do qual emergem. A direção que a reforma sanitária e a perspectiva unitária e politécnica dos ensinos médio e técnico irão tomar vai depender das forças em disputa e da clareza do que está em jogo. Principalmente, no contexto atual em que se explicita cada vez mais a continuidade e consolidação da política econômica de corte neoliberal do governo Lula centrada no ajuste fiscal; de manutenção das políticas compensatórias e focalizadas na área social, na saúde e educação; na política de ‘fazer um pouco mais do mesmo’ no âmbito do SUS, reproduzindo o modelo médico hegemônico centrado no hospital (Paim, 2008); e a difusão de uma nova ‘pedagogia da hegemonia’, complementada pela implementação de um projeto educacional de massificação da educação, viabilizado pela implantação de sistemas diferenciados e hierarquizados de organização educacional e pedagógica (Neves, 2008).

Esperamos que a publicação desta segunda edição do Dicionário da Educação Profissional em Saúde continue contribuindo para essa análise. Ele mantém o mesmo objetivo da primeira edição, em 2006, ou seja, de construir e explicitar conceitos e termos organizados em torno de três eixos centrais: ‘trabalho’, ‘educação’ e ‘saúde’, que foram escolhi-

dos em função de dois critérios. O primeiro em razão de serem conceitos-chave de importância incontestada no âmbito dessas práticas sociais, como trabalho produtivo e trabalho improdutivo, trabalho complexo e trabalho simples, divisão social e técnica do trabalho, e tecnologia. O segundo por serem conceitos que expressam fenômenos contemporâneos, que surgiram para definir práticas atuais do mundo do trabalho em geral e o de saúde e educação, em particular, tais como, empregabilidade, competência, educação politécnica, humanização, universalidade e integralidade.

Para esta nova edição foi realizada uma revisão de alguns conceitos e agregados 23 (vinte e três) novos. São eles: Avaliação em Saúde, Capital Intelectual, Comunicação e Saúde, Dualidade Educacional, Educação Corporativa, Educação em Saúde, Equidade, Exclusão Social, Gestão do Trabalho em Saúde, Gestão em Saúde, Globalização, Informação em Saúde, Interdisciplinaridade, Omnilateralidade, Participação Social, Planejamento em Saúde, Sociabilidade Neoliberal, Sociedade Civil, Territorialização em Saúde, Trabalho como Princípio Educativo, Trabalho Imaterial, Trabalho Produtivo e Trabalho Improdutivo, e Universalidade.

O nosso entendimento ao elaborar esta obra é que o universo de termos de interesse serão sempre passíveis de reatualizações, seja incorporando novas dimensões aos conceitos descritos, seja agregando novos conceitos que emergem dos processos sociais em curso e que ampliem a nossa capacidade de análise desta mesma realidade. Sendo assim, é um tipo de obra que deve ser considerada sempre inacabada. Inspirado em produções científicas comprometidas com o pensamento crítico que nega a adaptação ao existente e com a construção de uma sociedade justa, democrática e igualitária, o Observatório dos Técnicos em Saúde, vinculado ao Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), tomou a si a iniciativa de organizar a segunda edição do Dicionário da Educação Profissional em Saúde.

Como na edição anterior, contamos com a participação de professores e pesquisadores da EPSJV, assim como de diversos especialistas convidados para sua elaboração. Estão reunidos aqui um conjunto heterogêneo de profissionais que aceitaram o desafio de compartilhar conosco as suas idéias, tais como, arquitetos, assistente social, biólogos, comunicólogos, economistas, educadores, enfermeiros, engenheiros, estatísticos, filósofos, historiadores, médicos, odontólogos, pedagogos, psicólogos e sociólogos.

Para a elaboração dos verbetes, partimos da premissa de que a produção, a circulação e a recepção dos textos e dos discursos se dão em contextos específicos que não podem ser ignorados. Se os textos e os discursos se nos apresentam como neutros e naturais, objetivos e transparentes, a tradição da ‘crítica da ideologia’ nos lembra que não há texto ou discurso que seja desinteressado, transparente e neutro. O trabalho educativo e a construção de sentidos aqui adotados consistem em desmontar as ilusões ideológicas, apontando para a construção de um conhecimento crítico e qualificado. Trata-se, assim, de uma compreensão pautada na idéia de que o pensamento crítico na Educação Profissional em Saúde, quer realizado na escola e/ou nos serviços de saúde, é atravessado por redes contraditórias, mensagens, textos, discursos, sinais interessados, conflitos e lutas por visões de mundo diferenciadas.

Nessa discussão também é central a noção de que o sentido é construído socialmente na vida social e histórica. Desde Marx, passando por todos os ramos e abordagens da teoria crítica, sabemos que o mundo dos sentidos e representações sociais nunca é neutro, transparente e diretamente acessível à consciência do sujeito. Ou seja, toda representação ou sentido social passa necessariamente pela ideologia e pelo imaginário social, o que requer perceber que a crítica do senso comum e das representações não deva caminhar, de forma exclusiva, para uma teoria que se queira apenas científica, como no viés cientificista, excluindo da experiência humana a cultura, a ética, a estética, enfim, a variedade da vida social.

A partir dessas idéias convidamos os autores que compõem esta edição – privilegiando fundamentalmente uma abordagem crítica e qualificada e não uma padronização teórico-metodológica – aos quais foram feitas as seguintes orientações para a elaboração dos verbetes: a) ‘linguagem crítica’, sem o mito da neutralidade, problematizando sempre que possível os contextos e articulando do particular ao geral na relação trabalho, educação e saúde, escapando das generalidades vazias ou discursos herméticos e desnecessariamente confusos; b) ‘historicidade dos conceitos’, tendo como princípio que os conceitos são históricos, portanto construções humanas e não uma verdade natural e imutável; c) ‘relações entre os ideários da sociedade e suas inflexões nas políticas de formação dos trabalhadores técnicos de saúde’, na medida do possível; d) ‘processo de trabalho e o cotidiano dos serviços de saúde’, relacionando, sempre que possível, a formação com o cotidiano dos serviços de modo a não levar a um conformismo com as condições existentes.

Finalmente, pensamos que a escrita e a leitura são atos ativos e produtivos, e neste sentido esperamos que o leitor seja levado a questionar e a buscar os significados oferecidos pelos verbetes, e que a divulgação desta nova edição continue contribuindo para a criação de circunstâncias a favor de uma formação dos trabalhadores da saúde que tenham como horizonte a sua emancipação e o compromisso com o pensamento crítico a favor da saúde e da educação públicas.

*Isabel Brasil Pereira*  
*Júlio César França Lima*

## Bibliografia:

BAHIA, L. A Démarche do privado e público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008, p. 123-185.

FONTES, V. A Democracia Retórica: expropriação, convencimento e coerção. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008, p. 189-226.

FRIGOTTO, G. Fundamentos científicos e técnicos da relação trabalho e educação no Brasil de hoje. In: LIMA, J. C. F.; NEVES, L. M. W. (Orgs.). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2006, p. 241-288.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. (Orgs.). *Ensino médio integrado: concepção e contradições*. São Paulo: Cortez, 2005.

MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008.

NEVES, L. M. W. A Política Educacional Brasileira na ‘Sociedade do Conhecimento’. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008, p. 355-391.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008, p. 91-122.

PEREIRA, I. B. A Educação dos Trabalhadores da Saúde sob a égide da produtividade. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008, p. 393-420.

RAMOS, M. *Concepção do ensino médio integrado à educação profissional*. Natal, 2007 [mimeo].

SANTOS, N. R. dos. Democracia e Participação da Sociedade em Saúde. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008, p. 227-246.

SAVIANI, D. *Sobre a concepção de politécnica*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 1989.



## PREFÁCIO À PRIMEIRA EDIÇÃO

**O** Brasil possui um sistema de saúde ‘robusto’, apesar de ter problemas, como por exemplo, a questão estrutural do financiamento, o valor da remuneração dos serviços e procedimentos, bem como os desafios colocados pela responsabilidade sanitária nos diversos níveis da gestão. Seus profissionais necessitam de uma formação qualificada para que possam exercer atividades a que são chamados a responder no processo de trabalho que desenvolvem nos serviços, principalmente a partir da reorientação do modelo assistencial brasileiro. Assim, as iniciativas de cunho educacional, como este Dicionário, que contribuem para a realização e aperfeiçoamento das ações desenvolvidas no processo de trabalho em saúde, têm contribuições imediatas e estratégicas para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta publicação, organizada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), apresenta verbetes que descrevem e problematizam concepções acerca de educação profissional em saúde, da organização do sistema de saúde brasileiro, do processo histórico do trabalho em saúde, entre outras. Esse conjunto de temas perfaz um documento inédito e de relevância indiscutível para gestores, docentes, pesquisadores, estudantes e trabalhadores do SUS que se dedicam à construção de um sistema de saúde mais justo, solidário e de qualidade para todos os brasileiros.

*Dicionário da Educação Profissional em Saúde* representa uma experiência acumulada pela EPSJV em seus mais de vinte anos de história. Não é fácil selecionar os verbetes em área tão complexa, nem alcançar a precisão adequada; contudo, o resultado final é muito estimulante e certamente contribuirá para o aperfeiçoamento desta área vital dos recursos humanos em saúde no Brasil.

*Paulo M. Buss*

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz



## APRESENTAÇÃO DA PRIMEIRA EDIÇÃO

O trabalho industrial na nossa sociedade tem experimentado mudanças importantes configurando socialmente o fenômeno denominado de ‘crise do trabalho assalariado’, resultado da incorporação cada vez maior de tecnologias materiais e de novas formas de organização do trabalho que, ao mesmo tempo, aumenta a produtividade, exige cada vez menos trabalhadores e, conseqüentemente, vem acompanhada do crescente desemprego. Desde a década de 1990, muitos estudos e pesquisas são unânimes em apontar que esse fenômeno está intimamente associado ao processo de globalização ou de mundialização do capital, o qual se assenta, principalmente, na difusão da doutrina neoliberal e na emergência de um novo paradigma produtivo denominado produção flexível, que surge com o esgotamento do fordismo e com as novas formas de gestão dos processos de trabalho.

O trabalho em serviços também tem enfrentado mudanças, decorrentes da necessidade do capital financeiro em controlar e colocar os grandes excedentes de capital nas áreas que antes estavam nas mãos dos Estados nacionais, e que, na área de saúde, em particular, propugnam pela organização de um sistema de saúde baseado em seguros médicos. Essa ofensiva neoliberal que busca sedimentar a crença nas virtudes do mercado cujas ‘graças’ são alcançadas pela interferência mínima do Estado, pelo controle dos gastos estatais e da inflação, pela privatização das empresas estatais e pela abertura completa da economia, trata o suposto gigantismo do Estado com sua intervenção na economia, bem

como os privilégios que esse tipo de atuação tinha conferido aos trabalhadores ao longo dos ‘trinta anos gloriosos’ (1945-1975), nos países capitalistas centrais, como as causas maiores da crise que se observa a partir da segunda metade dos anos 1970. Sendo assim, ao mesmo tempo que vai impondo derrotas às conquistas do *Welfare State* construído nesses países como uma resposta histórica ao processo de vulnerabilidade social, a ofensiva neoliberal busca recuperar os serviços sociais para as empresas privadas, propondo a remercantilização de tais serviços. Isso constitui um dos móveis principais da crítica que atualmente se faz ao Estado do Bem-estar Social em todo o mundo, motivado pelo interesse em controlar o fundo público destinado ao setor saúde.

O Brasil, assim como os países latino-americanos, apesar de não ter experimentado as conquistas sociais verificadas nesses países, não escapa dessa ofensiva neoliberal. Exemplo disso, é o recente Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) deflagrado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reverter o quadro de precarização do trabalho no setor. Outro exemplo é a expansão do mercado privado de planos e seguros de saúde no país, que é consequência direta do subfinanciamento do SUS observado ao longo da década de 1990. Apesar da garantia constitucional de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, a sua implementação foi marcada pelo enfrentamento de uma série de constrangimentos impostos pelo modelo econômico adotado no nosso país nesse período, fortemente influenciado pelo receituário neoliberal. Do ponto de vista educacional, o processo de globalização também vem acompanhado da difusão de uma série de noções ou conceitos, tais como, sociedade do conhecimento, empregabilidade e competência, que atualmente definem as políticas educacionais e se constituem no aparato ideológico justificador das desigualdades sociais.

Portanto, a elaboração desse dicionário, visa à explicitação de conceitos e termos organizados em torno de três eixos centrais: ‘trabalho’, ‘educação’ e ‘saúde’. Foram escolhidos em razão da sua importância

incontestes e mesmo sendo recorrentes no âmbito da Educação Profissional em Saúde são de conhecimento restrito entre os educadores, pesquisadores, estudantes jovens e adultos e gestores que têm interesse na formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Ao contrário, outros termos e conceitos foram escolhidos por terem surgido recentemente para definir práticas e fenômenos originais do mundo do trabalho em geral e o de saúde, em particular.

Sem a pretensão de esgotar o universo de termos de interesse para esse tema e com o entendimento de que qualquer escrito sobre a formação humana, nas suas diversas áreas e perspectivas, deve ser sempre considerado um projeto inacabado, o Observatório dos Técnicos em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), inspirado em obras científicas comprometidas com o pensamento crítico que nega a adaptação ao existente e com a construção de uma sociedade justa, democrática e igualitária, tomou para si a iniciativa de organizar o processo de construção coletiva que agora culmina com a publicação deste Dicionário da Educação Profissional em Saúde.

Nesse processo de construção coletiva contamos com a participação de professores-pesquisadores representantes dos diversos grupos de trabalho da EPSJV, que conosco discutiram e indicaram os verbetes prioritários para compor a coletânea, bem como os possíveis autores. Infelizmente, nem todos foram incorporados à presente edição e certamente com a divulgação do dicionário muitos outros serão lembrados e indicados para compor uma próxima edição.

Para a elaboração dos verbetes, partimos da premissa de que a produção, a circulação e a recepção dos textos e dos discursos se dão em contextos específicos que não podem ser ignorados. Se os textos e os discursos se nos apresentam como neutros e naturais, objetivos e transparentes, a tradição da 'crítica da ideologia' nos lembra que não há texto ou discurso que seja desinteressado, transparente e neutro. O trabalho

educativo e a construção de sentidos aqui adotados consistem em desmontar as ilusões ideológicas, apontando para a construção de um conhecimento crítico e qualificado. Trata-se assim de uma compreensão pautada na idéia de que o pensamento crítico na Educação Profissional em Saúde, quer realizado na escola e/ou nos serviços de saúde, é atravessado por redes contraditórias, mensagens, textos, discursos, sinais interessados, conflitos e lutas por visões de mundo diferenciadas. Nessa discussão também é central a noção de que o sentido é construído socialmente na vida social e histórica. Desde Marx, passando por todos os ramos e abordagens da teoria crítica, sabemos que o mundo dos sentidos e representações sociais nunca é neutro, transparente e diretamente acessível à consciência do sujeito. Ou seja, toda representação ou sentido social passa necessariamente pela ideologia e pelo imaginário social, o que requer perceber que a crítica do senso comum e das representações não deva caminhar, de forma exclusiva, para uma teoria que se queira apenas científica, como no viés cientificista, excluindo da experiência humana a cultura, a ética, a estética, enfim, a variedade da vida social.

A partir dessas idéias convidamos os autores que compõem essa coletânea –privilegiando fundamentalmente uma abordagem crítica e qualificada e não uma padronização teórico-metodológica – aos quais foram feitas as seguintes orientações para a escrita dos verbetes: a) ‘linguagem crítica’, sem o mito da neutralidade, problematizando sempre que possível os contextos e articulando do particular ao geral na relação trabalho, educação e saúde, escapando das generalidades vazias ou discursos herméticos e desnecessariamente confusos; b) ‘historicidade dos conceitos e termos’, tendo como princípio que os conceitos são históricos, portanto construções humanas e não uma verdade natural e imutável; c) ‘relações entre os ideários da sociedade e suas inflexões nas políticas de formação dos trabalhadores técnicos de saúde’, na medida do possível; d) ‘processo de trabalho e o cotidia-

no dos serviços da saúde', relacionando, na medida do possível, a formação com o cotidiano dos serviços de modo a não levar a um conformismo com as condições existentes.

Finalmente, pensamos que a escrita e a leitura são atos ativos e produtivos, e nesse sentido esperamos que o leitor seja levado a questionar e a buscar os significados oferecidos pelos verbetes, e que a divulgação desse dicionário contribua para a criação de circunstâncias a favor de uma formação dos trabalhadores da saúde que tenha como meta a sua emancipação e o compromisso com o pensamento crítico a favor da saúde e da educação públicas.

*Os Organizadores*



## A

## ATENÇÃO À SAÚDE

*Gustavo Corrêa Matta**Márcia Valéria Guimarães Morosini*

Atenção à saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde consoante os princípios e as diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS).

A compreensão do termo ‘atenção à saúde’ remete-se tanto a processos históricos, políticos e culturais que expressam disputas por projetos no campo da saúde quanto à própria concepção de saúde sobre o objeto e os objetivos de suas ações e serviços, isto é, o que e como devem ser as ações e os serviços de saúde, assim como a quem se dirigem, sobre o que incidem e como se organizam para atingir seus objetivos.

Numa perspectiva histórica, a noção de atenção pretende superar a clássica oposição entre assistência e prevenção, entre indivíduo e coletividade,

que durante muitos anos caracterizou as políticas de saúde no Brasil. Dessa forma, remete-se à histórica cisão entre as iniciativas de caráter individual e curativo, que caracterizam a assistência médica, e as iniciativas de caráter coletivo e massivo, com fins preventivos, típicas da saúde pública. Essas duas formas de conceber e de organizar as ações e os serviços de saúde configuraram dois modelos distintos – o modelo biomédico e o modelo campanhista/preventivista – que marcaram, respectivamente, a assistência médica e a saúde pública, faces do setor saúde brasileiro cuja separação, há muito instituída, ainda representa um desafio para a constituição da saúde em um sistema integrado.

O modelo biomédico, estruturado durante o século XIX, associa doença à lesão, reduzindo o processo saúde-doença à sua dimensão anatómofisiológica, excluindo as dimensões

histórico-sociais, como a cultura, a política e a economia e, conseqüentemente, localizando suas principais estratégias de intervenção no corpo doente. Por outro lado, desde o final do século XIX, o modelo preventivista expandiu o paradigma microbiológico da doença para as populações, constituindo-se como um saber epidemiológico e sanitário, visando à organização e à higienização dos espaços humanos.

No Brasil, os modelos de atenção podem ser compreendidos em relação às condições socioeconômicas e políticas produzidas nos diversos períodos históricos de organização da sociedade brasileira.

O modelo campanhista – influenciado por interesses agroexportadores no início do século XX – baseou-se em campanhas sanitárias para combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, implementando programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares e outras ações de medicalização do espaço urbano, que atingiram, em sua maioria, as camadas menos favorecidas da população. Esse modelo predominou no cenário das políticas de saúde brasileiras até o início da década de 1960.

O modelo previdenciário-privatista teve seu início na década de

1920 sob a influência da medicina liberal e tinha o objetivo de oferecer assistência médico-hospitalar a trabalhadores urbanos e industriais, na forma de seguro-saúde/previdência. Sua organização é marcada pela lógica da assistência e da previdência social, inicialmente, restringindo-se a algumas corporações de trabalhadores e, posteriormente, unificando-se no Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INPS), em 1966, e ampliando-se progressivamente ao conjunto de trabalhadores formalmente inseridos na economia (Baptista, 2005). Esse modelo é conhecido também por seu aspecto hospitalocêntrico, uma vez que, a partir da década de 1940, a rede hospitalar passou a receber um volume crescente de investimentos, e a ‘atenção à saúde’ foi-se tornando sinônimo de assistência hospitalar. Trata-se da maior expressão na história do setor saúde brasileiro da concepção médico-curativa, fundada no paradigma flexneriano, caracterizado por uma concepção mecanicista do processo saúde-doença, pelo reducionismo da causalidade aos fatores biológicos e pelo foco da atenção sobre a doença e o indivíduo. Tal paradigma que organizou o ensino e o trabalho médico foi um dos responsáveis pela fragmentação e hierar-



quização do processo de trabalho em saúde e pela proliferação das especialidades médicas.

Nesse mesmo processo, o modelo campanhista da saúde pública, pautado pelas intervenções na coletividade e nos espaços sociais, perde terreno e prestígio no cenário político e no orçamento público do setor saúde, que passa a privilegiar a assistência médico-curativa, a ponto de comprometer a prevenção e o controle das endemias no território nacional.

Ao final da década de 1970, diversos segmentos da sociedade civil – entre eles, usuários e profissionais de saúde pública – insatisfeitos com o sistema de saúde brasileiro iniciaram um movimento que lutou pela ‘atenção à saúde’ como um direito de todos e um dever do Estado. Este movimento ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira e culminou na instituição do SUS por meio da Constituição de 1988 e posteriormente regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, chamadas Leis Orgânicas da Saúde.

Em meio ao movimento de consolidação do SUS, a noção de atenção afirma-se na tentativa de produzir uma síntese que expresse a complexidade e a extensão da concepção ampliada de saúde que marcou o movimento pela Reforma Sa-

nitária: “Saúde é a resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”.

A partir dessa concepção ampliada do processo saúde-doença, a ‘atenção à saúde’ intenta conceber e organizar as políticas e as ações de saúde numa perspectiva interdisciplinar, partindo da crítica em relação aos modelos excludentes, seja o biomédico curativo ou o preventivista.

No âmbito do SUS, há três princípios fundamentais a serem considerados em relação à organização da ‘atenção à saúde’. São eles: o princípio da universalidade, pelo qual o SUS deve garantir o atendimento de toda a população brasileira; o princípio da integralidade, pelo qual a assistência é “entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos (...)” (Brasil, 1990); e o princípio da equidade, pelo qual esse atendimento deve ser garantido de forma igualitária, porém, contemplando a multiplicidade e a desigualdade das condições sócio-sanitárias da população.

Em relação à universalidade, o desafio posto à organização da ‘atenção à saúde’ é o de constituir um con-

junto de ações e práticas que permitam incorporar ou reincorporar parcelas da população historicamente apartadas dos serviços de saúde. Da mesma forma, ao pautar-se pelo princípio da integralidade, a organização da ‘atenção à saúde’ implica a produção de serviços, ações e práticas de saúde que possam garantir a toda a população o atendimento mais abrangente de suas necessidades. Já em relação à equidade, a ‘atenção à saúde’ precisa orientar os serviços e as ações de saúde segundo o respeito ao direito da população brasileira em geral de ter as suas necessidades de saúde atendidas, considerando, entretanto, as diferenças historicamente instituídas e que se expressam em situações desiguais de saúde segundo as regiões do país, os estratos sociais, etários, de gênero entre outros.

Premido, de um lado, pelas tensões geradas por essa pauta de princípios e, de outro, pela convivência com os paradigmas do modelo assistencialista, o SUS organizou a ‘atenção à saúde’ de forma hierarquizada, em níveis crescentes de complexidade. Segundo essa lógica, os serviços de saúde são classificados nos níveis primário, secundário e terciário de atenção, conforme o grau de complexidade tecnológica requerida aos procedimentos realizados. A imagem

associada a essa hierarquização é a de uma pirâmide, em cuja base se encontram os serviços de menor complexidade e maior frequência, que funcionariam como a porta de entrada para o sistema. No meio da pirâmide, estão os serviços de complexidade média e alta, aos quais o acesso se dá por encaminhamento e, finalmente, no topo, estão os serviços de alta complexidade, fortemente especializados.

Essa tentativa de organizar e racionalizar o SUS, se, por um lado, proporcionou um desenho e um fluxo para o sistema, por outro, reforçou a sua fragmentação e subvalorizou a atenção primária como um locus de tecnologias simples, de baixa complexidade.

Em contraposição, o modelo de atenção pode constituir-se na resposta dos gestores, serviços e profissionais de saúde para o desenvolvimento de políticas e a organização dos serviços, das ações e do próprio trabalho em saúde, de forma a atenderem as necessidades de saúde dos indivíduos, nas suas singularidades, e dos grupos sociais, na sua relação com suas formas de vida, suas especificidades culturais e políticas. O modelo de atenção pode, enfim, buscar garantir a continuidade do atendimento nos diversos momentos e contextos em que se objetiva a ‘atenção à saúde’.



Nesse sentido, existem também propostas de atenção dirigidas a grupos específicos que podem ser descritas como políticas voltadas para ‘atenção à saúde’ por ciclo de vida – ‘atenção à saúde’ do idoso, à criança e ao adolescente, ‘atenção à saúde’ do adulto; a portadores de doenças específicas – atenção à hipertensão arterial, diabetes, hanseníase, DST/Aids, entre outras; e também relativas a questões de gênero – saúde da mulher e, mais recentemente, saúde do homem.

Essas propostas podem vir associadas a estratégias de centralização política e especialização técnica, historicamente concebidas como programas de saúde que antagonizam com a lógica da integralidade, uma vez que favorecem a fragmentação das políticas e das ações de saúde e buscam uniformizar a intervenção por meio de protocolos técnico-científicos pouco permeáveis às especificidades políticas, sociais e culturais.

Ao contrário, argumenta-se que:

A complexidade dos problemas de saúde requer para o seu enfrentamento a utilização de múltiplos saberes e práticas. O sentido da mudança do foco dos serviços e ações de saúde para as necessidades individuais e coletivas, portanto para o cuidado, implica a produção de relações de acolhimento, de vínculo e

de responsabilização entre os trabalhadores e a população, reforçando a centralidade do trabalho da equipe multiprofissional. (EPSJV, 2005, p. 75)

Numa dimensão ético-política, isto significa afirmar que a ‘atenção à saúde’ se constrói a partir de uma perspectiva múltipla, interdisciplinar e, também, participativa, na qual a intervenção sobre o processo saúde-doença é resultado da interação e do protagonismo dos sujeitos envolvidos: trabalhadores e usuários que produzem e conduzem as ações de saúde.

### Para saber mais:

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: EPSJV (Org.) *Textos de Apoio em Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BRASIL. Constituição da República. Artigos 194, 196. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: < <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/> > Acesso em: 29 nov. 2005.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>> Acesso em: 29 nov. 2005.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <<http://>

[www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561](http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561)>  
Acesso em: 29 nov. 2005.

CAMARGO JR., K. R. *Biomedicina, Saber e Ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CORBO, A. M. & MOROSINI, M. V. G. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: EPSJV (Org.) *Textos de Apoio em Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

EPSJV (Org.) *Projeto Político Pedagógico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec/Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994.

SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

## ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Gustavo Corrêa Matta  
Márcia Valéria Guimarães Morosini*

**I**nternacionalmente tem-se apresentado 'Atenção Primária à Saúde' (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS.

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

Historicamente, a idéia de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento

do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexineriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade.

O referido relatório organizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos com formação em clínica geral. Os casos que o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então, para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia. Essa organização caracteriza-se pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde.

Os serviços domiciliares de um dado distrito devem estar baseados num Centro de Saúde Primária – uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles são formados por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região. (Ministry of Health, 1920)

Esta concepção elaborada pelo governo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS. A primeira seria a regionalização, ou seja, os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender as diversas regiões nacionais, através da sua distribuição a partir de bases populacionais, bem como devem identificar as necessidades de saúde de cada região. A segunda característica é a integralidade, que fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas.

Os elevados custos dos sistemas de saúde, o uso indiscriminado de

tecnologia médica e a baixa resolutividade preocupavam a sustentação econômica da saúde nos países desenvolvidos, fazendo-os pesquisar novas formas de organização da atenção com custos menores e maior eficiência. Em contrapartida, os países pobres e em desenvolvimento sofriam com a iniquidade dos seus sistemas de saúde, com a falta de acesso a cuidados básicos, com a mortalidade infantil e com as precárias condições sociais, econômicas e sanitárias.

Em 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, e propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS. Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”. A Declaração de Alma-Ata, como foi chamado o pacto assinado entre 134 países, defendia a seguinte definição de APS, aqui denominada cuidados primários de saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem funda-

mentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Opas/OMS, 1978)

No que diz respeito à organização da APS, a declaração de Alma-Ata propõe a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades de saúde da população e fundados numa perspectiva interdisciplinar envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, bem como a participação social na gestão e controle de suas atividades. O documento descreve as seguintes ações mínimas, necessárias para o desenvolvimento da APS nos diversos países: educação em saúde voltada para a pre-

venção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais.

A Declaração de Alma-Ata representa uma proposta num contexto muito maior que um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde. Nesse sentido, aponta para a necessidade de sistemas de saúde universais, isto é, concebe a saúde como um direito humano; a redução de gastos com armamentos e conflitos bélicos e o aumento de investimentos em políticas sociais para o desenvolvimento das populações excluídas; o fornecimento e até mesmo a produção de medicamentos essenciais para distribuição à população de acordo com a suas necessidades; a compreensão de que a saúde é o resultado das condições econômicas e sociais, e das desigualdades entre os diversos países; e também estipula que os governos nacionais devem protagonizar a gestão dos sistemas de saúde, estimulando o intercâmbio e o apoio tecnológico, econômico e político internacional (Matta, 2005).

Apesar de as metas de Alma-Ata jamais terem sido alcançadas plena-

mente, a APS tornou-se uma referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nos anos 80 e 90 do último século. Entretanto, muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, adotaram a APS numa perspectiva focalizada, entendendo a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global, distanciando-se do caráter universalista da Declaração de Alma-Ata e da idéia de defesa da saúde como um direito (Mattos, 2000).

No Brasil, algumas experiências de APS foram instituídas de forma incipiente desde o início do século XX, como os centros de saúde em 1924 que, apesar de manterem a divisão entre ações curativas e preventivas, organizavam-se a partir de uma base populacional e trabalhavam com educação sanitária. A partir da década de 1940, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) que realizou ações curativas e preventivas, ainda que restritas às doenças infecciosas e carenciais. Essa experiência inicialmente limitada às áreas de relevância econômica, como as de extração de borracha, foi ampliada durante os anos 50

e 60 para outras regiões do país, mas represada de um lado pela expansão do modelo médico-privatista, e de outro, pelas dificuldades de capilarização local de um órgão do governo federal, como é o caso do Sesp (Mendes, 2002).

Nos anos 70, surge o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (Piass) cujo objetivo era fazer chegar à população historicamente excluída de qualquer acesso à saúde um conjunto de ações médicas simplificadas, caracterizando-se como uma política focalizada e de baixa resolutividade, sem capacidade para fornecer uma atenção integral à população.

Com o movimento sanitário, as concepções da APS foram incorporadas ao ideário reformista, compreendendo a necessidade de reorientação do modelo assistencial, rompendo com o modelo médico-privatista vigente até o início dos anos 80. Nesse período, durante a crise do modelo médico-previdenciário representado pela centralidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS), que visavam ao fortalecimento de um sistema unificado e descentralizado de saúde voltado para as ações integrais. Nesse sentido, as AIS surgiram de convênios en-

tre estados e municípios, custeadas por recursos transferidos diretamente da previdência social, visando à atenção integral e universal dos cidadãos.

Essas experiências somadas à constituição do SUS (Brasil, 1988) e sua regulamentação (Brasil, 1990) possibilitaram a construção de uma política de ABS que visasse à reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde. Assim, a concepção da ABS desenvolveu-se a partir dos princípios do SUS, principalmente a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular, como pode ser visto na portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica, definindo a ABS como:

um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os



problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilidade, humanização, equidade, e participação social. (Brasil, 2006)

Atualmente, a principal estratégia de configuração da ABS no Brasil é a saúde da família que tem recebido importantes incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção. A saúde da família aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, compostas basicamente por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adscrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidos por equipe.

Entretanto, os desafios persistem e indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde (ver verbete Atenção à Saúde), de forma a garantir o princípio da integralidade, assim como a necessidade permanente de ajuste das ações e serviços locais de saúde, visando à apreensão ampliada das necessidades de saúde

de da população e à superação das iniquidades entre as regiões do país.

Ressalta-se também na ABS a importante participação de profissionais de nível básico e médio em saúde, como os agentes comunitários de saúde, os auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros responsáveis por ações de educação e vigilância em saúde.

### Para saber mais:

BRASIL. Constituição da República. Artigos 194, 196. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>> Acesso em: 29 nov. 2005.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>> Acesso em: 29 nov. 2005.

BRASIL. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> Acesso em: 4 set. 2006.

FAUSTO, M. C. R. *Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira*, 2005. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: IMS/Uerj.

MATTA, G. C. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta

pela hegemonia. *Trabalho Educação e Saúde*, 3(2) p. 371-396, 2005.

MATTOS, R. A. *Desenvolvendo e Ofertando Idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial*, 2000. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: IMS/Uerj.

MENDES, E. V. *Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINISTRY OF HEALTH. Interim report on the future provision of medical and allied services. London,

1920. Disponível em: <<http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>> Acesso em: 25 set. 2006.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>> Acesso em: 12 nov. 2004.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco Brasil/Ministério da Saúde, 2004.

## AVALIAÇÃO EM SAÚDE

*Zulmira Maria de Araújo Hartz*

**A**pesar de se reconhecer que existem inúmeras definições de *Avaliação*, seus contornos no campo da saúde se delimitam no âmbito das políticas e programas sociais, consistindo *fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento ca-*

*paz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas - avaliação normativa - ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico - pesquisa avaliativa* (Contandriopoulos, 2006). Sendo uma atividade formalmente utilizada na China há quatro mil anos para recrutar seus ‘funcionários’, no ocidente tem apenas dois séculos e, do século XIX até 1930 (1ª geração), se limitava aos problemas de ‘medidas’ e às aplicações do método experimental (Dubois et al, 2008).

No domínio da saúde ela surge então, vinculada aos avanços da epidemiologia e da estatística, testando a utilidade de diversas intervenções, particularmente direcionadas ao controle das doenças infecciosas e ao desenvolvimento dos primeiros sistemas de informação que orientassem as políticas sanitárias nos países desenvolvidos (Estados Unidos, Alemanha, Inglaterra, França, Grã Bretanha, Suíça etc). O avaliador, nesse primeiro estágio, é essencialmente um técnico que precisa saber construir e usar os instrumentos para medir os fenômenos estudados e, somente no estágio seguinte (até os anos cinquenta), começa a identificar e descrever os programas, compreender sua estrutura, forças e fragilidades para ver se é possível atingirem os resultados esperados e fazer as devidas recomendações para sua implementação. As ‘medidas’ passam a se colocar a serviço da ‘avaliação’, mas conceitualmente distintas, e os pesquisadores em ciências sociais exercem um papel cada vez mais importante na condução dos estudos avaliatórios considerando o avanço metodológico de suas disciplinas.

O terceiro estágio se inicia nos anos 1960 e vai até o final dos anos 1980, com o lançamento do livro de Guba & Lincoln (1989), precursores

dessa sistematização histórica, anunciando o advento da ‘quarta geração de avaliadores’, que trataremos a seguir. Nesse terceiro estágio predominam a função de ‘julgamento’, como competência fundamental do avaliador, a institucionalização das práticas avaliativas e a emergência das iniciativas de profissionalização, como campo de conhecimento distinto, evidenciadas pelo número crescente das publicações específicas, a emergência das associações de avaliadores internacionais e dos padrões de qualidade. A passagem da segunda à terceira geração se justificava, sobretudo, por duas lacunas: apreciavam apenas os alcances dos objetivos *ex-post*, sem questioná-los em seu valor e relevância, não observando, portanto, as lacunas dos programas.

A quarta geração se coloca como uma alternativa, não excludente, dos referenciais anteriores, mas a avaliação torna-se ela mesma inclusiva e participativa, um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção em que o pesquisador-avaliador também se coloca como parte e não apenas juiz. Guba & Lincoln (1989), consideravam que pelo menos três problemas comuns comprometiam as gerações precedentes, unificadas no paradigma positivista, no qual a produção de conhecimento é proprieda-

de exclusiva dos especialistas nos métodos científicos: 1) apesar da ‘aparente’ objetividade por parte dos avaliadores, a avaliação era predominantemente uma simples ferramenta gerencial nas estratégias políticas; 2) os julgamentos não tinham em conta o pluralismo de atores envolvidos, com diferentes valores e lógicas de regulação (técnica, política, democrática) dos sistemas de ação social, nem a influência deles decorrente no desenho e uso dos estudos; 3) privilégio de métodos quantitativos e das relações direta de causalidade, com desconsideração do contexto e outros elementos ‘não científicos’ na busca de se conhecer ‘a verdade’, ocultando sua contingência e relatividade, a moral e a ética do avaliador porque a ciência seria livre de valores.

Breve, as interpretações e interações de atores desempenham um papel não somente na produção de resultados e julgamentos, mas também no aprendizado como consequência da avaliação inclusive para todo corpo social nela interessado. Esses pressupostos apontam para a emergência da quinta geração de avaliação com participação da sociedade civil em todas as etapas (Baron & Monnier, 2003). A quinta geração (‘emancipadora’) combinaria as anteriores, mas ela implica a vontade explícita de aumentar o poder

dos participantes graças ao processo de avaliação. Essa abordagem, como as demais, se compromete com a melhoria das políticas públicas, mas também a ajudar os grupos sociais a ela relacionados a melhor compreender os próprios problemas e as possibilidades de modificá-los a seu favor. Os autores, apoiados em uma longa experiência da avaliação de políticas públicas em diversos países, fundamentam seus argumentos concluindo que as chances de utilização dos estudos avaliativos decorrem dessa ‘co-produção’ dos participantes, em que o avaliador desempenha um papel pedagógico de mediador e tradutor do processo analítico e seus resultados.

## Avanços e desafios atuais da avaliação em saúde

A quarta geração da avaliação, 20 anos depois, ainda aparece ‘emergindo’ no campo da saúde. Se a racionalidade positivista, do sujeito exterior ao objeto que estuda, foi parcialmente superada, até mesmo no discurso dos defensores da tradição científica, ela está de tal forma aculturada que a maioria de nossos pesquisadores e estudiosos continua assumindo esta forma do ‘ser científico’ em seus

protocolos e atitudes. Pior, quando se adota a interação do sujeito com o objeto, enquanto inexorável à contextualização do próprio objeto, como é o caso das políticas de saúde, tem-se de pagar um certo ‘pedágio’ aos cânones ditos ‘acadêmicos’ para este reconhecimento. As tentativas nacionais de institucionalização da avaliação (Brasil, 2005 a, b e 2007), ainda que defasadas em relação à sua emergência nas políticas dos anos 1970-1980 (terceiro estágio), foram formuladas com as bases teóricas mais avançadas da literatura especializada, mas têm dificuldade de superar os limites do monitoramento de objetivos e metas que caracterizaram a segunda geração de avaliadores.

Essa nossa multiplicidade concomitante de estágios nas práticas avaliativas científicas e institucionais torna a educação profissional para avaliação em saúde, e a democratização do campo, como grandes desafios inter-relacionados a serem enfrentados. A compreensão do avaliador como um profissional que analisa e julga as políticas sociais como um conjunto de fatores de proteção inserido entre os determinantes da saúde, exige que ampliemos os objetivos da formação acadêmica para contemplar a dualidade do pesquisador-ator comprometido

com seu objeto de trabalho. No âmbito da gestão pública, estruturada em programas governamentais e orientada por resultados, essa dualidade se traduz como questões de natureza metodológica e política. A exigência de pluralidade de abordagens e atores demanda a obrigatoriedade de dispositivos institucionais, igualmente participativos, que regulamentem os estudos de avaliação garantindo a qualidade e utilidade do produto final.

A pesquisa avaliativa requer, para a qualificação dos programas em sua complexidade, a contribuição de diferentes disciplinas, rompendo paralelismos epistemológicos que precisam ser complementares na avaliação, tais como: a pesquisa biomédica e organizacional; a atenção individual e coletiva. Nos níveis regionais e locais a descentralização da gestão de programas força uma ampliação do conhecimento sobre a totalidade dos serviços implicados na obtenção dos efeitos desejados. Nesse tipo de avaliação, em que as parcerias legitimamente diferem em seus pontos de vista, surgem problemas específicos para a mensuração de desempenho em ‘rede’ com a necessária contextualização e participação nas pesquisas.

O interesse em construir maior capacidade em avaliação nas estru-

ras administrativas se coloca então como pré-requisito para uma maior conscientização dos limites e benefícios da avaliação, nas instituições governamentais ou não-governamentais, integrando o processo das reformas sanitárias, e não como uma atividade isolada. A educação profissional em avaliação deve ser, portanto, ‘politicamente realista’, superando uma das carências da formação de avaliadores: omitir os aspectos políticos das escolhas teórico-metodológicas fazendo crer, também, que a uma boa avaliação se seguem decisões imediatas, desconhecendo que este é apenas um dos elementos (nem sempre o mais importante) da agenda governamental, apelando para a perseverança na argumentação dos avaliadores. A avaliação em saúde, como processo que favorece a participação e o debate, redistribui seu ‘acesso’ aos atores que, com os próprios meios, não têm capacidade de avaliar os serviços públicos ou contrabalançar interesses hegemônicos. Nesse enfoque, a institucionalização da avaliação reduz a assimetria entre o poder dos grupos constituídos da sociedade e os indivíduos que coletivamente a constituem, contribuindo para a democratização tanto da vida política como daquela interna às instituições.

### Para saber mais:

BARON, G. & MONNIER, E. Une approche pluraliste et participative: coproduire l'évaluation avec la société civile. *Informations Sociales*, n.110:1-7, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Avaliação*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema Único de Saúde*. Departamento de Apoio à Descentralização, Secretaria Executiva, 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.11(3)p. 705-712, 2006.

DUBOIS, C.A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histoire de l'évaluation: un processus soutenu de reconstruction des moyens de production des connaissances. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z. (Eds.). *Concepts et méthodes d'évaluation des interventions*, 2008 (no Prelo).



FURTADO, J. P. Avaliação para conhecimento e transformação. In: BOSI, M. L. M. & MERCADO, F. J. (Orgs.). *Avaliação Qualitativa de programas de Saúde. Enfoques Emergentes*. Editora Vozes, p.191 – 306, 2006.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park; CA; Sage Publications, Chapter 1: The Coming of Age of Evaluation, p.21-49; Chapter 7: The Methodology of Fourth Generation Evaluation, p.184-227, 1989.

HARTZ, Z. M. A. Princípios e Padrões em Meta-Avaliação: diretrizes para os programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11(3): p. 733-738, 2006.

HARTZ, Z. M. A. Evaluation in health: regulation, research and culture in the challenges of institutionalization.

*Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 258-259, 1999.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R.(Orgs.) *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z. M. A. & VIEIRA DA SILVA, L. M. (Orgs.). *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro/Salvador: Editora Fiocruz/Edufba, p. 15 – 39, 2005.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J.R.; FITZPATRICK, J. L. *Avaliação de Programas Sociais*. 1ª ed. São Paulo: Instituto Fonte – Gente, 2004.

## AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIAS

Marise Nogueira Ramos

A ‘avaliação por competências’ é um processo pelo qual se compilam evidências de desempenho e conhecimentos de um indivíduo em relação a competências profissionais requeridas.

É comum perguntar em que se difere uma ‘avaliação por competências’ da avaliação tradicional. Esta últi-

ma, normalmente, está associada a um curso ou programa e costuma ocorrer em etapas, cujos resultados compõem um grau final. Neste caso, a aprovação das pessoas ocorre com base em uma escala de pontos que, por sua vez, possibilita comparações estatísticas. Quanto aos aspectos avaliados, normalmente

não se conhecem as perguntas que serão feitas, e essas devem ser respondidas em tempos previamente definidos. Já a ‘avaliação por competências’ define-se como um processo com vários grandes passos, a saber: a) definição de objetivos; b) levantamento de evidências; c) comparação das evidências com os objetivos; d) julgamento (competente ou não competente). Este tipo de avaliação centra-se nos resultados do desempenho profissional, realizando-se num tempo não previamente determinado. Os resultados individuais são comparáveis somente com os critérios de desempenho e não com os outros avaliados.

A ‘avaliação por competências’ é orientada por normas, definidas como um conjunto de padrões válidos em diferentes ambientes produtivos, fornecendo parâmetros de referência e de comparação para avaliar o que o trabalhador é ou deve vir a ser capaz de fazer. Espera-se que a elaboração e a validação dessas normas sejam pactuadas entre os diversos sujeitos sociais interessados nas competências dos trabalhadores (governo, empregadores, gestores, trabalhadores, educadores, dentre outros). Além da avaliação, as normas de competências são utilizadas também para orientar a elaboração dos programas de formação (ver verbete

Currículos por Competências) e para a execução de ações de orientação ocupacional aos trabalhadores.

Quando a ‘avaliação por competências’ é realizada no âmbito de programas de formação, existe a mediação pedagógica entre a norma e os procedimentos de avaliação. Nesse caso, a avaliação visa também à regulação das aprendizagens. Por isto, pode ser desenvolvida de forma processual e em paralelo ao processo de formação, de forma que a avaliação das aprendizagens permita inferir sobre os objetivos de ensino e seus resultados (supostamente, as competências desenvolvidas). Entretanto, quando descolada do processo de formação, a avaliação constitui-se numa medida da distância que o indivíduo falta percorrer ante a norma.

Ainda que todas as formas de avaliação se refiram ao emprego de evidências, cada forma pode ter um propósito diferente. É o propósito que vai definir a natureza e o processo do sistema de avaliação. Assim, quando se realiza a avaliação do trabalhador em processo de formação, pretende-se verificar as competências adquiridas durante o processo de aprendizagem, evidenciando a capacidade do indivíduo de mobilizar e articular, com autonomia, postura crítica e ética, seus



recursos subjetivos, bem como os atributos constituídos ao longo do processo de ensino-aprendizagem – conhecimentos, destrezas, qualidades pessoais e valores – a que se recorre no enfrentamento de determinadas situações concretas.

Para que a avaliação no processo de formação possa expressar concretamente as competências desenvolvidas pelos indivíduos, é preciso que a formação e a ‘avaliação por competências’ sejam coerentemente planejadas em conjunto. Neste caso, a avaliação cumpre com suas três funções básicas: diagnóstica, formativa e acreditativa (Hernández, 1998).

A função diagnóstica inicial permite detectar os atributos que os alunos já possuem, contribuindo para a estruturação do processo de ensino-aprendizagem a partir do conhecimento de base dos mesmos. A avaliação diagnóstica inicial deve tentar recolher evidências sobre as formas de aprender dos alunos, seus conhecimentos e experiências prévios, seus erros e concepções. Caberá ao professor, se possível em conjunto com o aluno, interpretar as evidências, percebendo o ponto de vista do aluno, o significado de suas respostas, as possibilidades de estabelecimentos de relações, os níveis de compreensão que possui dos

objetos a serem estudados. Os instrumentos utilizados nesse tipo de avaliação, conjugados entre si ou não, podem ser: exercícios de simulação, realização de um microprojeto ou tarefa, perguntas orais, exame escrito.

A função formativa da avaliação permite identificar o nível de evolução dos alunos no processo de ensino-aprendizagem. Para os professores, implica uma tarefa de ajuste constante entre o processo de ensino e o de aprendizagem, para ir-se adequando à evolução dos alunos e para estabelecer novas pautas de atuação em relação às evidências sobre sua aprendizagem. A análise dos trabalhos pode ser feita não sob a ótica de se estão bem ou mal realizados, mas levando-se em conta a exigência cognitiva das tarefas propostas, a detenção dos erros conceituais observados e as relações não previstas, levantando-se subsídios para o professor e para o aluno, que os ajudem a progredir no processo de apreensão dos conhecimentos, desenvolvimento e aprimoramento de destrezas, construção de valores e qualidades pessoais. Esse momento de avaliação pode utilizar as mesmas estratégias/instrumentos de recolhimento de informação da avaliação diagnóstica inicial, combinados ou não entre si.

Por fim, a função acreditativa da avaliação tem como objetivo reconhecer se os estudantes alcançaram os resultados esperados. Quando realizada como ápice de um processo formativo, sua legitimidade em relação às normas de competências depende de o programa de formação ter sido planejado segundo essas mesmas normas, permitindo-se que se conclua a partir do resultado das avaliações processuais sobre as condições de desempenho do indivíduo segundo as normas especificadas.

Esta dimensão é a que se destaca quando o processo de avaliação ocorre independentemente do processo de formação. Quando avaliado em processo de formação, essas três dimensões da avaliação estarão relacionadas intrinsecamente, e os percursos realizados posteriormente pelo indivíduo serão, de certa forma, conseqüências das próprias evidências obtidas pelas avaliações, segundo uma orientação minimamente sistematizada pelo professor. Por outro lado, se avaliado de forma independente à formação, o aproveitamento de qualquer evidência para a construção de percursos posteriores, seja de trabalho, seja de formação, ficará a cargo do próprio indivíduo.

A ‘avaliação por competências’ pode, ainda, ser realizada no próprio

local de trabalho. Os avaliadores, neste caso, podem ser pessoas externas à produção ou os próprios supervisores. Para realizar esse tipo de avaliação, o avaliador deve ser hábil no uso de diferentes métodos.

De um modo geral, são identificados três princípios básicos da ‘avaliação por competências’ (Hager, Gonczi & Athanasou, 1994): O primeiro refere-se à necessidade de selecionar os métodos diretamente relacionados e mais relevantes para o tipo de desempenho a avaliar, dentre os quais sugerem-se os seguintes: a) técnicas de perguntas; b) simulações; c) provas de habilidades; d) observação direta; e) evidências de aprendizagem prévia. O segundo princípio afirma que, quanto mais estreita a base de evidência, menos generalizáveis serão os resultados para o desempenho de outras tarefas. Recomenda-se, então, utilizar uma mescla de métodos que permitam a inferência da competência. Por fim, considera-se conveniente a utilização de integrados, visando a um maior grau de validade da avaliação. A integração significa a combinação de conhecimento, compreensão, resolução de problemas, habilidades técnicas, atitudes e ética na avaliação.

Em todos os casos, a ‘avaliação por competências’ baseia-se no desem-



penho. Esta é a dimensão visível e objetivável da competência, uma vez que, na verdade, é a dimensão complexa, subjetiva e implícita que estrutura a ação. A competência, portanto, ainda que estruture o desempenho, não se limita a ele. Por isto, a avaliação estará sempre circunscrita aos elementos objetivos que estruturam a competência: conhecimentos e habilidades, posto que os elementos subjetivos são intrinsecamente relacionados às estruturas mentais e às capacidades de enfrentamento de desafios, fortemente condicionados pela mobilização de conhecimentos por essas estruturas e pelos contextos em que se realizam. Assim, concluir acerca da competência dos trabalhadores com base exclusivamente nos desempenhos observáveis implica abstrair o conjunto de mediações que instauram, de fato, a competência, as quais os instrumentos de avaliação normalmente utilizados não conseguem captar. Em razão desta contradição, a 'avaliação por competências', muitas vezes baseia-se, na ver-

dade, em tarefas, recaindo sobre uma concepção condutivista de ensino-aprendizagem, pela qual o desempenho se confunde com a própria competência.

### Para saber mais:

HAGER, P.; GONCZI, A. & ATHANASOU, J. General issues about assessment of competence. *Asses. Eval. High. Educ.*, 19(1): 3-15, 1994.

HERNÁNDEZ, F. *Transgressão e Mudança na Educação: os projetos de trabalho*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

LLUCH, E. Metodología de investigación y normalización de competencias. In: Seminario Subregional Formación Basada en Competencias: situación actual y perspectivas para los países del Mercosur, 1996, Buenos Aires. *Anais...* Buenos Aires, 1996.

VARGAS, F. Conceptos basicos de competencias laborales. Montevideo. CINTERFOR/OIT, 1999. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/index/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/complab/xxxx/esp/indez/ht>>.



## CAPITAL CULTURAL

*Lúcia Maria Wanderley Neves**Marcela Alejandra Pronko**Sônia Regina de Mendonça*

**S**egundo o sociólogo francês Pierre Bourdieu, pioneiro na sistematização do conceito, a segunda mais importante expressão do capital, à qual precede apenas o capital econômico portado pelos agentes sociais. Engloba prioritariamente, a variável educacional, embora não se limite apenas a ela.

Para o autor, a educação/'capital cultural' consiste num princípio de diferenciação quase tão poderoso como o do capital econômico, uma vez que toda uma nova lógica da luta política só pode ser compreendida tendo-se em mente suas formas de distribuição e evolução. Isto porque, o sistema escolar realiza a operação de seleção mantendo a ordem social preexistente, isto é, separando alunos dotados de quantidades desiguais – ou tipos distintos – de 'capital cultural'. Mediante tais operações de seleção, o sistema escolar separa, por exemplo, os detentores de 'capital cultural' herdado daqueles que

são dele desprovidos. Ademais, ao instaurar uma cesura entre alunos de grandes escolas e alunos das faculdades, a instituição escolar, geradora do 'capital cultural', institui fronteiras sociais análogas às que separam o que Bourdieu denomina "nobreza" e "simples plebeus". Essas separações materializam-se, dentre outras, em diferenças de natureza marcada pelo direito de os alunos portarem um nome, um título, numa espécie de operação mágica, gerada pelo sentido simbólico inerente a semelhantes atos de classificação. Logo, o 'capital cultural'/sistema escolar resulta de atos de ordenação que, por um lado, instituem uma relação de ordem – onde os 'eleitos' são marcados por sua trajetória de vida e sua pertinência escolar – e uma relação de hierarquia – onde esses mesmos 'eleitos' transmutam-se em 'nobreza de escola' ou 'nobreza de Estado'.

A entrega de diplomas que, mediante cerimônias solenes comparáveis ao ato de sagrar ‘cavaleiros’, possui uma função técnica evidente – a de formar/transmitir uma competência e selecionar os mais competentes tecnicamente –, mascara uma função social clara: a consagração dos detentores estatutários do direito (competência) de dirigir. Essa ‘nobreza de escola’ comporta parte significativa dos herdeiros da antiga ‘nobreza de sangue’, que reconverteram seus títulos nobiliários em títulos escolares, justificados pela meritocracia.

A instituição escolar, assim, contribui para reproduzir tanto a distribuição do ‘capital cultural’ quanto a do próprio espaço social. A reprodução da estrutura da distribuição do ‘capital cultural’ se opera na relação entre as estratégias das famílias e a lógica específica da instituição escolar que outorga, sob a forma de ‘credenciais’, ao capital cultural detido pela família, suas propriedades de posição. Do mesmo modo, milhares de professores aplicam a seus alunos categorias de percepção e de análise que serão por eles introjetados e interferirão, futuramente, em suas próprias ações sociais. Dentre essas categorias, temos, por exemplo, o binômio ‘aluno brilhante/aluno apagado’.

Entretanto, a ordem social que assegura o modo de reprodução da componente escolar tem sofrido graus de tensão consideráveis nas últimas décadas do século XX com a superprodução de diplomados e a conseqüente desvalorização dos diplomas e das próprias posições universitárias, que se multiplicaram sem a abertura de novas carreiras em proporção equivalente.

O ‘capital cultural’ pode existir sob três formas: incorporado, objetivado e institucionalizado. Na primeira modalidade, o ‘capital cultural’ supõe um processo de interiorização nos marcos do processo de ensino e aprendizagem, que implica, pois, um investimento de tempo. Desse modo, o ‘capital cultural incorporado’ constitui-se parte integrante da pessoa, não podendo, justamente por isso, ser trocado instantaneamente, tendo em vista que está vinculado à singularidade até mesmo biológica do indivíduo. Nesse sentido, está sujeito a uma transmissão hereditária que se produz sempre de forma quase imperceptível. Segundo Bourdieu (1997, p. 86),

acumulação de capital cultural desde a mais tenra infância – pressuposto de uma apropriação rápida e sem esforço de todo tipo de capacidades úteis – só ocorre sem demora ou perda de tempo, naquelas



famílias possuidoras de um capital cultural tão sólido que fazem com que todo o período de socialização seja, ao mesmo tempo, acumulação. Por consequência, a transmissão do capital cultural é, sem dúvida, a mais dissimulada forma de transmissão hereditária de capital.

Já o ‘capital cultural objetivado’, diversamente do anterior, é materialmente transferível a partir de um suporte físico, ficando claro tratar-se da transferência de uma propriedade legal, posto estar diretamente relacionada com o capital cultural incorporado, ou melhor, com as capacidades culturais que permitem o desfrute de bens culturais. Logo, o ‘capital cultural’ objetivado pode ser apropriado tanto materialmente (capital econômico) quanto simbolicamente (obra de arte, capital cultural). Por último, tem-se o ‘capital cultural institucionalizado’ que alude à objetivação do ‘capital cultural incorporado’ sob a forma de títulos que estão, simultaneamente, garantidos e sancionados legalmente. Por meio do título escolar ou acadêmico, outorga-se reconhecimento institucional ao ‘capital cultural’ possuído por uma determinada pessoa.

Uma vez admitido, a partir de Bourdieu, que nenhum tipo de dominação se sustenta sem fazer-se reconhecer, conseguindo que as bases ar-

bitrárias sobre as quais se assenta sejam irreconhecíveis enquanto tais, é possível afirmar que o autor fornece instrumentos – articulando conceitos como o de ‘capital cultural’, dentre outros – fundamentais para explicar a especificidade e a força do poder simbólico, isto é, a capacidade que têm os sistemas de sentido e significação de proteger e reforçar as relações de opressão e de exploração, ocultando-as sob o manto ora da natureza, ora da benevolência, ora da meritocracia. Segundo alguns autores, a sociologia de Bourdieu é uma “economia política da violência simbólica”, desvendando os mecanismos de imposição e inculcação dos instrumentos de conhecimento e de construção da realidade que estão a ela submetidos, sem assim serem percebidos.

Semelhantes categorias explicativas da vida social não possuem uma validade circunscrita apenas ao âmbito dos espaços nacionais. Hoje, mais do que nunca, o imperialismo cultural se apóia no poder de universalizar particularismos ligados a uma tradição histórica singular – estadunidense -, sem serem assim reconhecidos. Opera-se uma espécie de ‘neutralização’ da história, decorrente da própria circulação internacional de textos, bem como do esquecimento relativo das

conjunturas históricas nas quais eles mesmos foram produzidos. Essa universalização aparente é ratificada pelo trabalho de ‘teorização’, espécie de axiomatização fictícia, destinada a criar a ilusão de uma ‘gênese pura’ e ‘única’ mediante um receituário de definições prévias. Assim, planetarizados no sentido estritamente geográfico e desparticularizados pelo efeito da falsa ruptura derivada da conceitualização, os lugares-comuns da atual vulgata globalitária – reforçados pela mídia – chegam a fazer esquecer que eles próprios se originaram em realidades sociais complexas e controversas, historicamente determinadas.

Por certo se está falando da hegemonia que a produção norte-americana exerce sobre o mercado intelectual mundial e, quanto a isto, deve-se considerar o papel daqueles que se colocam como ‘pontas de lança’ das estratégias de importação-exportação conceitual, mistificações que transportam a parte oculta dos próprios bens culturais que colocam em circulação. No pensamento de Bourdieu, são esses ‘transportadores’ que, no seio de cada campo intelectual nacional, arvoram-se em ‘especialistas’ supostamente capazes de reformular – em termos alienados – questões as mais diversas, dentre elas, a dos sistemas de ensino.

Trata-se de importadores que produzem, reproduzem e fazem circular uma série de falsos problemas, disso extraíndo benefícios simbólicos e mesmo materiais. Se é fato que essa tendência à des-historicização é um dos fatores que contribui para a desrealização e a falsa universalização, é também claro que somente uma efetiva história da gênese das idéias sobre o mundo social juntamente a uma análise dos mecanismos sociais da circulação internacional dessas mesmas idéias podem equipar os cientistas sociais para combatê-las.

Do mesmo modo como ocorreu com o conceito de capital social, no início dos anos 2000, os organismos internacionais, notadamente a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), ressignificaram o conceito de ‘capital cultural’, para incorporá-lo à sua estratégia de desenvolvimento social para o século que se inicia. Como parte relevante do capital social (ver verbete Capital Social), o ‘capital cultural’ adquire importância fundamental na redefinição do papel econômico e de legitimação social do Estado contemporâneo. Na América Latina, perante a constatação do aumento da miséria e dos consequentes riscos à paz social na região, o conceito foi introduzido pelos organis-





mos internacionais e pelos governos nacionais como elemento definidor das políticas sociais, com vistas a aliviar a pobreza e fortalecer a coesão social. O conceito de ‘capital cultural’, nessa nova versão, vem sendo difundido na região pelos trabalhos de Bernardo Kliksberg, assessor de diversos organismos internacionais (ONU, OEA, BID, Unesco) e diretor do Projeto da Organização das Nações Unidas para a América Latina de Modernização do Estado e Gerência Social.

O ‘capital cultural’, conceito em construção, é o conjunto de elementos da cultura popular utilizados como ingredientes da política social para fortalecer a autoconfiança dos despossuídos, desenvolver valores de uma nova cultura cívica baseada na colaboração de classes e na ética da responsabilidade coletiva, contribuir para o desenvolvimento econômico e a coesão social. Desta perspectiva, a revalorização da cultura dos pobres passa a se constituir em importante instrumento de construção de práticas democráticas baseadas no associativismo comunitário, potencializando energia social criativa. Assim, a despeito da pobreza material, os pobres latino-americanos se transmutariam em ricos de espírito, constituindo-se em reservatório da cultura nacional. O ‘capital cul-

tural’, segundo esta formulação, pode desempenhar uma função integradora, atracente e concreta para os jovens que se encontram fora do mercado de trabalho e do sistema educacional.

A noção de ‘capital cultural’ visa, portanto, conservar as relações sociais capitalistas, construindo uma nova sociabilidade a partir da redefinição da relação entre Estado e sociedade civil, apontando para uma ‘ação integrada’ entre essas duas esferas.

Segundo seus formuladores, o ‘capital cultural’ contribui, assim, para a formação da ética da responsabilidade coletiva, para o fortalecimento da subjetividade, e consubstancia-se em uma estratégia de recomposição da cidadania perdida pelo aumento da desigualdade, a partir de práticas democráticas baseadas no voluntariado, na ajuda mútua e na concertação social.

O desenvolvimento de políticas sociais na América Latina e no Brasil nos anos 2000, inspiradas na utilização combinada dos conceitos de capital social e de ‘capital cultural’ nessa nova versão, vem-se configurando como instrumento de apassivamento dos movimentos sociais, pela conversão da sociedade civil de espaço de confronto a espaço de colaboração. As políticas sociais que têm nesses conceitos sua diretriz teórica são executadas

pelos órgãos governamentais e também pelos variados aparelhos privados de hegemonia na sociedade civil, notadamente, os empresários nacionais e transnacionais, as igrejas e, até mesmo, parcelas da classe trabalhadora.

#### Para saber mais:

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial, 1997: o Estado num mundo em transformação*. Washington, 1997.

BOURDIEU, P. *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BOURDIEU, P. *Capital Cultural, Escuela y Espacio Social*. México: Siglo Veinteuno, 1997.

ENCREVÉ, P. & LAGRAVE, R.-M. (Coords.) *Trabalhar com Bourdieu*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

FONTES, V. A sociedade civil no Brasil contemporâneo: lutas sociais e luta teórica na década de 1980. In: LIMA, J. C. & NEVES, L. (Orgs.) *Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

GARRISON, J. W. *Do Confronto à Colaboração: relações entre a sociedade civil, o governo e o Banco Mundial no Brasil*. Brasília: Banco Mundial, 2000.

KLIKSBERG, B. *Falácias e Mitos do Desenvolvimento Social*. São Paulo/Brasília: Cortez/Unesco, 2001.

WACQUANT, L. (Coord.) *El Misterio del Ministerio: Pierre Bourdieu y la política democrática*. Barcelona: Gedisa, 2005.

## CAPITAL HUMANO

Gaudêncio Frigotto

A forma mediante a qual o ser humano busca significar ou representar a realidade da qual faz parte traduz-se pela mediação de conceitos, categorias, noções ou simplesmente vocábulos. O pensamento não cria a realidade como entendia Hegel, mas, pelo contrário, este é o modo mediante o qual os seres humanos buscam

apreendê-la e explicitá-la (Marx, 1983, p. 218-229; Kosik, 1986, p. 9-32).

O grau de implicação do ser humano é diverso quando busca explicar os fenômenos da natureza ou os fenômenos sociais ou humanos – respectivamente, ‘sociedade das coisas’ e ‘sociedade dos homens’, como as denominou Gramsci (1978). Em ambos os



casos, trata-se de um conhecimento histórico e, portanto, sempre relativo. Todavia, a implicação dos seres humanos no segundo caso é de natureza diferente por duas razões fundamentais: em primeiro lugar porque tratam da realidade por eles produzida e aparecem, portanto, ao mesmo tempo como sujeito e objeto e, em segundo lugar, porque até o presente as sociedades humanas vêm cindidas em classes sociais – vale dizer, portadoras de interesses antagônicos. Por isso, como evidencia Marx (1977), os pensamentos dominantes historicamente foram os das classes dominantes. Por esta condição histórica, os processos de conhecimento, consciente ou inconscientemente, carregam a origem de classe e, enquanto tais, não são neutros (Lowy, 1978, p. 9-34).

A noção de ‘capital humano’, que se afirma na literatura econômica na década de 1950, e, mais tarde, nas décadas de 1960 e 1970, no campo educacional, a tal ponto de se criar um campo disciplinar – economia (política) da educação –, explicita de forma exemplar as duas razões anteriormente expostas sobre a especificidade do conhecimento nas ciências sociais e humanas. Trata-se de uma noção que os intelectuais da burguesia mundial produziram para explicar o fenômeno

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

A não explicitação dos fundamentos reais da desigualdade social não decorre de uma atitude premeditada ou maquiavélica dos intelectuais da burguesia, mas do caráter de classe, de sua forma de analisar a realidade social. Ou seja, presos às representações capitalistas, como nos assinala Marx em diferentes passagens de sua obra, os economistas e intelectuais burgueses percebem como se produz dentro da relação capitalista, mas não como se produz esta própria relação. Por isso, as abordagens, como veremos a seguir, são de caráter funcionalista, fragmentário, pragmático e circular.

Com efeito, como explica o economista Theodoro Schultz (1962), a noção ou conceito de ‘capital humano’ por ele elaborado surgiu nos anos de 1956-57 no Centro de Estudos Avançados das Ciências do Compor-

tamento face à sua perplexidade ante os fatos de que os conceitos por ele utilizados para avaliar capital e trabalho estavam se revelando inadequados para explicar os acréscimos que vinham ocorrendo na produção. Em contrapartida, sinaliza Schultz, percebia que muitas pessoas nos Estados Unidos estavam investindo fortemente em si mesmas, que estes investimentos tinham significativa influência sobre o crescimento econômico, que o investimento básico em si mesmas era um ‘capital humano’ e que aquilo que constituía basicamente este capital era o investimento na educação. O outro elemento constitutivo do ‘capital humano’ é o investimento em saúde.

Foi a partir dessas observações que Schultz se dedicou à elaboração mais sistemática deste conceito expondo-a na obra cujo título é *Capital Humano* (Schultz, 1973). Partindo do pressuposto de que o componente da produção que decorre da instrução é um investimento em habilidades e conhecimentos que aumenta as rendas futuras semelhante a qualquer outro investimento em bens de produção, Schultz define o ‘capital humano’ como o montante de investimento que uma nação ou indivíduos fazem na expectativa de retornos adicionais futuros.

Por essa via, Schultz pretendeu tirar da economia neoclássica o enigma que não conseguia explicar o agravamento da desigualdade entre nações e entre indivíduos e grupos sociais. Estava oferecendo, pois, aos intelectuais pesquisadores e à classe burguesa no seu conjunto, um novo ‘fator’, que, somado aos demais representaria a solução do enigma do maior ou menor desenvolvimento entre nações e maior ou menor mobilidade social entre indivíduos. A concessão do prêmio Nobel de Economia em 1979 pela elaboração deste conceito, a despeito das polêmicas internas dos economistas burgueses, é um claro reconhecimento de que o mesmo expressa a visão legítima de classe para explicar a desigualdade econômica e social entre países e entre indivíduos.

O fator H (capital humano) passou a compor a função de produção da teoria econômica marginalista para explicar os diferenciais de desenvolvimento entre países e entre indivíduos. Assim, a variação de desenvolvimento maior ou menor entre países ou a mobilidade social dos indivíduos que antes eram explicados por A (nível de tecnologia), K (insumos de capital) e L (insumos de mão-de-obra) agora recebia um novo fator H como potenciador do fator L. Países que in-



vestissem mais no fator H teriam a chave para sair de sua condição de sub-desenvolvidos para desenvolvidos, e os indivíduos teriam maiores rendimentos futuros e ascensão social. A fórmula permitia, por outro lado, trabalhar dentro de técnicas quantitativas, elemento crucial, na concepção positivista e funcionalista, para que o conhecimento possa ser considerado neutro e científico.

A teoria marginalista é assim denominada porque supõe que havendo um incremento adicional (marginal) de um dos insumos haverá um rendimento e um retorno adicional futuro. O fator H - composto por habilidades, conhecimentos, atitudes, valores - constitui, para Shultz, o insumo adicional gerador de um diferencial no desenvolvimento entre os países. Como método de análise comparativa entre países, Schultz tomou o PIB (Produto Interno Bruto) como medida de desenvolvimento econômico e a escolaridade básica como medida do capital humano. As críticas internas das análises macroeconômicas devido não à discordância de concepção, mas às dificuldades de dados e sua consistência conduziram muitos economistas a preferirem as abordagens microeconômicas. Nestas abordagens os retornos do investimento que permitem

mobilidade individual ou de grupos específicos são mensurados pelas taxas de retorno das escolhas nos tipos e níveis de escolaridade (Becker, 1964; Blaug, 1972).

Quais são os elementos que nos permitem sustentar que a noção ou conceito de ‘capital humano’ resulta de uma representação ou limite de classe dos economistas e intelectuais burgueses que os conduzem a perceber como se produzem, dentro da relação capitalista, as disfunções, disparidades e, até mesmo as desigualdades, mas não como se produz esta própria relação, e que, como consequência, tornam sua análise circular e reducionista?

O primeiro e principal elemento que orienta e falseia os demais é o pressuposto da concepção liberal de natureza e comportamento humano que fundamenta a ciência econômica, social e política burguesa. Para o pensamento liberal, todos os indivíduos nascem com as mesmas predisposições naturais demarcadas pela busca racional do que é agradável e útil. Todos, portanto, aparecem no mercado em iguais condições de escolha individual. Trata-se de um homem econômico racional, “filho[s] do iluminismo e, portanto um individualista em busca do proveito próprio” (Hollis & Nell, 1969, p. 39). Todavia, como todos por natureza tendem ao

mesmo, “o ótimo de cada um, racionalmente calculado a longo prazo, constitui para o ótimo de longo prazo para todos. O cálculo é a maximização da utilidade” (Hollis & Nell, 1969, p. 8).

O que esta concepção de natureza humana com igualdade e liberdade individual de escolha não revela, ao contrário, mascara, é o processo histórico assimétrico que produziu proprietários privados de meios e instrumentos de produção – detentores de capital, classe capitalista – e trabalhadores cuja mercadoria que dispõem para vender ou trocar no mercado é sua força de trabalho. Da mesma forma, esta concepção ignora o processo histórico desigual na constituição das diferentes nações. Uma análise, portanto, que não reconhece as relações de poder e de dominação e violência ao longo da história e se afirma no pressuposto falso de uma natureza humana abstrata na qual cada indivíduo, independentemente de origem e classe social, faz suas escolhas em ‘iguais condições’. Por essa via efetiva-se, ao mesmo tempo, um reducionismo da concepção de ser humano, trabalho, sociedade, educação e história, de sínteses complexas de relações sociais a fatores.

O pressuposto epistemológico que sustenta esta forma de análise é o que Kosik (1986) denominou metafísica da

cultura, ou a concepção do fator econômico. Trata-se da concepção de que a sociedade se constitui por um conjunto de fatores cuja soma nos dá a compreensão da totalidade. Ora um, ora outro fator (o econômico, o político, o cultural, o educacional etc) é utilizado, *ad hoc*, para explicar o comportamento social. Daí resulta que as explicações acabam sendo circulares. Com efeito, as análises de correlação e de taxa de retorno permitem concluir que existe relação, mas não o que determina a relação. Por isso que a teoria do ‘capital humano’ não consegue responder à questão: os países subdesenvolvidos e os indivíduos pobres e de baixa renda assim o são porque têm pouca escolaridade ou têm pouca escolaridade porque são subdesenvolvidos e pobres? Somente uma análise histórica da escravidão, do colonialismo e do imperialismo, por um lado, nos evidenciaria que os países que têm menos escolaridade são aqueles que foram submetidos a um ou a todos estes processos. Por outro lado, quando examinamos quem, no Brasil, por exemplo, é analfabeto ou não atingiu mais que quatro anos de escolaridade, vemos que é a grande massa de trabalhadores de baixa renda.

Daí que uma análise histórica nos permite afirmar exatamente ao contrário da ‘teoria do capital humano’: a



baixa escolaridade nos países pobres deve-se a um reiterado processo histórico de colonização, relações imperialistas e de dependência mantidas por uma aliança de classe entre os países centro-hegemônicos do capital e da periferia. E o acesso desigual e a um conhecimento desigual para os filhos da classe trabalhadora, igualmente, deve-se a uma desigualdade estrutural de renda e de condição de classe.

Por fim, fica evidenciado o caráter limitado da noção ou conceito de ‘capital humano’ pela necessidade de redefini-lo em face do fato de que, paradoxalmente, inversamente à tendência universal do aumento da escolaridade, há um recrudescimento no desemprego estrutural, precarização do trabalho com perda de direitos e, especialmente, em países dependentes como o Brasil, oferta de empregos que exige trabalho simples e oferece uma baixíssima remuneração. Com o agravamento da desigualdade no capitalismo contemporâneo, a noção de ‘capital humano’ vem sendo redefinida e ressignificada pelas noções de sociedade do conhecimento, qualidade total, pedagogia das competências e empregabilidade (Frigotto & Frigotto, 2005; Ramos, 2006). Essas noções acabam por atribuir aos indi-

víduos, no bom credo da liberdade de escolha individual, a responsabilidade por seu desemprego ou subemprego: “Não sou empregável porque não escolhi um curso que desenvolveu as competências reconhecidas e de ‘qualidade total’”!

A conclusão a que podemos chegar, como analisa Finkel (1977) é a de que ‘capital humano’ é um conceito ou noção ideológica construída para manter intactos os interesses da classe detentora do capital e esconder a exploração do trabalhador. Uma noção que não só não explica, mas sobretudo mascara as determinações da desigualdade entre nações e entre indivíduos e grupos e classes sociais. Sua crítica, como a das noções de qualidade total, sociedade do conhecimento, pedagogia das competências e empregabilidade, se coloca como tarefa teórica e ético-política imprescindível para aqueles que estão empenhados na superação das relações sociais capitalistas.

### Para saber mais:

BECKER, G. S. *Human Capital: a theoretical and empirical analysis, with special reference to education*. New York: Columbia University Press, 1964.

BLAUG, M. *An Introduction to the Economics of Education*. New York, s.n., 1972.

BOWLES, S. & GINTIS, H. The problem with de human capital theory: a marxisme critique. *American Economic Review*, may 1975.

CARNOY, M. *Schooling in a Corporate Society: the political economy of education in American*. New York: McKay, 1972.

DREEBEN, R. *On What is Learning in School*. Massachusetts: Addison-Wesley Pub. Co., 1968.

FINKEL, S. Capital humano: conceito ideológico. In: LABARCA, G. et al. (Orgs.) *La Educación Burguesa*. México: Nueva Imagen, 1977.

FRIGOTTO, G. *A Produtividade da Escola Improdutiva*. 7.ed. São Paulo: Editora Cortez, 2006.

FRIGOTTO, G. & FRIGOTTO, G. Delírios da razão: crise do capital e metamorfose conceitual no campo educacional. In: GENTILI, P. (Org.) *A Pedagogia da Exclusão*. 12.ed. Petrópolis, 2005.

GRAMSCI, A. *Concepção Dialética da História*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

HOLLIS, M. & NELL, R. J. *O Homem Econômico Racional*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1969.

KOSIK, K. *Dialética do Concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

LOWY, M. *Método Dialético e Teoria Política*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

MARX, K. *A Ideologia Alemã*. São Paulo: Editorial Grijalbo, 1977.

MARX, K. *Contribuição à Crítica da Economia Política*. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1983.

PARSONS, T. The school class as a social system: some functions in American Society. In: PAULANI, L. M. *Modernidade e Discurso Econômico*. São Paulo: Boitempo, 2005.

RAMOS, M. N. *Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?* 3.ed. São Paulo: Editora Cortez, 2006.

SCHULTZ, T. *O Valor Econômico da Educação*. Rio de Janeiro: Zahar, 1962.

SCHULTZ, T. *Capital Humano*. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

## CAPITAL INTELECTUAL

*Aparecida de Fátima Tiradentes dos Santos*

**S**urgida no contexto da reestruturação produtiva e do neoliberalismo, a Teoria do Capital Intelectual caracteriza-se pela afirmação de que

o conhecimento é o principal fator de produção da era contemporânea.

“A informação e o conhecimento são as armas nucleares da nossa era”





(Stewart, 1998, p. 13). A partir desse argumento, considera-se que o esforço das organizações deve voltar-se para a produção e gestão desse componente da cadeia de valor. Uma das consequências seria a legitimação da intensificação do controle do capital sobre a formação dos trabalhadores.

Com as atuais modalidades de gestão do trabalho, nomeadas de modo genérico como modelo japonês, toyotismo ou modelo de acumulação flexível, habilidades como facilidade para o trabalho em equipe e polivalência seriam fundamentais para que o conhecimento se constituísse como parte da estrutura da organização. Daí representarem requisito exigido da força de trabalho no discurso hegemônico.

Autores como Nonaka e Takeuchi (1997), Sveiby (2001) e Stewart (1998), destacam a importância do conhecimento tácito como elemento estratégico na composição do capital intelectual, considerado em seus trabalhos como o principal ativo das organizações.

O conhecimento tornou-se o principal ingrediente do que produzimos, fazemos, compramos e vendemos. Resultado: administrá-lo – encontrar e estimular o capital intelectual, armazená-lo, vendê-lo e

compartilhá-lo – tornou-se a tarefa econômica mais importante dos indivíduos, das empresas e dos países. (...) O capital intelectual constitui a matéria intelectual – conhecimento, informação, propriedade intelectual, experiência – que pode ser utilizada para gerar riqueza (...)

Uma vez que o descobrimos e exploramos, somos vitoriosos. (...) A gerência dos ativos intelectuais se tornou a tarefa mais importante dos negócios porque o conhecimento tornou-se o fator mais importante da produção. (...) O capital Intelectual é a soma do conhecimento de todos em uma empresa, o que lhe proporciona vantagem competitiva: (Stewart, p. 11-23).

Segundo esse mesmo autor, o capital intelectual compõe-se de: Capital Humano; Capital Estrutural; e Capital de Marca (também chamado capital-cliente).

Capital humano diz respeito à dimensão individual da parcela de conhecimento pertencente ao trabalhador; esta dimensão não mais é considerada suficiente para assegurar a reprodução do capital, além de representar risco de depreciação, visto que permanece sob a posse do trabalhador. Ainda na Teoria do Capital Humano, seus autores manifestavam preocupação quanto ao risco de se manter, sob a propriedade individual do trabalhador, um fa-

tor de produção estratégico como o conhecimento. Alertavam, por isso, para a necessidade de se cuidar para que se preservasse ao máximo a vida útil do trabalhador, diminuindo sua taxa de depreciação.

Já o capital estrutural designa a mudança de posse do conhecimento da esfera individual para a esfera organizacional. Quando o conhecimento deixa de pertencer à esfera individual (propriedade, portanto, do trabalhador) e passa a pertencer à esfera organizacional, sob a forma de conhecimento coletivo, da equipe ou do ‘time’, passa a ser designado capital estrutural. Esse salto é decisivo para facilitar, ao capital, ofensivas em direção à precarização do trabalho e de eliminação de medidas de proteção à durabilidade da vida útil individual do trabalhador. Não mais portando individualmente um ‘fator produtivo’ considerado fundamental, o conhecimento, não há mais necessidade de preservação de sua vida e saúde. O controle do capital sobre a formação dos trabalhadores encontra na Teoria do Capital Intelectual mais um argumento.

Além do conhecimento explícito, faz parte da composição do capital intelectual o conhecimento tácito. A expropriação do conhecimento tácito do trabalhador encontra sua materia-

lização no domínio do capital estrutural, em que o conhecimento portado pelo indivíduo, objeto da Teoria do Capital Humano, passa a pertencer à organização, sob a forma de conhecimento da equipe. Técnicas como o *kaizen* (soluções de melhorias contínuas oferecidas pelos próprios trabalhadores por meio de métodos de gestão participativos oriundos do modelo japonês) favorecem a expropriação, objetivação, padronização e reapropriação, pelo capital, do conhecimento tácito. É o momento da passagem do conhecimento como atributo individual do trabalhador a conhecimento como atributo da equipe. Como a equipe se constitui como uma instância da organização, compondo a dimensão do capital intelectual conhecida como capital estrutural, aprofunda-se o fenômeno da subsunção do trabalho ao capital.

Quanto ao terceiro elemento, o capital de marca ou capital-cliente, trata-se da imagem da organização na sociedade, no mercado. A rede de associações positivas entre a marca e seus significados ultrapassa os atributos da mercadoria-produto e alcança a dimensão da mercadoria como valor social.

Ações de ‘responsabilidade social’, como parte das estratégias de marketing, constituem o terreno para



a acumulação do chamado ‘capital de marca’, representando elemento contábil não somente no que diz respeito a possíveis isenções fiscais, como, sobretudo, nos ganhos de imagem.

Na Teoria do Capital Intelectual, difundida no contexto do chamado Estado mínimo neoliberal, o capital assume para si a função de dirigente de projetos educacionais formais e não-formais, de modo diverso do contexto gerador da Teoria do Capital Humano, no qual o capital ainda se propunha a utilizar-se do Estado para a execução de seu projeto de formação dos trabalhadores (Schultz, 1973). O deslocamento do papel do Estado para o empresariado na direção e execução, e não apenas na formulação ideológica de projetos educacionais, se apresenta com a justificativa da mudança de base técnica do trabalho – substituição do modelo fordista pelo modelo de acumulação flexível –, gerando, segundo o discurso hegemônico, a necessidade de um ‘novo trabalhador’, formado de acordo com o ethos da empresa.

A compreensão da centralidade da questão educacional no discurso do capital nas duas últimas décadas somente se torna possível quando situada no movimento de restauração hegemônica do bloco dominante em

suas múltiplas faces, como a econômica, a política e a técnica. A partir da segunda metade da década de 1980, ainda timidamente, sob o pretexto da crise do fordismo e da implantação de novas bases técnicas do sistema produtivo, o ‘capital intelectual’ (ou sua insuficiência) passa a ser nomeado responsável pelo sucesso ou fracasso no desenvolvimento das forças produtivas. O apelo freqüente à relação determinista entre empregabilidade, eficiência e competitividade denota, nessa formação discursiva, o esforço pela ocultação das outras dimensões do processo produtivo, como a lógica de acumulação e produção de excedente. No novo modelo, divulgado como símbolo de ruptura com o fordismo e toda a sua carga de ‘desumanidade’, faz-se necessário um ‘novo trabalhador’, mais comprometido afetivamente com a organização e com a produtividade, segundo tal formulação, mais humanizada no neofordismo. Não se indaga como será distribuído socialmente o produto de toda a produtividade almejada, entretanto, a campanha pelo engajamento e pela adesão ética do trabalhador aos interesses da empresa é justificada pelo determinismo tecnológico: novas bases técnicas de produção exigem novo perfil profissional e novo modelo de educação, prefe-

rencialmente protagonizado pelo agente mais qualificado para esta tarefa, por ser o principal beneficiário: a empresa.

Na década de 1960, na vigência do Estado de Bem-estar Social, desenvolve-se a Teoria do Capital Humano, formulada por T. Schultz (1973) e posteriormente desenvolvida por Gary Becker, como tentativa de explicar o valor econômico da educação e seus impactos sobre a produtividade. Essa teoria dizia respeito essencialmente aos custos e às taxas de retorno dos investimentos na educação dos trabalhadores.

Na década de 1990, quando já entrava em vigor o modelo neoliberal, desenvolve-se a Teoria do Capital Intelectual. Alega que o conhecimento é fator de produtividade decisivo e central nos novos modelos de produção e de gestão do trabalho. Mais do que a simples retomada de uma elaboração teórica gerada em uma fase da hegemonia do capital em que o Estado cumpria papel mais relevante na execução das políticas sociais (a Teoria do Capital Humano), os apelos educacionais da classe dominante no modelo neoliberal dos últimos anos, no espectro da Teoria do Capital Intelectual, expressam as modificações do próprio papel do estado social no neoliberalismo.

Na época do surgimento da Teoria do Capital Humano, na fase de acu-

mulação marcada pelo Estado de Bem-estar, a relação do capital com o Estado permitia uma aliança com o aparente protagonismo do segundo na elaboração das políticas educacionais. Já a relação entre capital e Estado no neoliberalismo ressalta a campanha de desmoralização e desmonte do Estado, o que, em parte, justifica a extrema ênfase dada pelo capital e seus representantes, os organismos internacionais, ao papel de sua própria classe na formulação e implementação de políticas e práticas educacionais.

Outro fator de distinção entre a Teoria do Capital Humano e a Teoria do Capital Intelectual diz respeito ao antigo problema da inalienabilidade do Capital Humano que preocupava Schultz e seus contemporâneos, que é minimizada com as novas bases técnicas do sistema produtivo, como as novas tecnologias da informação e da comunicação.

Note-se que a sutil mudança de terminologia, de capital humano para capital intelectual representa o avanço da classe hegemônica em seus propósitos de objetivação, expropriação e controle do conhecimento. O humano pode ser inalienável, mas o intelectual pertence à organização. “(...) o que há de novo? Simplesmente o fato da gerência de ativos intelectuais ter se



tornado a tarefa mais importante dos negócios, porque o conhecimento tornou-se o fator mais importante da produção” (Stewart, 1998, p. 17).

De acordo com Nonaka e Takeuchi (1997), novas formas de gerenciamento, que eles associam ao modelo oriental, adotam a exploração do conhecimento tácito e não do explícito, como no modelo ‘ocidental’. É na apropriação do saber tácito que reside o ‘segredo’ da formação e preservação do capital intelectual. Na última década desenvolvem-se no campo da Economia diversas linhas de pesquisa (como na FGV, por exemplo) voltadas para a mensuração das taxas de retorno e da quantificação do impacto do investimento em Capital Intelectual.

Considerar o conhecimento como fator estratégico da produção e ignorar sua própria mercantilização e o controle de sua produção e distribuição de acordo com a divisão internacional do trabalho levaria a uma concepção acrítica da relação capital-trabalho-conhecimento-poder. Além de obscurecer o antagonismo de classes e o problema da propriedade privada dos meios de produção.

### Para saber mais:

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. *Criação de Conhecimento na Empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

SANTOS, A. F. T. dos. Teoria do capital intelectual e teoria do capital humano: Estado, capital e trabalho na política educacional em dois momentos do processo de acumulação. In: Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação. *Anais eletrônicos da 27ª Reunião Anual*. Caxambu: Minas Gerais, 2004. Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes/27/gt09/t095.pdf> Acesso em: 12 de fev. 2007.

SCHULTZ, T. *O Capital Humano*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1973.

STEWART, T. A. *Capital Intelectual – A nova vantagem competitiva das empresas*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

SVEIBY, C. É. *A nova riqueza das organizações*. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

## CAPITAL SOCIAL

*Lúcia Maria Wanderley Neves*

*Marcela Alejandra Pronko*

*Sônia Regina de Mendonça*

O conceito de ‘capital social’ conta com diversas acepções, segundo filiações teórico-metodológicas distintas. A difusão do termo no meio acadêmico é algo recente, tendo adquirido expressão a partir da década de 1980, face à sua larga utilização por parte de sociólogos, antropólogos, economistas, cientistas políticos e planejadores. Seu destaque provém tanto de sua vinculação a conceitos derivados da teoria social quanto de sua associação a disciplinas como a economia, que tem como cerne a idéia de capital.

Tanto ‘capital social’ como capital cultural devem-se imbricar ao marco geral proposto por Pierre Bourdieu, sociólogo francês pioneiro na sistematização do conceito. Dentro desse marco, o conceito de capital, em todas as suas manifestações, constitui a chave para dar conta da estrutura, funcionamento e classificação do mundo social. Assim, o capital pode ser considerado em sua forma econômica (‘capital econômico’) – quando o campo de sua aplicação for o das trocas mercan-

tis, por exemplo, sem que isso implique desconhecer as formas culturais (capital cultural) ou sociais (capital social) de sua aplicação.

Bourdieu (1998, p. 67 – grifos do autor) define o ‘capital social’ como

o conjunto dos recursos reais ou potenciais que estão ligados à posse de uma *rede durável de relações* mais ou menos institucionalizadas de interconhecimento e de inter-reconhecimento mútuos, ou, em outros termos, *à vinculação a um grupo*, como o conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedades comuns (passíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros e por eles mesmos), mas também que são unidos por *ligações* permanentes e úteis.

Como ele próprio assinala, essas ligações não se reduzem às relações objetivas de proximidade no espaço geográfico ou mesmo no espaço econômico e social, posto serem, inseparavelmente, fundadas em trocas materiais e simbólicas e cuja prática supõe o reconhecimento dessa proximidade.



Neste sentido, o *quantum* de ‘capital social’ portado por um dado agente depende da extensão da rede de relações por ele mobilizada, assim como do volume de capital – econômico, cultural ou simbólico – que é exclusivo de outro agente ou grupo de agentes ao qual se encontra vinculado. Logo, o ‘capital social’, apesar de ser irreduzível ao capital econômico e ao capital cultural (ver verbete Capital Cultural) portado por um dado agente, não pode jamais ser visto como independente de ambos, já que as trocas geradoras do inter-reconhecimento pressupõem o reconhecimento de um mínimo de realidade ‘objetiva’. Isto quer dizer que o reconhecimento das diferentes manifestações do capital não deve deixar de lado nem a capacidade de transformação de cada uma delas – ‘a mútua conversibilidade’ entre os diferentes tipos de capital –, nem, sobretudo, a referência última de cada uma delas ao capital econômico. Afinal, são essas propriedades que permitem explicar a reprodução do ‘capital social’ ao longo do tempo e com ela dar conta, em termos globais, de uma economia geral das práticas sociais.

Por certo essa rede de relações não é um dado natural ou “socialmente constituído de uma vez por todas e para sempre” – como no caso da família/

genealogia –, mas sim produto de um trabalho permanente de instauração e manutenção, que produz e reproduz relações duráveis capazes de assegurar ganhos materiais ou simbólicos. O ‘capital social’ está necessariamente associado à noção de ‘estratégias’, já que são elas que constroem a rede de ligações como investimento – consciente ou não – orientado para a reprodução de relações sociais imediatamente utilizáveis. Ou seja, as estratégias destinam-se a transformar relações contingentes – como as de vizinhança, trabalho ou mesmo parentesco – em relações necessárias e eletivas, incluindo-se desde sentimentos de reconhecimento ou respeito até a noção de direitos. E na medida em que a troca torna os ‘objetos’ signos desse reconhecimento mútuo e até mesmo da inclusão no grupo, acaba produzindo o próprio grupo e seus limites. Para Bourdieu, cada membro do grupo encontra-se “instituído como guardião dos limites do grupo”, já que a definição dos critérios de ingresso ao grupo vê-se em jogo a cada nova inclusão de um novo membro.

Assim, a reprodução do ‘capital social’ é tributária de dois fatores. Por um lado, ela é tributária de todas as ‘instituições’ que favorecem as trocas legítimas, gerando ocasiões (cruzeiros, caçadas, saraus etc.), lugares (bairros

chiques, escolas seletas etc.) ou práticas (jogos de sociedade, esportes chiques etc.) que reúnem os indivíduos mais homogêneos do ponto de vista da pertinência ao grupo. Por outro, ela é tributária do trabalho de sociabilidade, por meio do qual se reafirma, incessantemente, o reconhecimento, pressupondo investimento de tempo, esforços e mesmo do capital econômico. O resultado desse trabalho de acumulação do ‘capital social’ será maior quanto mais importante for esse capital, e seu limite é representado pelos detentores de um ‘capital social herdado’.

Na medida em que o ‘capital social’ não conta com instituições que propiciem a concentração nas mãos de um só agente da totalidade do ‘capital social’ que funda a existência do grupo – através da representatividade –, cada agente participa do capital coletivamente possuído, ainda que existam assimetrias entre eles, posto existir, sempre, uma concorrência interna ao grupo pela apropriação do ‘capital social’ produzido. Para circunscrever essas concorrências – leia-se conflitos – a limites que não comprometam a acumulação do ‘capital social’ fundante dos vários grupos, estes regulam entre seus participantes a distribuição do direito de instituir-se delegado do gru-

po. Os mecanismos de delegação/representação impostos como pré-condição da concentração do ‘capital social’ contêm, assim, o que Bourdieu chama de “princípio de desvio do capital que eles fazem existir”.

Por certo, este tipo de capital tanto pode ser utilizado com vistas à ascensão social quanto com vistas à manutenção de uma dada posição. No entanto, o ‘capital social’ acumulado por meio de determinadas estratégias não pode ser facilmente reconvertido por meio de estratégias distintas, já que a mudança destas põe em questão o próprio valor do ‘capital social’. Logo, além de relacionalmente construído e percebido, o ‘capital social’ é sempre ‘potencial’, uma vez que, embora sugira a possibilidade de ser investido, não oferece a certeza da obtenção dos benefícios almejados.

Importa sinalizar que um dado elemento não pode ser definido, *a priori*, como capital cultural ou ‘social’, só podendo ser considerado enquanto tal na medida em que demonstre a obtenção de benefícios. Nesse sentido é que podemos considerar as estratégias educativas de determinados setores como apostas na acumulação potencial de ‘capital social’ e cultural.

Na segunda metade dos anos de 1990, os organismos internacionais





(Banco Mundial, BID, Unesco) ressignificaram o conceito para incorporá-lo à sua estratégia de desenvolvimento social para os anos iniciais do século XXI. O ‘capital social’ adquire nesse contexto importância fundamental na redefinição do papel econômico e de legitimação social do Estado contemporâneo. Na América Latina, perante a constatação do aumento da miséria e dos conseqüentes riscos à paz social na região, o conceito foi introduzido pelos organismos internacionais e pelos governos nacionais como elemento definidor das políticas sociais, com vistas a aliviar a pobreza e fortalecer a coesão social. Inicialmente o conceito de ‘capital social’ nessa nova versão foi formulado nas universidades norte-americanas através dos estudos de James Coleman e Robert Putnam que datam da primeira metade da década de 1990. Essa formulação foi retomada por Anthony Giddens na sua proposta da “nova social democracia” (a terceira via) e posteriormente sistematizada, para a América Latina, por intelectuais orgânicos dos organismos internacionais como Bernardo Kliksberg e Norbert Lechner.

Segundo esta nova formulação, ainda em construção, o ‘capital social’ é o conjunto de elementos da organização social, encarnados em normas e

redes de compromisso cívico, que constitui um pré-requisito para o desenvolvimento econômico assim como para um governo efetivo. São elementos básicos do ‘capital social’ a autoconfiança que gera a confiança social, as normas de reciprocidade (associativismo) e as redes de compromisso cívico (responsabilidade social). Especificamente na América Latina, o conceito de ‘capital social’ é dirigido às comunidades locais e às populações pobres.

A noção de ‘capital social’ visa, portanto, a conservar as relações sociais capitalistas, construindo uma nova sociabilidade a partir da redefinição da relação entre Estado e sociedade civil, apontando para uma ‘ação integrada’, baseada na colaboração, entre essas duas esferas.

Segundo seus formuladores, o ‘capital social’ é, assim, um instrumento para formação da ética da responsabilidade coletiva, de fortalecimento da subjetividade e uma estratégia de recomposição da cidadania perdida pelo aumento da desigualdade, a partir de práticas democráticas baseadas no voluntariado e na concertação social. O ‘capital social’ é, ainda, um componente intangível do desenvolvimento econômico.

O desenvolvimento de políticas sociais na América Latina e no Brasil

nos anos 2000, inspiradas na utilização deste conceito, vem-se constituindo em instrumento de apassivamento dos movimentos sociais, pela conversão da sociedade civil de espaço de confronto a espaço de colaboração. Elas são executadas diretamente pelos órgãos governamentais e indiretamente pelos variados parceiros na sociedade civil, notadamente, os empresários nacionais e transnacionais, as igrejas e, até mesmo, parcelas da classe trabalhadora.

#### Para saber mais:

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial, 1997: o Estado num mundo em transformação*. Washington, 1997.

BOURDIEU, P. *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

BOURDIEU, P. *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BOURDIEU, P. O capital social – notas provisórias. In: CATANI, A. &

NOGUEIRA, M. A. (Orgs.) *Escritos de Educação*. Petrópolis: Vozes, 1998.

FONTES, V. A sociedade civil no Brasil contemporâneo: lutas sociais e luta teórica na década de 1980. In: LIMA, J. C. & NEVES, L. (Orgs.) *Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

GARRISON, J. W. *Do Confronto à Colaboração: relações entre a sociedade civil, o governo e o Banco Mundial no Brasil*. Brasília: Banco Mundial, 2000.

KLIKSBERG, B. *Falácias e Mitos do Desenvolvimento Social*. São Paulo/Brasília: Cortez/Unesco, 2001.

LAHIRE, B. (Dir.) *El Trabajo Sociológico de Pierre Bourdieu – deudas y críticas*. Buenos Aires: Siglo Veinteuno, 2005.

LECHNER, N. Desafíos de un desarrollo humano: individualización y capital social. In: KLIKSBERG, B. & TOMASSINI, L. (Orgs.) *Capital Social y Cultura: claves estratégicas para el desarrollo*. Argentina: BID e Fondo de Cultura Económica de Argentina, S. A., 2000, p. 19-58.

PINTO, L. *Pierre Bourdieu e a Teoria do Mundo Social*. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

## CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS



*Marise Nogueira Ramos*

A ‘certificação de competências’ é um aperfeiçoamento da certificação ocupacional, que surge como um projeto do Centro Interamericano de Investigação e Documentação sobre Formação Profissional da Organização Internacional do Trabalho (Cinterfor/OIT), seguido por diversas iniciativas levadas a cabo em vários países, como resultado do deslocamento do conceito de qualificação para a noção de competência. A idéia central em ambos os casos é distanciar a certificação da concepção acadêmica de credencial, obtida ao concluir estudos com êxito demonstrado por meio de provas, e aproximá-la da descrição de capacidades profissionais reais do trabalhador, independentemente da forma como ele as tenha adquirido. Assim, a ‘certificação de competências’ profissionais pode ser realizada pela instituição de formação profissional em que se tenha cursado programas de formação profissional ou por um organismo criado especialmente para certificar essas competências.

A ‘certificação de competências’ passa a adquirir um valor relacionado

com a chamada ‘empregabilidade’ pelo fato de se referir a competências de base ampla, normalizadas em sistemas que facilitem a transferibilidade dos trabalhadores entre diferentes contextos ocupacionais. Admite-se, também, sob a égide da formação continuada e permanente, que o certificado tenha validade limitada, de modo que o trabalhador deva atualizá-lo permanentemente em face do avanço científico-tecnológico. O certificado de competência é expedido com base em normas de competência (ver verbete Avaliação por Competências). Por se referirem a funções produtivas reais, os certificados podem abranger unidades de competências diferentes, de modo que o trabalhador acumule certificados de sucessivas unidades de competência nas quais tenha demonstrado domínio. Acredita-se que, assim, ele pode incrementar suas possibilidades de promoção e de mobilidade profissional. Dependendo da configuração do sistema, um conjunto de certificados que corresponda à totalidade das unidades de competência, correspondente, por sua vez, a uma função, pode receber

equivalência à respectiva qualificação.

Um sistema de ‘certificação de competências’ pressupõe a atuação em duas dimensões. De um lado, os componentes institucionais; de outro, os componentes técnicos. Os primeiros referem-se aos diferentes sujeitos sociais que cumprem papéis em diversos níveis. Os segundos são as diferentes fases a se desenvolver no processo de certificação.

Os componentes institucionais dividem-se em três níveis: a direção do sistema, o nível executivo setorial e o nível operativo. O nível diretivo gera acordos necessários para estabelecer a estrutura do sistema; isto é, é responsável pela elaboração da base institucional e do referencial legal. Conta com a representação dos trabalhadores e dos setores empresarial e governamental. O nível setorial é de caráter executivo e é conformado pelos empresários e trabalhadores de um setor ocupacional específico. É nesse nível que se processam a investigação das competências e as respectivas normas sobre as quais se certifica. No nível operativo, figuram as instituições dedicadas à certificação e à formação dos candidatos à certificação.

Um sistema dessa natureza pressupõe que as instituições formadoras desenvolvam seus currículos a partir

das normas de competências estabelecidas e institucionalizadas. As entidades certificadoras, por sua vez, encarregam-se de estabelecer que um trabalhador aspirante à certificação é ou não competente. Para isto, desenvolvem os instrumentos de avaliação. Nesse quadro, discute-se sobre a pertinência ou não de a instituição que forma também poder certificar. Algumas visões entendem que isto configura uma maior independência da avaliação e confere à idéia de certificação uma identidade mais clara, separando-a da titulação que se pode obter ao fim de uma ação formativa. Por fim, seria coerente com o princípio segundo o qual a certificação pode ocorrer independentemente de como e onde se aprendeu. Outras visões, particularmente aquelas em que a competência, muito mais do que reconfigurar toda a base da formação profissional, atua como uma nova linguagem entre os sujeitos sociais, consideram que essa separação é inócua, quando não indesejável.

Os componentes técnicos do sistema de certificação são os seguintes: as metodologias de investigação de competências (ver verbete Currículo por Competências), as normas de competências (ver verbete Avaliação por Competências), a formação por competência (ver verbete Currículo por



Competências) e a avaliação das competências. Discute-se, ainda, sobre a validade dos certificados e sua coerência com o quadro formalizado da divisão técnica e social do trabalho, normalmente explicitadas em termos de grades de classificação ou catálogos de ocupações. A implantação de um sistema desse tipo acaba exigindo que se reformule e se atualize essa classificação. Este procedimento pode ser formal e pouco perturbador ou compreender mudanças significativas, tanto no plano operacional quanto conceitual. Neste último caso, pode vir a se materializar nos códigos das profissões e do exercício do trabalho. A noção de competência como ordenadora da gestão do trabalho acaba se concretizando na medida em que consegue promover reconfigurações materiais também nos processos formativos.

No Brasil, a instituição da ‘certificação de competências’ foi introduzida pelo Decreto n. 2.208/97, com finalidades mais voltadas para o sistema educacional do que para as relações de trabalho. A determinação, nesse sentido, exigia que os sistemas federal e estaduais de ensino implementassem, por meio de exames, a ‘certificação de competências’, que possibilitaria tanto a dispensa de disciplinas e módulos em cursos de habili-

tação do ensino técnico quanto a equivalência entre o conjunto de certificados de competência e respectivas disciplinas e/ou módulos que integram uma habilitação, conferindo o diploma correspondente. Tal determinação teve como base o artigo 41 da Lei n. 9.396/96 (LDB), que reconhece a possibilidade de avaliar, reconhecer e certificar, para prosseguimento ou conclusão de estudos, o conhecimento adquirido na educação profissional, inclusive no trabalho. Sob esta ótica, a ‘certificação de competências’ tornase-ia um instrumento a mais na estrutura da educação profissional, mas não eliminaria ou substituiria os títulos relativos às qualificações profissionais.

Argumentos a favor da ‘certificação de competências’ são apresentados em duas perspectivas. Sob a primeira, destaca-se a importância de valorizar a experiência profissional e o autodidatismo dos trabalhadores, considerado como um potencial humano que tem permanecido oculto e que precisa ser adequadamente identificado, avaliado, reconhecido, aproveitado e certificado (Parecer CEB/CNE, n. 17/97). Sob a segunda perspectiva, a ‘certificação de competências’ permitiria tanto um atendimento mais flexível e rápido das necessidades do mercado de trabalho quanto uma constante

atualização de perfis profissionais e respectivas formas de avaliação de competências em face das constantes inovações tecnológicas e organizacionais do mundo do trabalho. Com base nesses argumentos, a ‘certificação de competências’ constituiria mais um instrumento para a democratização da educação profissional, por abrir possibilidades de formação inicial, continuada e técnica de trabalhadores, empregados ou não. A certificação complementar e, em determinados casos, dispensaria, frequência a cursos e programas de educação profissional. Por outro lado, o reconhecimento do saber tácito do trabalhador corresponderia a um direito importante no âmbito da educação de jovens e adultos trabalhadores.

A Resolução CNE/CEB n. 4, de 1999, em seu artigo 16, disciplinou que o MEC, em conjunto aos demais órgãos federais das áreas pertinentes, ouvido o Conselho Nacional de Educação, organizaria um sistema nacional de certificação profissional baseado em competências. Previa, ainda, que desse sistema participariam representantes dos trabalhadores, dos empregadores e da comunidade educacional.

A institucionalização de um sistema de certificação profissional exige um debate aprofundado sobre a ameaça de

este se constituir como um dispositivo não democrático, mas sim excludente para os trabalhadores. De fato, uma das referências teórico-metodológicas de um sistema desta natureza visa gerar novos instrumentos técnicos com uma funcionalidade voltada para resolver problemas de competitividade, oportunidades e hierarquias sociais, desvalorizando os títulos profissionais em nome de competências flexíveis e renováveis permanentemente. Neste caso, a certificação não proporcionaria o reconhecimento dos conhecimentos dos trabalhadores, assegurando-lhes o direito ao acesso ao sistema educacional e à negociação trabalhista a partir de seus saberes. Ao contrário, os certificados corresponderiam a mecanismos de classificação, seleção e exclusão do mercado de trabalho.

### Para saber mais:

BRASIL. CNE/CEB. Resolução n. 04/99. Institui as diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico. Brasília, 1999.

BRASIL. CNE/CEB. Parecer n. 17/97. Dispõe sobre as diretrizes operacionais para a educação profissional de nível técnico. Brasília, 1997.

RAMOS, M. N. *A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001.

## CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL



*Carmen Sylvia Vidigal Moraes*

A reestruturação capitalista das últimas décadas introduziu mudanças que atingiram o conjunto da vida social. As inovações tecnológicas, as novas formas de organização do trabalho e a flexibilização levaram à rede-finição das qualificações, das identidades profissionais, individuais e coletivas. Ao mesmo tempo, o aumento persistente do desemprego e do emprego informal, da precarização/informalização do trabalho aprofundaram a exclusão social.

Nessa conjuntura, a educação e a formação profissional constituem algumas das principais medidas destinadas, em um primeiro momento, a combater as desigualdades entre empresas, produzidas pela competitividade econômica, por meio da adaptação dos trabalhadores às mudanças técnicas e às condições de trabalho; e, em momento posterior, ao atendimento de categorias e grupos de trabalhadores ameaçados pela desqualificação profissional e pelo desemprego.

Estratégias de ‘adequação formação-emprego’, defendidas pelas abordagens econômicas neoclássicas,

marginalistas das teorias do ‘capital humano’ passam a ser dominantes nas recomendações dos organismos internacionais e nas agendas governamentais, as quais difundem programas de formação que visam garantir ‘empregabilidade’, isto é, possibilitar, a cada um, o acréscimo individual de capital humano para sua adaptação às novas condições de trabalho e/ou para o sucesso da empresa. Nessas circunstâncias, a promoção do desenvolvimento das ‘competências’ no trabalho e na formação, assim como sua certificação, constituem elementos-chave da ‘modernização’ econômica e terão amplas implicações na definição e organização das políticas nacionais de educação e formação, no reconhecimento e certificação das atividades profissionais, na oferta dos serviços de formação.

Como indicam documentos da Organização Internacional do Trabalho (OIT), até os anos 70 do século XX, a certificação de conhecimentos aparecia associada à formação, isto é, era expedida no final de um processo de ensino sistemático, após o aluno ter

superado com êxito as provas e exames de avaliação, possuindo legitimidade em todo o país (Cinterfor/OIT, 2006; Pronko, 2005). Será no decorrer da década de 1990 que a temática da ‘formação ao longo da vida’, substituindo o conceito de ‘educação permanente’ (como direito de todos e obrigação do Estado), será introduzida no debate público por algumas organizações internacionais, como a Organização para a Cooperação e a Economia (OCDE), o Banco Mundial e até a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), abrindo espaço para a ‘certificação de competências’.

A noção de competência, que vem substituir a noção de qualificação, afeita ao ‘antigo’ paradigma taylorista, apesar de imprecisa, converge em suas diferentes versões para o significado de *performance*, de desempenho (verificável) em situação de trabalho, independente da forma de aquisição dos conhecimentos pelo trabalhador. Em alguns países, como é o caso da Inglaterra, sua adoção significou a passagem para um regime referenciado no mercado e a extinção do modelo fundado sobre a ‘negociação social’, isto é, de todas as instâncias públicas de participação social destinadas à definição das políticas

públicas de educação e qualificação profissional, e o fim dos acordos entre empregadores e empregados em matéria de aprendizagem. Na França, segmento expressivo da representação dos trabalhadores deste país vem criticando essa modalidade de validação por tentar destruir o conceito de qualificação, reduzir os diplomas a um conglomerado de conhecimentos elementares, fazendo desaparecer a noção de quadros de classificação construídos coletivamente a partir dos níveis de formação profissional. Os trabalhadores apontam o enfraquecimento dos processos de negociação, o afastamento do Estado e o peso crescente dos empregadores na apreciação e reconhecimento das aquisições, cuja única referência é a prática nos ramos profissionais. Enfim, condenam a ruptura da ligação tradicional entre validação e formação, assim como a quebra das regras juridicamente definidas de correspondência entre o diploma escolar e o título/certificado profissional, medidas que, segundo eles, visam satisfazer exigências da flexibilização econômica (Joubier, 1997; Boudet et al., 1998). Em resumo, esta política de certificação de competências tenderia a produzir um rompimento com o sentido universalista das políticas públicas de formação do trabalhador.





Acompanhando os processos de reconversão produtiva, o discurso da ‘competência’ foi introduzido no Brasil e em alguns países da América Latina pelos empresários e também pelos governos, estimulados pelos organismos multilaterais. O processo de institucionalização da noção de competência em nosso país, que lhe conferiu caráter oficial, realizou-se principalmente mediante as reformas educacionais promovidas pelo governo Fernando Henrique Cardoso na Educação Básica, Profissional e Superior, e na Classificação Brasileira das Ocupações (CBO). Coerente com a visão predominante naquele período, no final de 2002, o MEC encaminhou para discussão, no Conselho Nacional de Educação (CNE), o documento “Organização de um Sistema Nacional de Certificação Profissional baseado em Competências”, propondo a criação de um Sistema Nacional de Certificação Profissional baseada em Competências. Apesar de originário do MEC, seu propósito maior consistiu em dar cobertura legal às atividades de ‘certificação profissional’ realizadas fora do âmbito do MEC. Com essa perspectiva, propõe separar, e não apenas distinguir, a certificação escolar (de conhecimentos) da ‘certificação profissional’, entendida como certificação da

pessoa (desempenho), e é omissa em relação à certificação de conhecimentos para fins de continuidade de estudos (Moraes et al., 2003). Tal documento foi retirado do Conselho Nacional de Educação no começo do governo Lula, quando a temática, em novo encaminhamento, passou a ser debatida com representantes dos segmentos sociais.

É importante mencionar que, desde a década de 1980, o Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional/Cinterfor/OIT realizou inúmeros estudos sobre certificação ocupacional visando delinear uma política para a América Latina a respeito da matéria. Na década de 1990, a denominação do tema direcionou-se para as chamadas ‘competências laborais’ (Vargas Zúñiga, 2002). A difusão, no comércio internacional, das exigências de normas ISO, como a série ISO 9000 (qualidade) e a ISO 14000 (ambiental), implicou o desenvolvimento de ações no sentido de vincular o reconhecimento/ certificação de conhecimentos dos trabalhadores à certificação de produtos e processos de trabalho. No Brasil, no âmbito das políticas de qualidade e produtividade, a Lei Federal n. 9933, de 1999, reformula as atribuições do Conselho

Nacional de Metrologia Qualidade Industrial (Conmetro) e do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro), autarquia vinculada ao Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, criado em 1973, autorizando-os a conceder a marca de conformidade a produtos, processos e serviços.

De acordo com o decreto n. 4.630, de 2003, que aprova a estrutura regimental do Inmetro como órgão executivo do Sistema Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial/Sinmetro, é sua finalidade “coordenar a certificação compulsória e voluntária de produtos, de processos, de serviços e a *certificação voluntária* de pessoas” (Anexo I, cap. I, inciso VIII). Este dispositivo delega ao Inmetro a atribuição de realizar o credenciamento de instituições para certificação (voluntária) de pessoal no âmbito das avaliações de qualidade/conformidade, tendo como base os critérios elaborados por organismo privado, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), o que deu origem a interpretações tendenciosas por parte dos defensores da organização de um sistema privado de certificação profissional, os quais viram, no dispositivo, a oportunidade de constituição de tal sistema.

É possível notar, portanto, que houve, na última década, uma ofensiva do empresariado no sentido de criar um sistema de certificação (de competências) que transferisse a responsabilidade do Estado para o setor privado e excluísse a participação negociada com a representação dos trabalhadores. Como resultado, tais políticas de certificação realizam-se hoje de forma isolada, desvinculadas das políticas de educação profissional e de certificação de escolaridade.

Visando intervir nesse quadro político e social complexo, em consonância com o Plano Plurianual 2004-2007 do Governo Lula, a “política pública de qualificação social e profissional” do MTE propõe criar, no país, um marco nacional das qualificações com o objetivo de regulamentar o mercado de formação e de ‘certificação profissional’ existente. Define a ‘qualificação profissional e social’ como direito dos trabalhadores brasileiros, cuja universalização pressupõe o atendimento dos segmentos considerados mais vulneráveis econômica e socialmente, os que apresentam maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho, que têm sido alvo de processos de exclusão e discriminação sociais – como as de gênero e etnia, além das geracionais e de pessoas portadoras de



necessidades especiais (Plano Nacional de Qualificação/PNQ/MTE, 2003 -2004).

O conceito de marco nacional das qualificações, introduzido pela Recomendação 195 da Conferência Internacional do Trabalho da OIT, de 2004, é de uso recente e sua adoção expressa o compromisso da realização de uma política nacional para promover o desenvolvimento, a aplicação e o financiamento de um mecanismo transparente de avaliação, certificação e reconhecimento dos saberes profissionais obtidos por uma pessoa via educação formal ou informal (Cinterfor/OIT, 2006).

Para suprir a ausência de uma política pública nacional de ‘certificação profissional’ de conhecimentos, que normatize e regule experiências, propostas, programas e projetos de ‘certificação profissional’ vinculados aos diversos ministérios, órgãos federais, entidades e segmentos sociais, o MTE, desde 2003, vem desenvolvendo esforços em conjunto com diversos agentes governamentais e sociais, com vistas a organizar institucionalmente a ‘certificação profissional’ como atribuição do Sistema Público de Emprego e articulado aos Sistemas Nacional de Educação. Para tanto, foi instituída, em 2004, a Comissão

Interministerial sobre Qualificação e Educação Profissional, composta pelos Ministérios da Educação, do Trabalho e Emprego, da Saúde, Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, do Ministério do Turismo e pelos Conselhos Nacionais de Educação e do Trabalho, sob a coordenação-geral, exercida alternadamente, do Ministério da Educação e do Ministério do Trabalho e Emprego.

A iniciativa nasce, sobretudo, segundo o Termo de Referência para elaboração de instrumento legal de criação do Sistema Nacional de Certificação Profissional (MTE/OIT, 2004),

da preocupação em criar um marco regulatório integrado que valide os processos de certificação existentes, realizados por instituições públicas ou privadas, no âmbito das relações de trabalho, na relação e equivalência com os diferentes níveis de escolarização e das normas de conformidade, buscando dirimir sobreposições de competências e dispersão de atribuições entre diferentes órgãos governamentais.

No âmbito do MTE, a qualificação social e profissional é definida como uma construção social e, portanto, histórica, ou seja, “como relação social construída pela interação dos agentes sociais do trabalho em torno da propriedade, significado e uso do

conhecimento” (Lima & Lopes, 2005). Dessa maneira, o conceito ressalta a importância de outros contextos socioculturais para além dos espaços de trabalho, e a natureza individual e coletiva da qualificação profissional. Trata-se de um processo de construção/reconstrução contínua de aquisição de saberes, representações, procedimentos necessários para fazer frente às situações e condições de trabalho, em geral suscetíveis de modificação ao longo do tempo e de sociedade para sociedade. Existe, portanto, no processo de construção da qualificação social e profissional, dimensões de ordem psicocomportamental e sociocultural com recortes de gênero, etnia, classe etc. Há dimensões de racionalidade e subjetividade, elementos de construção de identidades (individuais e coletivas).

O Sistema Nacional de Certificação Profissional (SNCP) concebe a ‘certificação profissional’ como “processo negociado pelas representações sociais e regulado pelo Estado”, por meio do qual se “identifica, avalia e valida conhecimentos, habilidades e aptidões profissionais do(a) trabalhador(a) adquiridos na frequência a cursos ou atividades educacionais ou na experiência de trabalho”. Ao contrário do programa de certificação do Inmetro, em que os certificados emitidos

são exclusivamente profissionais, não existindo correspondência com escolaridade, a certificação proposta pelo MTE é considerada como parte do processo de orientação e formação profissional, e não pode “se opor, sobrepor ou substituir” a formação profissional.

No campo da educação escolar, duas novas medidas do MEC convergem com os objetivos propostos pelo MTE. O decreto n. 5154, de 2004, que revogou o decreto n. 2208, de 1997, resgata as bases unitárias do ensino médio, e, em consonância com reivindicações de entidades de educadores e do movimento popular, dispõe sobre a oferta da formação profissional inicial e continuada (a antiga educação profissional básica) em todos os níveis de escolaridade, por meio de itinerários formativos. Introduz, pela primeira vez, a definição de itinerário formativo, considerado como “o conjunto de etapas que compõem a organização da educação profissional em uma determinada área, possibilitando o aproveitamento contínuo e articulado dos estudos” (art. 3.). Tais regulamentações legais foram complementadas pelo decreto 5.840, de 2006, que institui, no âmbito federal, o Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com Educação Básica, na modali-



dade de Educação de Jovens e Adultos/Proeja. Em seu artigo 7, estabelece que as instituições ofertantes poderão “aferir, reconhecer, mediante avaliação individual, conhecimentos e habilidades obtidos em processos formativos extra-escolares”.

Embora esteja prevista no marco nacional de qualificações a elaboração negociada de uma normativa, de um ‘repertório nacional de qualificações’ como base da definição de perfis ocupacionais e de construção de itinerários formativos, isso ainda não foi feito. A elaboração de novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Básica e de uma nova CBO, bem como a construção do repertório nacional de qualificações, de acordo com as atuais orientações políticas, constituem as providências mais urgentes a serem tomadas, respectivamente, pelo MEC e MTE, para fazer avançar, no país, a realização do ideal de uma política pública de formação e ‘certificação profissional’ democrática e emancipatória.

### Para saber mais:

BOUDET. A. et al. Rapport e contextualisation : France. In: CEREQ (Orgs.) *Dispositif d’Observation des Innovations dans le Champ de la Certification, de la*

*Validation et de la Reconnaissance des Qualifications. Rapport Intermediaire.* Marseille: Ministère de l’Éducation Nationale, de l’Enseignement Supérieur et de la Recherche/Ministère des Affaires Sociales, 1998, p. 37-49.

CINTERFOR/OIT. *La Nueva Recomendación 195 de OIT.* Montevideo: Cinterfor, 2006.

INMETRO. (s. d.). *Guia Prático de Certificação de Pessoas.* Sistema Brasileiro de Avaliação da Conformidade. Comissão Técnica de Pessoal.

JOUBIER, J.-M. Formation professionnelle: ouvrir largement le débat. Analyses & documents économiques. *Cahiers du Centre Confédéral d’Études Économiques et Sociales de la CGT*, 71: 4-10, mars, 1997.

LIMA, A. & LOPES, F. *Diálogo Social e Qualificação Profissional: experiências e propostas.* Brasília: TEM/SSPE/DEQ, 2005. (v.1. – Construindo diálogos sociais)

MORAES, C. S. V. & LOPES NETO, S. Educação, formação profissional e certificação de conhecimentos: considerações sobre uma política pública de certificação profissional. In: *Educação e Sociedade*, 26(93): 1435-1469, set.-dez., 2005.

MORAES, C. S. V. et al. Considerações sobre a organização de uma política nacional de certificação profissional. In: *Para discutir Certificação* (Texto Subsídio ao Seminário de Educação Profissional MEC/Semtec/Proep, Brasília, 16 a 18 de junho de 2003)

PRONKO, M. *Recomendación 195 de OIT: cuestiones históricas y actuales*. Montevideo: Cinterfor/OIT, 2005.

RAINBIRD, H. La construction sociale de la qualification. In: JOBERT, A.; MARRY, C. & TANGUY, L. (Orgs.) *Éducation et Travail en Grande-Bretagne, Allemagne et Italie*. Paris: Armand Colin, 1995.

VARGAS ZÚÑIGA, F. *Clasificaciones de ocupaciones, competencias y formación*

*profesional: ¿paralelismo o convergencia?* (Documento de discussão no Seminário Internacional “Mercado de Trabalho e Dinâmica Ocupacional”, organizado pelo Senai-DN em Belo Horizonte/MG, junho de 2002). Disponível em: <<http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/sala/vargas/clasific/index.htm>>.

## COMUNICAÇÃO E SAÚDE

Janine Miranda Cardoso  
Inesita Soares de Araújo

**C**omunicação e Saúde é um termo que indica uma forma específica de ver, entender, atuar e estabelecer vínculos entre estes campos sociais. Distingue-se de outras designações similares, como comunicação *para* a saúde, comunicação *em* saúde e comunicação *na* saúde. Embora as diferenças pareçam tão sutis que possam ser tomadas como equivalentes, tenhamos em mente que todo ato de nomeação é ideológico, implica posicionamentos, expressa determinadas concepções, privilegia temas e questões, propõe agendas e estratégias próprias.

Como ponto de partida, o conectivo quer acentuar a articulação

entre campos sociais, entendendo campo como um espaço estruturado de relações, no qual forças de desigual poder lutam para transformar ou manter suas posições (Bourdieu, 1989, 1996, 1997). Campos sociais são historicamente constituídos e atualizados em contextos e processos sociais específicos que, ao mesmo tempo, envolvem e extrapolam suas fronteiras, mas sempre movidos por disputas por posições e capitais materiais e simbólicos. Fronteiras porosas por onde transitam agentes, discursos, políticas, teorias e expandem ou contraem relações, capitais, conflitos, enfim, interesses de diferentes ordens.



O termo Comunicação e Saúde, portanto, delimita um território de disputas específicas, embora atravessado e composto por elementos característicos de um, de outro e da formação social mais ampla que os abriga. Trata-se de um campo ainda em formação, mas como os demais constitui um universo multidimensional no qual agentes e instituições desenvolvem estratégias, tecem alianças, antagonismos, negociações. Essa concepção implica colocar em relevo a existência de discursos concorrentes, constituídos por e constituintes de relações de saber e poder, dinâmica que inclui os diferentes enfoques teóricos acerca da comunicação, saúde e suas relações. Contrapõe-se, assim, a perspectivas que reduzem a comunicação a um conjunto de técnicas e meios a serem utilizados de acordo com os objetivos da área da saúde, notadamente para transmitir informações de saúde para a população.

## A formação do campo

O que hoje denominamos Comunicação e Saúde resulta, então, da associação de campos que, embora irreduzíveis um ao outro, possuem um longo histórico comum de agenciamentos. Podemos tomar como marco

a institucionalização das práticas de comunicação, com a criação, em 1923, do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, no interior do Departamento Nacional de Saúde Pública, ainda no contexto do que se tornou conhecido como Reforma Carlos Chagas. O serviço abriu espaço para as atividades que buscavam a adesão da população para as medidas preconizadas pelas autoridades sanitárias, voltadas principalmente para a higiene pessoal e pública, saúde da criança e da mulher gestante. A ascensão do modelo bacteriológico – com a descoberta de agentes patológicos específicos para cada doença e processos de transmissão – contribuiu para a ênfase crescente nas medidas individuais de higiene, enquanto as medidas mais abrangentes sobre as condições socioambientais foram paulatinamente secundarizadas. À época, educar, higienizar e sanear eram as palavras de ordem, profundamente articuladas ao intenso debate sobre o projeto nacional. Isso não significou, contudo, a eliminação das medidas coercitivas, características das campanhas sanitárias do início do século XX, cujas grandes resistências potencializaram vários movimentos, que culminaram na Revolta da Vacina (Cardoso, 2001).

Desde então, atravessando diferentes conjunturas sociais, políticas e

sanitárias e relacionando-se com distintas formas de conceber o processo saúde-doença, a comunicação passou a habitar as atividades de saúde, principalmente relacionadas às ações de prevenção, chamada a lutar contra a ‘ignorância’, espécie de vala comum que passou a receber toda e qualquer resistência às medidas sanitárias.

No entanto, as práticas de comunicação nunca representaram a utilização de instrumentos supostamente neutros, mas expressaram também a convergência entre determinados modelos e concepções de ambos os campos. Assim, no sanitarismo campanhista das primeiras décadas do século XX predominaram as práticas de difusão de medidas de higiene, ancoradas em teorias de comunicação de fundo behaviorista, que estabeleciam uma relação causal e automática entre estímulo e resposta: uma vez exposto a uma mensagem, o indivíduo – o ‘público-alvo’ – reagiria de acordo com os objetivos do emissor. No período entre guerras, com Vargas, o Brasil experimentou uma inédita política de comunicação governamental, importante na tessitura ideológica do *novo* regime, da *nova* nação e do *novo* homem brasileiro. Estimulados pela visão mundial da propaganda como eficaz ferramenta na “gestão governamental das

opiniões” (Lasswell *apud* Mattelart e Mattelart, 1999, p. 37), foram criados diferentes setores de comunicação e educação nos ministérios, inclusive o Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), em 1941, com o objetivo de padronizar metodologias e difundir maciçamente informações sobre questões de saúde.

Após a segunda guerra mundial, no contexto de interiorização do desenvolvimento econômico e de aceleração da urbanização, a comunicação foi chamada a desempenhar um papel estratégico na arrancada desenvolvimentista: criar o ‘clima’ propício para a adoção dos ‘modernos’ padrões da sociedade industrial capitalista. Em plena guerra fria e sob os auspícios de instituições internacionais, esse movimento se deu nos países periféricos na órbita de influência dos EUA, privilegiando as áreas da educação, saúde, agricultura, extensão rural e serviço social. No campo da saúde, duas instituições tiveram destacada atuação: o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942, no âmbito do esforço aliado de guerra, e o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), criado em 1956, com o objetivo de estender o atendimento médico-sanitário de massa em áreas consideradas economicamente estraté-





gicas. Atuavam em regiões geográficas distintas, com metodologias específicas de trabalho e priorizavam diferentes grupos etários, mas ambas investiram na mobilização das comunidades e foram agentes da comunicação para o desenvolvimento que preconizava uma relação causal e mecânica entre os dois termos.

O campo da comunicação não ficou imune, naquele momento, ao intenso processo de produção científica e tecnológica. Na saúde e em outras áreas de intervenção social, repercutiu amplamente o modelo comunicacional inspirado na teoria dos dois fluxos de comunicação, que atribuía um papel fundamental às lideranças comunitárias, consideradas ‘elos-chave’ na busca de maior sintonia entre emissor (autoridades) e receptor (população). Essa foi uma inovação teórica e metodológica significativa na matriz transferencial, que conferiu relevância ao universo cultural e às relações sociais de uma dada comunidade, mediações que tornaram o processo comunicacional menos linear e automático. Não se rompeu, contudo, com a unidirecionalidade e a comunicação continuou a ser vista fundamentalmente como a transmissão de informações de um pólo emissor a um pólo receptor. Essa abordagem encontrou eco,

particularmente no quadro de uma concepção restrita e regulada de participação comunitária, potencializando os enfoques da saúde que privilegiavam os saberes biomédicos e atribuindo às instituições de saúde a exclusividade da fala autorizada. Desde então, várias iniciativas de mobilização comunitária para a agenda sanitária têm lançado mão dos pressupostos desse modelo, que fundamenta algumas características do perfil do agente comunitário de saúde e de seu trabalho.

A década de 60 trouxe vigorosos debates, tanto na saúde como na comunicação, em torno da mudança dos modelos vigentes. Contribuíram bastante para isso as críticas ao viés extensionista, simultâneas à emergência das teses freireanas, que introduziam uma perspectiva histórica, cultural, humanista e dialógica, tornando irrecusável considerar relevantes os saberes e as percepções da população sobre sua própria realidade de saúde. Mas, todo esse movimento, incluindo a forte crítica ao desenvolvimentismo, foi interrompido pelo golpe militar. Durante a ditadura, sob a égide da censura, se dá o investimento concentrado na assistência médico-hospitalar, configurando-se o modelo médico-assistencial privatista. Nele, as atividades preventivas e de saúde pública –

incluindo as de educação e comunicação – foram relegadas a um remoto segundo plano nas ações governamentais. Nas telas da recém-nascida televisão, saúde passou a ser crescentemente associada à compra de bens e serviços oferecidos pelo mercado. Para tanto, o regime militar contou com a notável expansão dos meios de comunicação e a constituição de um sistema complexo de informação e de cultura de massa, em que a televisão passou a ser o principal meio de difusão. No contínuo e progressivo investimento em propaganda no Brasil, o Estado já despontava aí como um dos maiores anunciantes.

Nesse período, o mesmo movimento que buscou silenciar qualquer oposição ao regime militar favoreceu a separação das práticas de comunicação e educação nas instituições de saúde, com a respectiva especialização de atividades e perfis profissionais. Nos ministérios e instituições governamentais foram criadas as coordenadorias de comunicação social e os serviços de informação, estes últimos vinculados ao Serviço Nacional de Informações (SNI). Na saúde, atendendo ao reordenamento da administração pública, segundo as normas de planejamento normativo, os setores de educação para a saúde ficaram vinculados às áreas técnicas de cada programa e

as coordenadorias de comunicação ficaram diretamente ligadas aos gestores, passando a responder pela relação com os órgãos de imprensa.

O contexto de consolidação do modelo de saúde centrado no hospital, na dimensão curativa e na mercantilização da atenção é também o de sofisticação dos modelos da matriz transferencial de comunicação e, de forma mais abrangente, da escalada hegemônica da publicidade. De lá para cá, em escala mundial, se deu a intensificação do desenvolvimento tecnológico, marcadamente de informação e comunicação, com a penetração da televisão e da mídia em todos os setores das sociedades ocidentais, delineando novos padrões de consumo. Tecnologia aqui deve ser entendida em sentido amplo e em suas diversificadas conexões com a economia, cultura, formas de sociabilidade e temporalidades. Alguns autores, considerando a magnitude das mudanças sociais relacionadas à informatização e expansão das redes mundiais de comunicação, têm chamado esse processo de *mediatização da sociedade*, que repercute cada vez mais nas instituições de saúde (Fausto Neto, 2007; Sodré, 2006).

É importante não perder de vista, porém, que os modelos de comunicação não se sucedem de forma cro-



nológica e linear, mas coexistem em diferentes configurações, atravessados por variáveis socioeconômicas e culturais, além daquelas mais afeitas à dinâmica do campo da saúde, como o quadro epidemiológico, as concepções e estratégias de assistência, prevenção e promoção. Por outro lado, embora a matriz transferencial nunca tenha sido seriamente ameaçada no âmbito das instituições e programas de saúde, sempre esteve tensionada por disputas, oposições e propostas contrahegemônicas, em geral inspiradas em Paulo Freire e nas teorias críticas de comunicação (Fiocruz, 1998; 1999).

## Comunicação e SUS

O movimento de reforma sanitária brasileira e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) envolveram e ainda envolvem a reflexão crítica sobre as multifacetadas relações entre saúde e sociedade. O conceito ampliado de saúde e sua inscrição constitucional como direito de cidadania e dever do Estado estabeleceram nítida ancoragem do SUS em um projeto social mais amplo e democrático, comprometido com a superação das desigualdades sociais, com a equidade em saúde e participação social nas políticas e es-

tratégias de saúde. Amplas coordenadas, que estimulam a superação de visões e práticas descontextualizadas e tecnicistas, de forma simultânea à construção de relações mais horizontais no interior das equipes de saúde e destas com a população.

Um conceito de saúde que não mais se define por ausência de doenças, que estabelece vínculos indissolúveis com a democracia e com a qualidade de vida da população, trouxe a dilatação de temas e segmentos envolvidos nas ações e políticas públicas. O campo da comunicação e saúde não ficou imune a esse processo. A partir de meados dos anos 80, a dinâmica e as necessidades manifestas no cotidiano dos serviços, movimentos, conselhos e conferências de saúde, muitas vezes extrapolaram os limites e possibilidades das tradicionais assessorias de imprensa. Ativistas e entidades envolvidos na construção do SUS passaram a reivindicar, simultaneamente, acesso às informações oficiais, às tecnologias de comunicação e mais espaço na mídia para os temas da saúde e do SUS. Lutaram também pelo poder de fala, tradicionalmente concentrado nas instituições e autoridades, recusando a imobilidade de ‘públicos alvo’ ou a posição de *elos* privilegiados de uma cadeia de transmissão unidirecional. Afirmam-

do-se como detentores de uma palavra também *autorizada*, por um tipo específico de capital político que advém da liderança e representatividade social, questionaram as idéias e as práticas de uma participação comunitária restrita e regulada, própria dos discursos desenvolvimentista e populista.

Nesses vinte anos de SUS, com muitos reveses e toda sorte de obstáculos, práticas mais democráticas de comunicação têm emergido, assim como têm sido fortalecidos o ensino e a pesquisa. O enfrentamento da Aids tem sido freqüentemente apontado como exemplo das potencialidades – inovadoras estratégias de mobilização e crítica, diversidade de atores e de articulação em redes em escala planetária –, mas também dos desafios, quando se depara com a ‘indústria da Aids’ e se verifica a escalada da epidemia junto aos segmentos mais vulneráveis socialmente e nas regiões do planeta com menor visibilidade e poder de pressão.

Por outro lado, na maior parte das instituições governamentais e não governamentais, ganha espaço o modelo publicitário e suas variações, nos moldes preconizados pelo neoliberalismo. Discursos, sistemas de nomeação e modelos de atuação se apresentam sucessivamente, propondo abordagens que, se avançam técnica ou

metodologicamente em relação à perspectiva desenvolvimentista, se distanciam da possibilidade de uma comunicação que considere os princípios do SUS, ou mesmo as conquistas das teses freireanas, já remotas no tempo. Assim, por essas abordagens – a do Marketing Social na Saúde é um bom exemplo – o direito à comunicação, como correlato ao direito à saúde, é substituído pelo direito do consumidor, o cidadão passa a ser tratado como ‘cliente’ e os objetivos reeditam a velha fórmula persuasiva para a adoção de hábitos e medidas preconizados pelas instituições de saúde.

Entre as diferentes concepções que movimentam o campo da comunicação e saúde, destacamos aquelas que entendem a comunicação como o permanente e sempre disputado processo de conferir sentido aos eventos, fenômenos, experiências e discursos sobre o mundo e a sociedade. São muitos os desdobramentos desse ponto de vista, entre os quais vale destacar a recusa de um significado pronto e acabado em cada palavra, passível de ser transferido e compreendido pelos ‘receptores’ tal e qual imaginado pelo ‘emissor’. Como propõe Bakhtin (1988, 1992), cada palavra comporta múltiplos sentidos, é habitada por diferentes vozes, configurando uma



polifonia ancorada na alteridade como princípio ontológico, mas também na desigual estrutura social. Nesse enfoque, os diferentes contextos – histórico, econômico, político, institucional, mas também o textual, intertextual, o existencial e o situacional (Araújo e Cardoso, 2007) desempenham papel decisivo nos processos comunicacionais.

Embora não se subestime as assimetrias de toda ordem que caracterizam a desigual sociedade brasileira – na saúde, na comunicação e de forma notória na mídia –, isto não leva a desconsiderar que cada indivíduo, grupo ou instituição transita entre as posições de emissão e recepção, além de agir na circulação social dos discursos. Por essa razão, ao invés de cristalizar as posições, tomamos os participantes de um processo de comunicação como interlocutores, conferindo destaque aos variados lugares que ocupam, nos diferentes contextos e relações de poder dos quais participam. Nessa perspectiva, comunicação é pensada como espaço de desigual concorrência material e simbólica, que compreende não só a instância da produção discursiva, tão exacerbada nas instituições de saúde, mas também as suas condições sociais de circulação e apropriação.

A agenda da Comunicação e Saúde acolhe hoje desafios de diferen-

tes naturezas, mas de igual magnitude, que demandam esforços teóricos políticos e institucionais de caráter intersetorial, de diversos campos do saber – antropologia, sociologia, história, semiologia, estudos culturais etc. – e de diferentes vertentes de estudos da comunicação, tais como a economia política da comunicação, estudos midiáticos e análise de discursos. Entre as prioridades, destacam-se: avançar na produção do conhecimento sobre as complexas relações entre esses dois campos sociais para compreender melhor, entre outros aspectos, a relação entre discurso e mudança social, os processos de midiatização e os dispositivos de biopoder; desenvolver, em profunda articulação com a pesquisa, esforços concentrados para a formação de profissionais com capacidade crítica e para a elaboração de estratégias e políticas públicas de comunicação coerentes com os princípios do SUS; estabelecer a articulação com o movimento pela democratização da comunicação no Brasil, destacando a conquista do direito à comunicação, sem o qual dificilmente se avançará no projeto da reforma sanitária brasileira.

Como se vê, são diferentes e muitas vezes antagônicos os modos de conjugar, na prática e na teoria, comunicação e saúde. Se por um lado per-

cebemos aí a resistência dos modelos hegemônicos e os obstáculos a uma real mudança nas práticas comunicativas, mesmo que desejada, por outro lado temos evidências da vitalidade da sociedade e seus diferentes modos de produzir a realidade.

### Para saber mais:

ARAÚJO, I. *Mercado simbólico: interlocução, luta, poder – um modelo de comunicação para políticas públicas*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

ARAÚJO, I. S. et al. *Promoção da Saúde e Prevenção do HIV/Aids no Município do Rio de Janeiro: uma metodologia de avaliação para políticas e estratégias de comunicação*. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: Cict/Fiocruz, 2003.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BAKHTIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Hucitec, 1988.

\_\_\_\_\_. Os gêneros do discurso. In: *A estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes, p. 277-326, 1992.

BOURDIEU, P. *O Poder Simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.

\_\_\_\_\_. *A Economia das Trocas Linguísticas*. São Paulo: Edusp, 1996.

\_\_\_\_\_. *Razões Práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social*. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006. 156 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Seminário de comunicação, informação e informática em saúde*. Relatório. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2005. 88 p

\_\_\_\_\_. *Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 2004.

CARDOSO, J. M. *Comunicação, saúde e discurso preventivo: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais de Aids veiculadas pela TV (1987-1999)*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

FAUSTO NETO, A. Saúde em uma sociedade midiaticizada. In: *Revista Eco-Pós*, v. 10, n.1, jan-jul. Rio de Janeiro: E-Papers, 198-205, 2007.

\_\_\_\_\_. *Comunicação e Mídia Impressa. Estudo sobre a Aids*. São Paulo: Hacker, 1999.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. *Cadernos de Saúde Pública*. Participação popular e controle de endemias. v. 14, suplemento 2. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1998.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. *Cadernos de Saúde Pública*.



Educação em saúde: novas perspectivas. v. 15, suplemento 2. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1999.

MATTELART, A.; MATTELART, M. *História das Teorias da Comunicação*. São Paulo: Loyola, 1999.

NILO, A. et al. (Orgs.). *Comunicaids: políticas públicas e estratégias para o controle social*. São Paulo: Ágil, 2005.

OLIVEIRA, V. C. Desafios e contradições comunicacionais nos Conselhos de Saúde. In: *Comunicação e Informação em Saúde para o Exercício do Controle Social*. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2006.

PITTA, A. M. da R. (Org.). *Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.

SPINK, M. J. (Org.). *Práticas Discursivas e Produção de Sentido no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999.

SODRÉ, M. *Antropológica do espelho – uma teoria da comunicação linear e em rede*. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006, 268 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Escola de Comunicação. *Revista Eco-Pós*. Dossiê Comunicação e Saúde, v. 10-1, 2007.

WOLF, M. *Teorias da Comunicação*. Lisboa: Presença, 1995.

#### Links:

Conselho Nacional de Saúde (CNS) – <http://conselho.saude.gov.br/> –, onde se pode acessar textos e propostas sobre comunicação no controle social.

Grupo de Trabalho (GT) de Comunicação e Saúde da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Abrasco <[www.abrasco.org.br/grupos/g7.php](http://www.abrasco.org.br/grupos/g7.php)>.

Intervozes – Coletivo Brasil de Comunicação Social – <http://www.intervozes.org.br/>

Observatório do Direito à Comunicação – <http://www.direitoacomunicacao.org.br/novo/>

Revista *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, editada pela Universidade Estadual Paulista (Unesp) e pela Fundação Uni/Botucatu [www.interface.org.br](http://www.interface.org.br)

## CONTROLE SOCIAL

*Maria Valéria Costa Correia*

A expressão ‘controle social’ tem origem na sociologia. De forma geral é empregada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Assim sendo, assegura a conformidade de comportamento dos indivíduos a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados. Mannheim (1971, p. 178) a define como o “conjunto de métodos pelos quais a sociedade influencia o comportamento humano, tendo em vista manter determinada ordem”.

Na teoria política, o significado de ‘controle social’ é ambíguo, podendo ser concebido em sentidos diferentes a partir de concepções de Estado e de sociedade civil distintas. Tanto é empregado para designar o controle do Estado sobre a sociedade quanto para designar o controle da sociedade (ou de setores organizados na sociedade) sobre as ações do Estado.

Nos clássicos da política, expoentes do contratualismo moderno,

Hobbes, Locke e Rousseau, jusnaturalistas cujos fundamentos estão guiados pela razão abstrata – o ponto em comum é o conceito de sociedade civil como sinônimo de sociedade política contraposta ao estado de natureza, em que o Estado é a instância que preserva a organização da sociedade, a partir de um contrato social –, diferem quanto à concepção de ‘contrato social’ que funda o Estado.

Hobbes atribuiu ao Estado poder absoluto de controlar os membros da sociedade, os quais lhe entregariam sua liberdade e se tornariam voluntariamente seus ‘súditos’ para acabar com a guerra de todos contra todos e para garantir a segurança e a posse da propriedade. Locke limitou o poder do Estado à garantia dos direitos naturais à vida, à liberdade e, principalmente, à propriedade. O ‘povo’ – que, para Locke, era a sociedade dos proprietários – mantém o controle sobre o poder supremo civil, que é o legislativo, no sentido de que este cumpre o dever que lhe foi confiado: a defesa e a garantia da propriedade. Em toda a obra





de Rousseau – *O Contrato Social* – passa a idéia do poder pertencente ao povo e/ou sob seu controle. O autor defendeu o governo republicano com legitimidade e sob controle do povo; considerava necessária uma grande vigilância em relação ao executivo, por sua tendência a agir contra a autoridade soberana (povo, vontade geral). Nesta perspectiva, o ‘controle social’ é do povo sobre o Estado para a garantia da soberania popular.

Para algumas análises marxistas, “a burguesia tem no Estado, enquanto órgão de dominação de classe por excelência, o aparato privilegiado no exercício do controle social” (Iamamoto & Carvalho, 1988, p. 108). Na economia capitalista, o Estado tem exercido o ‘controle social’ sobre o conjunto da sociedade em favor dos interesses da classe dominante para garantia do consenso em torno da aceitação da ordem do capital. Esse controle é realizado através da intervenção do Estado sobre os conflitos sociais imanentes da reprodução do capital, implementando políticas sociais para manter a atual ordem, difundindo a ideologia dominante e interferindo no “cotidiano da vida dos indivíduos, reforçando a internalização de normas e comportamentos legitimados socialmente” (Iamamoto & Carvalho, 1988, p. 109).

A partir do referencial teórico do marxista italiano, Gramsci, em que não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, mas uma relação orgânica, pois a oposição real se dá entre as classes sociais, pode-se inferir que o ‘controle social’ acontece na disputa entre essas classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado. Somente a devida análise da correlação de forças entre as mesmas, em cada momento histórico, é que vai avaliar que classe obtém o ‘controle social’ sobre o conjunto da sociedade. Assim, o ‘controle social’ é contraditório – ora é de uma classe, ora é de outra – e está balizado pela referida correlação de forças.

Na perspectiva das classes subalternas, o ‘controle social’ deve se dar no sentido de estas formarem cada vez mais consensos na sociedade civil em torno do seu projeto de classe, passando do momento ‘econômico-corporativo’ ao ‘ético-político’, superando a racionalidade capitalista e tornando-se protagonista da história, efetivando uma ‘reforma intelectual e moral’ vinculada às transformações econômicas. Esta classe deve ter como estratégia o controle das ações do Estado para que este incorpore seus interesses, na medida que tem representado predominantemente os interesses

da classe dominante. Desta forma, o ‘controle social’, na perspectiva das classes subalternas, visa à atuação de setores organizados na sociedade civil que as representam na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes. Neste sentido, o ‘controle social’ envolve a capacidade que as classes subalternas, em luta na sociedade civil, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos seus interesses de classe, tendo em vista a construção de sua hegemonia.

A expressão ‘controle social’ tem sido alvo das discussões e práticas recentes de diversos segmentos da sociedade como sinônimo de participação social nas políticas públicas.

Durante o período da ditadura militar, o ‘controle social’ da classe dominante foi exercido através do Estado autoritário sobre o conjunto da sociedade, por meio de decretos secretos, atos institucionais e repressão. Nesse período, a ausência de interlocução com os setores organizados da sociedade, ou mesmo a proibição da organização ou expressão dos mesmos foi a forma que a classe dominante encontrou para exercer o seu domínio promovendo o fortalecimen-

to do capitalismo na sua forma monopolista. Com o processo de democratização e efervescência política e o ressurgimento dos movimentos sociais contrários aos governos autoritários, criou-se um contraponto entre um Estado ditatorial e uma sociedade civil sedenta por mudanças. Este contexto caracterizou uma pseudodicotomia entre Estado e sociedade civil e uma pseudo-homogeneização desta última como se ela fosse composta unicamente por setores progressistas, ou pelas classes subalternas. A sociedade civil era tratada como a condensação dos setores progressistas contra um Estado autoritário e ditatorial, tornando-se comum falar da necessidade do controle da sociedade civil sobre o Estado (Coutinho, 2002).

No período de democratização do país, em uma conjuntura de mobilização política principalmente na segunda metade da década de 1980, o debate sobre a participação social voltou à tona, com uma dimensão de controle de setores organizados na sociedade civil sobre o Estado. A participação social nas políticas públicas foi concebida na perspectiva do ‘controle social’ no sentido de os setores organizados da sociedade participarem desde as suas formulações – planos, programas e



projetos –, acompanhamento de suas execuções até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade.

A área da saúde foi pioneira neste processo devido à efervescência política que a caracterizou desde o final da década de 1970 e à organização do Movimento da Reforma Sanitária que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura com vistas à mudança do modelo ‘médico-assistencial privatista’ (Mendes, 1994) para um sistema nacional de saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade.

A participação no Sistema Único de Saúde (SUS) na perspectiva do ‘controle social’ foi um dos eixos dos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nessa conferência, a participação em saúde é definida como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde” (Machado, 1987, p. 299). O ‘controle social’ é apontado como um dos princípios alimentadores da reformulação do sistema nacional de saúde e como via imprescindível para a sua democratização. Esta participação foi

institucionalizada na Lei 8.142/90, através das conferências que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo e através dos conselhos – instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores organizados, na sociedade civil e nos demais segmentos (gestores públicos, filantrópicos e privados e trabalhadores da saúde), e que objetivam o ‘controle social’.

Vários autores brasileiros vêm trabalhando a temática do ‘controle social’ no eixo das políticas sociais. Para Carvalho (1995, p. 8), “controle social é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”. Valla (1993) inscreveu o ‘controle social’ dos serviços de saúde em um Estado democrático que vem passando por mudanças no modo de planejar e gerenciar recursos.

Na mesma direção, Barros (1998) trata o ‘controle social’ sobre a ação estatal dentro da perspectiva da democratização dos processos decisórios com vistas à construção da cidadania. Destaca que “ao longo de décadas, os

governos submeteram os objetivos de sua ação aos interesses particulares de alguns grupos dominantes, sem qualquer compromisso com o interesse da coletividade” (Barros, 1998, p. 31). Neste sentido, é que houve a ‘privatização do Estado’. Em contraponto a esta realidade, o autor afirma que a concepção de gestão pública do SUS é essencialmente democrática, devendo ser submetida ao controle da sociedade. Cohn (2000) afirma que o termo ‘controle social’ vem sendo utilizado para designar a participação da sociedade prevista na legislação do SUS.

Bravo e Souza (2002) fazem uma análise das quatro posições teóricas e políticas que têm embasado o debate sobre os conselhos de saúde e o ‘controle social’. A primeira, baseia-se no aparato teórico de Gramsci, a segunda na concepção de consenso de Habermas e dos neo-habermasianos que consideram os conselhos como espaço de formação de consensos, através de pactuações. A terceira posição teórica é influenciada pela visão estruturalista althusseriana do marxismo que nega a historicidade e a dimensão objetiva do real, analisando o Estado e as instituições como aparelhos repressivos da dominação burguesa. A quarta posição é a representada pela

tendência neoconservadora da política que questiona a democracia participativa, defendendo, apenas a democracia representativa.

Abreu (1999, p. 61) analisa, a partir da categoria gramsciana de Estado ampliado (relação orgânica entre sociedade política e sociedade civil), a dimensão política dos ‘conselhos de direitos’, e tem como hipótese central que, com o formato atual, “se identificam muito mais com as estratégias do controle do capital do que com a luta da classe trabalhadora no sentido da transformação da correlação das forças, tendo em vista a sua emancipação econômica, política e social”. Correia (2002) também parte do conceito gramsciano de Estado e considera o campo das políticas sociais como contraditório, pois, através deste o Estado controla a sociedade, ao mesmo tempo em que apreende algumas de suas demandas. O ‘controle social’ envolve a capacidade que os movimentos sociais organizados na sociedade civil têm de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da maioria da população. Conseqüentemente, implica o ‘controle social’ sobre o fundo público (Correia, 2003).

Observa-se que os autores supracitados, apesar de utilizarem referenciais teóricos diferentes nas



suas análises, têm em comum tratar o ‘controle social’ dentro da relação Estado e sociedade civil, apresentando os conselhos ‘gestores’, ou ‘de gestão setorial’, ou ‘de direitos’, como instâncias participativas, resultado do processo de democratização do Estado brasileiro. As três últimas autoras deixam clara a opção por uma análise desta temática a partir de uma perspectiva classista, problematizando o ‘controle social’ dentro das contradições da sociedade de classes.

Além dos conselhos e conferências de saúde, a população pode recorrer a outros mecanismos de garantia dos direitos sociais, em especial o direito à saúde, por exemplo, o ministério público, a comissão de seguridade social e/ou da saúde do Congresso Nacional, das assembleias legislativas e das câmaras de vereadores, a Promotoria dos Direitos do Consumidor (Procon), os conselhos profissionais etc. A denúncia através dos meios de comunicação – rádios, jornais, televisão e internet – também é um forte instrumento de pressão na defesa dos direitos.

### Para saber mais:

ABREU, M. M. A relação entre o Estado e a sociedade civil: a questão dos conselhos de direitos e a participação do serviço social. *Serviço Social & Movimento Social*, 1(1): 61-76, jul.-dez., 1999.

BARROS, M. E. D. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: *Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*. Brasília: IEC, 1998.

BRASIL. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Relatório Final da XII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>.

BRAVO, M. I. S. & SOUZA, R. de O. Conselhos de saúde e serviço social: luta política e trabalho profissional. *Ser Social*, 10: 15-27, 2002.

CARVALHO, A. I. de. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CARVALHO, G. I. & SANTOS, L. dos. Das formas de controle social sobre ações e os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. v. I. (Cadernos da Nona)

COHN, A. Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde. *Cadernos da XI Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CORREIA, M. V. C. Que controle social na política de assistência social? *Serviço Social & Sociedade*, Ano XXIII, 72: 43-60, 2002.

CORREIA, M. V. C. *Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento*. 1ª. reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CORREIA, M. V. C. A relação estado e sociedade e o controle social: fundamentos para o debate. *Serviço Social & Sociedade*, Ano XXIV, 77: 22-45, 2004.

CORREIA, M. V. C. *Desafios para o Controle Social: subsídios para a capacitação de conselheiros*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

COUTINHO, C. N. Gramsci e a sociedade civil, 2002. Disponível em: <<http://www.Gramsci.org/>>. Acesso em: 20 nov. 2003.

GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere: Maquiavel - notas sobre o Estado e a política*. Edição e Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. V.3

IAMAMOTO, M. V. & CARVALHO, R. de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 6.ed. São Paulo: Cortez/ Celats, 1988.

LACERDA, E. (Org.) *O SUS e o Controle Social: guia de referência para conselheiros municipais*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

MACHADO, F. de A. Participação social em saúde. *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

MANNHEIM, K. *Sociologia Sistemática: uma introdução ao estudo de sociologia*. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1971.

MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

VALLA, V. V. (Org.) *Participação Popular e os Serviços de Saúde: o controle social como exercício da cidadania*. Rio de Janeiro: Pares, 1993.

## CUIDADO EM SAÚDE

Roseni Pinheiro

### Cuidado e a vida cotidiana

Cuidado é um ‘modo de fazer na vida cotidiana’ que se caracteriza pela ‘atenção’, ‘responsabilidade’, ‘zelo’ e ‘desvelo’ ‘com pessoas e coisas’ em lu-

gares e tempos distintos de sua realização. A importância da vida cotidiana na produção do ‘cuidado’ está na oferta de múltiplas questões específicas que circulam no espaço da vida social e nos conteúdos históricos que carregam.



O cotidiano é produzido social e historicamente sob dois ângulos: primeiro, porque se trata – como noção geral e dimensão do conhecimento – do ‘vivido’, quer dizer, do repetitivo-singular, do conjuntural-estrutural: no cotidiano ‘as coisas acontecem sempre’. Segundo, porque essa noção se constrói e se identifica com o dia-após-dia em que tudo é igual e tudo muda – ‘nada como um dia após o outro’ – ao menos em algumas sociedades, não em todas.

O dia-após-dia assim concebido é uma dimensão da vida social singular-específica, o que significa dizer que ele delimita tempos, espaços, interações, ou seja, um modo de vida, cuja produção de ‘cuidado’ se faz contextualizada exercendo efeitos e repercussões na vida dos sujeitos e se transformando em ‘experiência humana’.

O ‘cuidado’ consiste em um modo de agir que é produzido como ‘experiência de um modo de vida específico e delineado’ por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, que se traduzem em ‘práticas’ de ‘espaço’ e na ‘ação’ de ‘cidadãos’ sobre os ‘outros’ em uma dada sociedade. Daí o ‘cuidado como ato’ resulta na ‘prática do cuidar’, que, ao ser exercida por um cidadão, um sujeito, reveste-se de novos sentidos imprimindo uma identi-

dade ou domínio próprio sobre um conjunto de conhecimentos voltados para o ‘outro’.

O outro é o lugar do ‘cuidado’. O outro tem no seu olhar o caminho para construção do seu ‘cuidado’, cujo sujeito que se responsabiliza por praticá-lo tem a tarefa de garantir-lhe a autonomia acerca do modo de andar de sua própria vida.

## Prática do cuidar e os praticantes

Cuidar deriva do latim *cogitare* que significa ‘imaginar’ ‘pensar’, ‘meditar’, ‘julgar’, ‘supor’, ‘tratar’, ‘aplicar’ a atenção, ‘refletir’, ‘prevenir’ e ‘ter-se’. Cuidar é o ‘cuidado’ em ato. A origem da prática de cuidar teve seu início restrito ao espaço doméstico, privado, particular. Desde a Grécia Antiga identifica-se que a prática do cuidar vem sendo exercida no interior das famílias, e sua realização demandava um saber prático adquirido no fazer cotidiano, passando, assim, de geração a geração. Nesta época, a gestão do cuidado era uma tarefa feminina. Quem cuidava da casa dos filhos, dos escravos dos doentes eram as mulheres. Aliás, uma responsabilidade bastante repetida até os dias de hoje em muito cotidianos familiares.

Em um determinado momento, boa parte desse saber foi concebido como profissão de mulheres e para mulheres, sobretudo na saúde foi a enfermagem a profissão que mais incorporou a prática do cuidar como campo de domínio próprio. Não é à toa que a prática de cuidar está histórica e culturalmente conectada ao feminino, pois, ao longo dos anos, essa atividade esteve atrelada à trajetória desenvolvida pela mulher nas sociedades ocidentais modernas. Por outro lado, a prática de pesquisar, ou seja, de criar novos conhecimentos, historicamente, tem sido concebida como prática masculina.

Vemos nesta concepção uma expressão da divisão social e sexual do trabalho, na qual a sociedade delimita com bastante precisão os campos em que pode operar a mulher, da mesma forma como escolhe os terrenos em que pode atuar o homem. Pierre Bourdieu é um dos autores que destaca que o mundo social produz nos sujeitos um modo de ser e de estar no mundo, e este é diferenciado para homens e mulheres. Ou seja, a sociedade acaba por imprimir na mulher um conjunto de valores que lhe confere uma *performance* específica.

Entretanto, vários movimentos reflexivos de crítica a esse modelo societal de divisão do trabalho, sobre-

tudo com a contribuição do movimento feminista e sua produção de conhecimentos, têm contribuído de forma decisiva para modificá-lo. No mundo contemporâneo, constata-se que a prática de pesquisar é sinérgica à prática do cuidar e vice-versa, na medida em que a vida cotidiana evidencia cada vez mais a crescente demanda por ‘cuidado’. Mais que isso, constata-se que a demanda por ‘cuidado’ vem, dia-após-dia, se complexificando, o que tem exigido cada vez mais a atuação de diferentes sujeitos-cidadãos-profissionais, mulheres e homens, cujo ‘outro’ demandante, cada vez mais requererá atenção, responsabilidade, zelo e desvelo com seus desejos, suas aspirações e especificidades, de modo a incluí-lo na tomada de decisão sobre sua vida, ou melhor dizendo, sobre sua saúde.

## Cuidado Integral de Saúde

‘Cuidado em saúde’ não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o ‘direito de ser’. Pensar o direito de ser na saúde é ter ‘cuidado’ com as dife-





renças dos sujeitos – respeitando as relações de etnia, gênero e raça – que são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas. Pensar o direito de ser é garantir acesso às outras práticas terapêuticas, permitindo ao usuário participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser por ele utilizada.

‘Cuidado em saúde’ é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento – em grande medida fruto de sua fragilidade social –, mas com qualidade e resolutividade de seus problemas. O ‘cuidado em saúde’ é uma ação integral fruto do ‘entre-relações’ de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. O cuidar em saúde é uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida.

Se, por um lado, o ‘cuidado em saúde’, seja dos profissionais ou de outros relacionamentos, pode diminuir o impacto do adoecimento, por outro,

a falta de ‘cuidado’ – ou seja o descaso, o abandono, o desamparo – pode agravar o sofrimento dos pacientes e aumentar o isolamento social causado pelo adoecimento. O modelo biomédico que orienta o conjunto das profissões em saúde, ao se apoiar nos meios diagnósticos para evidenciar lesões e doenças, afastou-se do sujeito humano sofrendo como totalidade viva e permitiu que o diagnóstico substituisse a atenção e o ‘cuidado’ integral à saúde. Entretanto, mais do que o diagnóstico, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades.

O ‘cuidado em saúde’ é uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde, não podendo se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição. O ‘cuidado’ é uma relação intersubjetiva que se desenvolve em um tempo contínuo, e que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro.

O trabalho interdisciplinar e a articulação dos profissionais, gestores dos serviços de saúde e u-

suários em redes, de tal modo que todos participem ativamente, podem ampliar o ‘cuidado’ e fortalecer a rede de apoio social. Com isso, a noção de ‘cuidado’ integral permite inserir, no âmbito da saúde, as preocupações pelo bem-estar dos indivíduos – opondo-se a uma visão meramente economicista – e devolver a esses indivíduos o poder de julgar quais são suas necessidades de saúde, situando-os assim como outros sujeitos e não como outros-objetos.

Para saber mais:

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3.ed. Hucitec/IMS/Uerj-Abrasco. 2005.

ANDRADE, M. M. *A Vida Comum: espaço, cotidiano e cidade na Atenas Clássica*. Rio de Janeiro: Eduff, 2002.

DAHER, D. V. et al. Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes? *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10(2): 145-150, mar.-abr., 2002.

AYRES, J. R. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1): 63-72, 2001.

## CURRÍCULO INTEGRADO

Marise Nogueira Ramos

Santomé (1998) explica que a denominação ‘currículo integrado’ tem sido utilizada como tentativa de contemplar uma compreensão global do conhecimento e de promover maiores parcelas de interdisciplinaridade na sua construção. A integração ressaltaria a unidade que deve existir entre as diferentes disciplinas e formas de conhecimento nas instituições escolares.

A idéia de integração em educação é também tributária da análise de

Bernstein (1996) sobre os processos de compartimentação dos saberes, na qual ele introduz os conceitos de classificação e enquadramento. A classificação refere-se ao grau de manutenção de fronteiras entre os conteúdos, enquanto o enquadramento, à força da fronteira entre o que pode e o que não pode ser transmitido numa relação pedagógica. À organização do conhecimento escolar que envolve alto grau de classificação associa-se um currículo que o



autor denomina ‘código coleção’; à organização que vise à redução do nível de classificação associa-se um currículo denominado ‘código integrado’.

Segundo Bernstein, a integração coloca as disciplinas e cursos isolados numa perspectiva relacional, de tal modo que o abrandamento dos enquadramentos e das classificações do conhecimento escolar promove maior iniciativa de professores e alunos, maior integração dos saberes escolares com os saberes cotidianos dos alunos, combatendo, assim, a visão hierárquica e dogmática do conhecimento. Em síntese, o autor aposta na possibilidade de os códigos integrados garantirem uma forma de socialização apropriada do conhecimento, capaz de atender às mudanças em curso no mundo do trabalho mediante o desenvolvimento de operações globais. Isso contribuiria para a construção de uma educação mais igualitária, visando à superação de problemas de socialização diante dos sistemas de valores próprios das sociedades industriais avançadas.

Essas análises colocam a necessidade de relacionar o âmbito escolar à prática social concreta. A proposta de ‘currículo integrado’ na perspectiva da formação politécnica e omnilateral dos trabalhadores incorpora essas análises

e busca definir as finalidades da educação escolar por referência às necessidades da formação humana. Com isto, defende que as aprendizagens escolares devem possibilitar à classe trabalhadora a compreensão da realidade para além de sua aparência e, assim, o desenvolvimento de condições para transformá-la em benefício das suas necessidades de classe.

Esta proposta integra, ainda, formação geral, técnica e política, tendo o trabalho como princípio educativo. Desse princípio, que se torna eixo epistemológico e ético-político de organização curricular, decorrem os outros dois eixos do ‘currículo integrado’, a saber: a ciência e a cultura. O trabalho é o princípio educativo no sentido ontológico, pelo qual ele é compreendido como práxis humana e a forma pela qual o homem produz sua própria existência na relação com a natureza e com os outros homens. Sob o princípio do trabalho, o processo formativo proporciona a compreensão da historicidade da produção científica e tecnológica, como conhecimentos desenvolvidos e apropriados socialmente para a transformação das condições naturais da vida e a ampliação das capacidades, das potencialidades e dos sentidos humanos.

O sentido histórico do trabalho, que no sistema capitalista se transforma em trabalho assalariado, também traz fundamentos e orienta finalidades da formação, na medida em que expressa as exigências específicas para o processo educativo, visando à participação direta dos membros da sociedade no trabalho socialmente produtivo. Com este sentido, conquanto também organize a base unitária do currículo, fundamenta e justifica a formação específica para o exercício de profissões, entendidas como uma forma contratual socialmente reconhecida do processo de compra e venda da força de trabalho. Como razão da formação específica, o trabalho aqui se configura também como um contexto de formação.

A essa concepção de trabalho associa-se a concepção de ciência: conhecimentos produzidos e legitimados socialmente ao longo da história como resultados de um processo empreendido pela humanidade na busca da compreensão e transformação dos fenômenos naturais e sociais. Nesse sentido, a ciência conforma conceitos e métodos cuja objetividade permite a transmissão para diferentes gerações, ao mesmo tempo em que podem ser questionados e superados historicamente no movimento permanente de

construção de novos conhecimentos.

A formação profissional, por sua vez, é um meio pelo qual o conhecimento científico adquire, para o trabalhador, o sentido de força produtiva, traduzindo-se em técnicas e procedimentos, a partir da compreensão dos conceitos científicos e tecnológicos básicos.

Por fim, a concepção de cultura que embasa a síntese entre formação geral e formação específica a compreende como as diferentes formas de criação da sociedade, de tal modo que o conhecimento característico de um tempo histórico e de um grupo social traz a marca das razões, dos problemas e das dúvidas que motivaram o avanço do conhecimento numa sociedade. Esta é a base do historicismo como método (Gramsci, 1991) que ajuda a superar o enciclopedismo – quando conceitos históricos são transformados em dogmas – e o espontaneísmo – forma acrítica de apropriação dos fenômenos que não ultrapassa o senso comum.

No ‘currículo integrado’, conhecimentos de formação geral e específicos para o exercício profissional também se integram. Um conceito específico não é abordado de forma técnica e instrumental, mas visando a compreendê-lo como construção histórico-cultural no processo de desen-



volvimento da ciência com finalidades produtivas. Em razão disto, no ‘currículo integrado’ nenhum conhecimento é só geral, posto que estrutura objetivos de produção, nem somente específico, pois nenhum conceito apropriado produtivamente pode ser formulado ou compreendido desarticuladamente das ciências e das linguagens.

O currículo formal exige a seleção e a organização desses conhecimentos em componentes curriculares, sejam eles em forma de disciplinas, módulos, projetos etc., mas a integração pressupõe o reestabelecimento da relação entre os conhecimentos selecionados. Como o currículo não pode compreender a totalidade, a seleção é orientada pela possibilidade de proporcionar a maior aproximação do real, por expressar as relações fundamentais que definem a realidade. Segundo Kosik (1978), cada fato ou conjunto de fatos, na sua essência, reflete toda a realidade com maior ou menor riqueza ou completude. Por esta razão, é possível que um fato deponha mais que um outro na explicação do real. Assim, a possibilidade de conhecer a totalidade a partir das partes é dada pela possibilidade de identificar os fatos ou conjunto de fatos que deponham mais sobre a essência do real; e, ainda, de distinguir o essencial do acessório,

assim como o sentido objetivo dos fatos. Isto dá a direção para a definição de componentes curriculares.

O método histórico-dialético define que é a partir do conhecimento na sua forma mais contemporânea que se pode compreender a realidade e a própria ciência na sua historicidade. Os processos de trabalho e as tecnologias correspondem a momentos da evolução das forças materiais de produção e podem ser tomados como um ponto de partida histórico e dialético para o processo pedagógico. Histórico porque o trabalho pedagógico fecundo ocupa-se em evidenciar, juntamente aos conceitos, as razões, os problemas, as necessidades e as dúvidas que constituem o contexto de produção de um conhecimento. A apreensão de conhecimentos na sua forma mais elaborada permite compreender os fundamentos prévios que levaram ao estágio atual de compreensão do fenômeno estudado. Dialético porque a razão de estudar um processo de trabalho não está na sua estrutura formal e procedimental aparente, mas na tentativa de captar os conceitos que o fundamentam e as relações que o constituem. Estes podem estar em conflito ou ser questionados por outros conceitos.

O ‘currículo integrado’ organiza o conhecimento e desenvolve o processo

de ensino-aprendizagem de forma que os conceitos sejam apreendidos como sistema de relações de uma totalidade concreta que se pretende explicar/compreender. No trabalho pedagógico, o método de exposição deve restabelecer as relações dinâmicas e dialéticas entre os conceitos, reconstituindo as relações que configuram a totalidade concreta da qual se originaram, de modo que o objeto a ser conhecido revele-se gradativamente em suas peculiaridades próprias (Gadotti, 1995).

A interdisciplinaridade, como método, é a reconstituição da totalidade pela relação entre os conceitos originados a partir de distintos recortes da realidade; isto é, dos diversos campos da ciência representados em disciplinas. Isto tem como objetivo possibilitar a compreensão do significado dos conceitos, das razões e dos métodos pelos quais se pode conhecer o real e apropriá-lo em seu potencial para o ser humano.

#### Para saber mais:

BERNSTEIN, B. *A Estruturação do Discurso Pedagógico: classe, código e controle*. Petrópolis: Vozes, 1996.

FRIGOTTO, G. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas

ciências sociais. In: JANTSCH, A. P. & BIANCHETTI, L. (Orgs.) *A Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. Petrópolis: Vozes, 1995.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. & RAMOS, M. (Orgs.) *Ensino Médio Integrado: concepção e contradições*. São Paulo: Cortez, 2005.

GADOTTI, M. *Concepção Dialética da História*. São Paulo: Cortez, 1995.

GRAMSCI, A. *Os Intelectuais e a Organização da Cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

KOSIK, K. *Dialética do Concreto*. Petrópolis: Vozes, 1978.

MARX, K. Introdução. In: MARX, K. *Crítica da Filosofia do Direito de Hegel*. São Paulo: s.n., 1977. (Temas de Ciências Humanas)

MÉSZÁROS, I. *Marx: a teoria da alienação*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

RAMOS, M. N. *A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez Editora, 2001.

RAMOS, M. N. O “novo ensino médio” à luz de antigos princípios: trabalho, ciência e cultura. *Boletim Técnico do Senac*, 29(2): 19-27, maio-ago., 2003.

SANTOMÉ, J. *Globalização e Interdisciplinaridade: o currículo integrado*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SAVIANI, D. *Sobre a Concepção de Politécnica*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 1989.

## CURRÍCULO POR COMPETÊNCIAS



*Marise Nogueira Ramos*

O ‘currículo por competências’ é o meio pelo qual a pedagogia das competências se institucionaliza na escola, com o objetivo de promover o encontro entre formação e emprego. O fundamento do ‘currículo por competências’ é a redefinição do sentido dos conteúdos de ensino, de modo a atribuir sentido prático aos saberes escolares, abandonando a preeminência dos saberes disciplinares para se centrar em competências supostamente verificáveis em situações e tarefas específicas. Essas competências devem ser definidas com referência às situações que os alunos deverão ser capazes de compreender e dominar. Somente após essas definições é que se selecionam os conteúdos de ensino. Em síntese, em vez de partir de um corpo de conteúdos disciplinares existentes, com base no qual se efetuam escolhas para cobrir os conhecimentos considerados mais importantes, a elaboração do ‘currículo por competências’ parte da análise de situações concretas e da definição de competências requeridas por essas situações, recorrendo às disciplinas so-

mente na medida das necessidades exigidas pelo desenvolvimento dessas competências.

Do ponto de vista da hierarquização do saber, o discurso sobre as competências pode ser compreendido como uma tentativa de substituir uma representação hierárquica estabelecida entre os saberes e as práticas, notadamente aquela que se estabelece entre o ‘puro’ e o ‘aplicado’, entre o ‘teórico’ e o ‘prático’ ou entre o ‘geral’ e o ‘técnico’ por uma representação da diferenciação que seria essencialmente horizontal e não mais vertical.

Ao discutir a elaboração de ‘currículos por competências’ no ensino profissionalizante, Jiménez (1995) compreende que as competências definidas como referências para o currículo correspondem a unidades para as quais convergiriam e se entrecruzariam um conjunto de elementos que as estruturam (conhecimentos, habilidades e valores). Considerar a competência como unidade e ponto de convergência entre conhecimentos, habilidades e valores congrega a idéia de que a competência constitui uma unidade e

de que os elementos isolados perdem esse sentido. A autora indica duas características que se encontram implícitas em qualquer definição de competência: por um lado, centrar-se no desempenho; por outro, recuperar condições em que este desempenho é relevante.

O desempenho é compreendido como a expressão concreta dos recursos que o indivíduo articula quando realiza uma atividade. Uma formação que persiga o desenvolvimento de competências para o desempenho pressupõe selecionar conhecimentos dos quais os estudantes necessitam para aplicar em esquemas operatórios, para entender o que significam e como funcionam, facilitando a ação em situações diversas. Isto implica deixar de fazer a separação entre o saber e o saber-fazer para centrar o esforço em resultados de aprendizagem nos quais se atinge uma integração entre ambos.

Incorporar condições nas quais o desempenho é relevante remete às condições em que se promove e se demanda que o indivíduo ponha em jogo seus recursos. Essa concepção requer que a elaboração dos currículos ocorra por contato direto com as situações de trabalho, o que exige que um dos procedimentos prévios à elaboração curricular pela escola seja a análise dos

processos de trabalho para os quais se pretende formar. Quando aplicados aos sistemas de formação, desta análise resultam os documentos referenciais. Na França, eles foram chamados de referenciais de diploma, para a escola, e de referenciais de emprego ou de atividades profissionais, para a empresa. No Brasil, foram elaboradas diretrizes e referenciais curriculares nacionais produzidos pelo Ministério da Educação.

Para análise dos processos de trabalho, ainda que exista uma variedade de metodologias, estas se originam de três matrizes principais: a condutivista, a funcionalista e a construtivista. A matriz condutivista compreende a competência, sobretudo, como uma habilidade que descreve o que a pessoa pode fazer. Assim definida, as competências são características que diferenciam um desempenho superior de um desempenho médio ou pobre. Por isto, a análise parte da pessoa que faz bem seu trabalho de acordo com os resultados esperados.

A análise funcional se origina no pensamento funcionalista da sociologia, tendo sido acolhida pela nova teoria dos sistemas sociais. Por essa teoria, a análise funcional não se refere somente ao sistema em si, mas também à sua relação com o em torno





(mercado, tecnologia, relações sociais e institucionais etc.). A análise do processo de trabalho é feita estabelecendo-se uma relação entre problemas e resultados. As competências são deduzidas das relações entre resultados e habilidades, conhecimentos e atitudes dos trabalhadores.

Esta foi a perspectiva adotada pelo Ministério da Educação no Brasil para a elaboração dos referenciais curriculares nacionais do ensino técnico. Estes ficaram organizados em matrizes ou quadros de competências por áreas profissionais, nas quais se definiram funções, subfunções que caracterizam o processo de trabalho; competências e habilidades ('saber-fazer') requeridas pelos trabalhadores; bases instrumentais, científicas e tecnológicas, correspondentes aos conteúdos de ensino ou 'saberes' necessários ao desenvolvimento das respectivas competências e habilidades. As unidades de aprendizagem, preferencialmente autônomas, organizadas como módulos, teriam esses parâmetros como base. À conclusão de cada módulo poder-se-ia adquirir um título que habilitaria o trabalhador ao exercício de determinadas funções e/ou subfunções.

A matriz construtivista desenvolvida por Bertand Schwartz, na França,

tem como finalidade evidenciar as relações mútuas e as ações existentes entre os grupos, seu em torno, as situações de trabalho e as situações de capacitação (Schwartz apud Mertens, 1996). Ou seja, as competências não são deduzidas à parte das necessidades e propostas formativas. O método rechaça a defasagem entre a construção das competências e a implementação de uma estratégia de capacitação. Com isto, as competências não são deduzidas somente a partir da função ocupacional, mas concedem igual importância à pessoa, aos seus objetivos e às suas possibilidades.

Os referenciais curriculares explicitam os elementos que deverão compor o currículo para se lograr o desenvolvimento das competências requeridas pelo trabalho. Tanguy & Ropé (1997) descrevem a metodologia de construção do referencial de diploma: enuncia-se a competência global visada (em termos de ser 'capaz de'); depois, as capacidades gerais implicadas nessa competência global (que se exprimem geralmente por quatro verbos de ação ou sinônimos: informar-se, organizar, realizar, comunicar); depois, as capacidades e competências terminais e, enfim, os 'saberes' e o 'saber-fazer' que à competência global são associados. Ao termo desse conjunto de pro-

cedimentos, os referenciais de diplomas apresentam-se, à primeira vista, sob forma de quadros que relacionam, de um lado, as funções e atividades principais descritas no referencial do emprego com as capacidades e competências terminais; de outro, as competências terminais com os ‘saberes’ e ‘saber-fazer’ tecnológicos associados. Essa codificação dos diplomas de ensino técnico e profissionalizante repousa, em última instância, sobre uma lista de ‘saber-fazer’. Esses saber-fazer, unidades de base desse ordenamento técnico, são eles mesmos definidos por uma seqüência de relações de encaixe. Como explica Tanguy (1997), com base na regulamentação educacional francesa, eles são estabelecidos com base na lista de tarefas e funções elaborada no referencial de atividades profissionais, podendo ser apreendidos com a expressão ‘ser capaz de’. Concretamente são descritos por um verbo de ação e pelos objetos aos quais a ação se aplica.

Críticas à tamanha racionalização pedagógica não são raras. Malglaive (1994), por exemplo, argumenta que os ‘saber-fazer’, evidência explícita das competências, como ações observáveis, são governados por outras ações, inobserváveis: as ações mentais. Assim, capacidade e atividade

correspondem a duas formas de ação: a ação mental, implícita, não observável, correspondente à cognição; e a ação manifesta, explícita, observável, correspondente à atividade. Ainda que sejam mecanismos específicos, capacidade e atividade ou cognição e ação formam uma unidade. Não obstante, os referenciais curriculares cindem esta unidade. Além disto, afirmar que alguém deve ser ‘capaz de’ não diz nada do conteúdo dessa capacidade. Conforme afirma o mesmo autor, as listas de competências nas quais se tenta basear o currículo não dizem nada sobre o que devem adquirir os estudantes para serem capazes de fazer o que se pretende que eles façam. Por isto, é preciso aceitar que o desenvolvimento de competências é uma consequência e não o conteúdo em si da formação, e que os efeitos pretendidos com a prática pedagógica podem se constituir no máximo como horizontes, cujos limites se alargam permanentemente na proporção de novas aprendizagens. Sendo assim, o currículo mantém-se baseado em saberes de referência, oriundos dos campos das ciências e das profissões. Pelas críticas apresentadas anteriormente, o chamado ‘currículo por competências’ dificilmente escapa da condição de ser um construto elaborado com



base em objetivos de ensino e de aprendizagem, diferindo muito pouco da lógica que orientou sua própria gênese: a adequação da educação aos princípios da eficiência social.

Deluiz (2001) discute a possibilidade de construção de uma matriz crítico-emancipatória, cujos fundamentos teóricos estariam no pensamento crítico-dialético, pretendendo não só ressignificar a noção de competência, atribuindo-lhe um sentido que atenda aos interesses dos trabalhadores, mas também apontar princípios orientadores para a investigação dos processos de trabalho. Em convergência com esta proposição, Ramos (2005) apresentou como princípio epistemológico do currículo a compreensão totalizante dos processos de trabalho, incorporando na análise, além da dimensão científico-tecnológica, as dimensões ético-políticas, sócio-históricas, ambientais, culturais e relacionais do trabalho.

Ocorre, entretanto, que essa perspectiva, por se tratar de uma concepção teórico-metodológica e ético-política da formação de trabalhadores, não é redutível a metodologias de análises de processo de trabalho. Ademais, a descrição precisa, definitiva, exaustiva, de qualquer processo de trabalho, não capta suas múltiplas determinações e, menos ainda, a complexidade da ação

humana que está em jogo na sua realização. Concluímos, então, que a possibilidade virtuosa de relacionar as atividades pedagógicas às situações de trabalho e à prática social em geral está no horizonte e, ao mesmo tempo, no limite em que essas relações possam se constituir em referências para a formação plena dos trabalhadores, orientadas pela ampliação de seus conhecimentos, capacidades e atividades intelectuais.

### Para saber mais:

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. *Boletim Técnico do Senac*, mar., 2001 (Número especial)

JIMÉNEZ, M. del C. El punto de vista pedagógico. In: ARGÜELLES, A. (Org.) *Competencia Laboral y Educación Basada en Normas de Competencia*. México: Editorial Limusa, 1995.

MALGLAIVE, G. Competência e engenharia de formação. In: PARLIER, M. & WITTE, S. (Orgs.) *La Compétence: mythe, construction ou réalité?* Paris: L'Harmattan, 1994.

MERTENS, L. *Sistemas de Competência Laboral: surgimiento y modelos*. México: Cinterfor/OIT, 1996. (Resumo Executivo)

RAMOS, M. Possibilidades e desafios na organização do currículo integrado. In:

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. & RAMOS, M. (Orgs.) *Ensino Médio Integrado: concepção e contradições*. São Paulo: Cortez, 2005.

TANGUY, L. Racionalização pedagógica e legitimidade política. In: TANGUY, L. & ROPÉ, F. (Orgs.) *Saberes e Competências: o uso de tais noções na escola e na empresa*. São Paulo: Papirus, 1997, p. 25-68.

## DIVISÃO SOCIAL DO TRABALHO

*Denise Elvira Pires*

O termo divisão do trabalho é encontrado em estudos oriundos de diversas áreas do conhecimento, como a economia, a sociologia, a antropologia, a história, a saúde, a educação, dentre outras, e tem sido utilizado com diversas variações. Em termos genéricos refere-se às diferentes formas que os seres humanos, ao viverem em sociedades históricas, produzem e reproduzem a vida. As variações encontradas no termo divisão do trabalho podem ser organizadas em quatro grupos, cada uma referindo-se a diferentes fenômenos sociais relativos às formas de produzir bens e serviços necessários à vida: 1) ‘divisão social do trabalho ou divisão do trabalho social’; 2) ‘divisão capitalista do trabalho, ou divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho, ou divisão manufatureira do trabalho, ou divisão técnica do trabalho’; 3) ‘divisão sexual do trabalho’; 4) ‘divisão internacional do trabalho’.

### Divisão social do trabalho

A expressão ‘divisão social do trabalho’ tem sido usada no sentido cunhado por Karl Marx (1818-1883) e também referendada por autores como Braverman (1981) e Marglin (1980) para designar a especialização das atividades presentes em todas as sociedades complexas, independente dos produtos do trabalho circularem como mercadoria ou não. Designa a divisão do trabalho social em atividades produtivas, ou ramos de atividades necessárias para a reprodução da vida. Marx, em *O Capital* (1982), diz que a ‘divisão social do trabalho’ diz respeito ao caráter específico do trabalho humano. Um animal faz coisas de acordo com o padrão e necessidade da espécie a que pertence, enquanto a aranha é capaz de tecer e o urso de pescar, um indivíduo da espécie humana pode ser, “simultaneamente, tecelão, pescador, construtor e mil outras coisas combi-

nadas” (Braverman, 1981, p. 71). Essa capacidade de produzir diferentes coisas e até de inventar padrões diferentes dos animais não é possível ser exercida individualmente, mas a espécie como um todo acha possível fazer isso, em parte pela divisão do trabalho.

“A divisão social do trabalho é aparentemente inerente característica do trabalho humano tão logo ele se converte em trabalho social, isto é, trabalho executado na sociedade e através dela” (Braverman, 1981, p. 71-72). A produção da vida material e o aumento da população geram relação entre os homens e divisão do trabalho. Os vários estágios da divisão do trabalho correspondem às formas de propriedade da matéria, dos instrumentos e dos produtos do trabalho verificados em cada sociedade, nos diversos momentos históricos (Marx, 1982).

A divisão do trabalho sempre existiu. Inicialmente, dava-se ao acaso, pela divisão sexual, de acordo com a idade e vigor corporal. Com a complexidade da vida em sociedade e o aprofundamento do sistema de trocas entre diferentes grupos e sociedades, identifica-se a divisão do trabalho em especialidades produtivas, designada pela expressão ‘divisão social do tra-

balho’ ou divisão do trabalho social. Esta forma de divisão do trabalho ficou bem caracterizada na estrutura dos ofícios da Idade Média. Os artesãos organizados nas guildas, ou corporações de artífices, constituíam uma unidade de produção, de capacitação para o ofício e de comercialização dos produtos. Apesar de existir, entre mestres-companheiros-aprendizes, divisão do trabalho, hierarquia e também atividades de coordenação e gerenciamento do processo de produção, estas eram diferentes da divisão parcelar do trabalho e da hierarquia verificada na emergência das fábricas e do modo de produção capitalista. No artesanato, os produtores eram donos dos instrumentos necessários ao seu trabalho, tinham domínio sobre o processo de produção, sobre o ritmo do trabalho e sobre o produto, e também, quase certamente, havia ascensão a companheiro e muito provavelmente a mestre (Marglin, 1980).



## Divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho, divisão manufatureira do trabalho ou divisão técnica do trabalho

A ‘divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho, divisão manufatureira do trabalho ou divisão técnica do trabalho’ é típica do modo de produção capitalista. Refere-se à fragmentação de uma especialidade produtiva em numerosas operações limitadas, de modo que o produto resulta de uma grande quantidade de operações executadas por trabalhadores especializados em cada tarefa. Surge em meados do século XVIII com a manufatura e caracteriza o sistema de fábricas. O capitalismo industrial começa quando um grande número de trabalhadores é empregado por um capitalista (Braverman, 1981). Inicialmente, o processo de trabalho era igual ao executado na produção feudal, no artesanato nas guildas (vidreiros, padeiros, ferreiros, marceneiros, boticários, cirurgiões). O domínio do processo estava com os trabalhadores. Ao reuni-los, seja nas guildas seja na oficina capitalista, seja no hospital, surge o problema da gerência. Para o próprio trabalho cooperativo já era necessário:

ordenar as operações, centralizar o suprimento de materiais, registro de custos, folha de pagamentos etc. No capitalismo industrial manufatureiro, os trabalhadores ficam especializados em parcelas (tarefas/atividades específicas) do processo de produção dentro de uma mesma especialidade produtiva, e o controle do processo passa para a gerência.

Essa mudança tem como consequência para os trabalhadores a alienação e para o capitalista constitui-se em um problema gerencial. Esse fenômeno é qualitativamente diferente da ‘divisão social do trabalho’ na sociedade que foi explicada, inicialmente, pela clássica análise de Adam Smith (1723-1790), no *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations* (*A Riqueza das Nações*) a respeito do processo de produção em uma fábrica de alfinetes. A análise deste fenômeno de fragmentação do processo de produção foi mais bem qualificada com os estudos de Charles Babbage (em *On the Economy of Machinery*, de 1832) ao acrescentar que essa forma de divisão do trabalho não apenas fragmenta o processo permitindo um aumento da produtividade como também hierarquiza as atividades, atribuindo valores diferentes a cada tarefa executada por diferentes trabalhadores ou

grupo de trabalhadores específicos. Assim, aumenta a produtividade não só pelo aumento numérico dos produtos em uma determinada unidade de tempo como também aumenta a produtividade diminuindo o custo da força de trabalho comprada pelo capitalista.

A emergência da ‘divisão parcelar do trabalho’ que muitos autores denominam ‘divisão técnica do trabalho’ (Abercrombie, Hill & Turner, 2000) ocorre no bojo de um processo mais amplo de mudanças, no qual se destacam: a apropriação capitalista dos meios de produção (força de trabalho, objetos de trabalho e instrumentos); a associação de diversos trabalhadores em um mesmo espaço físico, onde cada um desenvolve uma tarefa específica, e o produto só é obtido como resultado do trabalho coletivo, ou, nas palavras de Marx (1980), o produto resulta de um trabalhador coletivo; a modificação do papel da gerência para o de controle do processo e da força de trabalho; e a expropriação do trabalhador do produto do seu trabalho. Opera-se uma divisão entre trabalho manual (que transforma o objeto) e intelectual (a consciência que o trabalhador tem sobre o trabalho), separa-se concepção e execução.

O gerente controla o trabalho dos outros organizando o processo de trabalho com vistas a tirar o maior resultado possível. Gerência, como organização racional do trabalho no modo capitalista de produção, envolve o controle do processo de trabalho e do trabalho alienado, isto é, da força de trabalho comprada e vendida. A função da gerência, que no início do capitalismo é desenvolvida pelo proprietário do capital, passa a ser exercida por trabalhadores contratados, que, ao mesmo tempo, são empregados e empregadores de trabalho alheio, recebem melhor remuneração que os demais, representam e se articulam com os proprietários do capital, controlam o trabalho dos outros e organizam o processo de trabalho visando ao lucro (Braverman, 1981). O principal teórico da gerência aplicada ao modo de produção capitalista é Frederick Winslow Taylor (1856-1915) que formula o que chamou de ‘princípios da gerência científica’, incluindo a separação entre concepção e execução do trabalho; a separação das tarefas entre diferentes trabalhadores; e o detalhamento da atividade de modo que a gerência possa controlar cada fase do processo e seu método de execução, buscando obter maior produtividade do trabalho.





## Divisão sexual do trabalho

A expressão ‘divisão sexual do trabalho’ tem sido utilizada mais recentemente, especialmente no contexto dos estudos de gênero, para expressar os diferentes papéis atribuídos a homens e mulheres na sociedade e no processo produtivo. As diferenças entre homens e mulheres são freqüentemente abordadas com o olhar biológico destacando as diferenças no papel reprodutivo. No entanto, este debate ganha nova qualificação com as críticas introduzidas pelas feministas à separação das esferas públicas e privadas na sociedade capitalista, na qual tem cabido às mulheres a esfera privada e de cuidado dos filhos e aos homens a esfera pública, incluindo o trabalho remunerado e as atividades de maior prestígio social (Abercrombie, Hill & Turner, 2000). Com a urbanização, a ampliação do acesso à educação e as conquistas dos movimentos de mulheres, houve uma ampliação do ingresso das mulheres no mercado de trabalho, no entanto ainda é significativa a desigualdade em termos de valorização do trabalho feminino em relação ao masculino. Até hoje, início do terceiro milênio, mesmo considerando as diferenças entre os diversos países e culturas, muitas

mulheres recebem menor remuneração do que os homens mesmo desenvolvendo trabalhos iguais; determinadas atividades são atribuídas ao feminino, pior remuneradas e menos valorizadas socialmente do que as que são atribuídas aos homens.

## Divisão internacional do trabalho

A expressão ‘divisão internacional’ do trabalho diz respeito à posição dos países no mercado e no processo produtivo global, bem como à dinâmica dos padrões de acumulação de capital no contexto planetário. No atual contexto de globalização, a expressão ‘nova divisão internacional do trabalho’ tem sido usada para designar as mudanças no mercado, na distribuição de capital e das empresas, bem como no fluxo da força de trabalho entre os países, especialmente a relação ‘centro-periferia’. Ou seja, a relação países capitalistas desenvolvidos, países emergentes e países pobres ou com pouco potencial competitivo na economia global (Henk, 1988).

### Para saber mais:

ABERCROMBIE, N.; HILL, S. & TURNER, B. *The Penguin Dictionary of Sociology*. 4.ed. London: Penguin Books, 2000.

BRAVERMAN, H. *Trabalho e Capital Monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. (1.ed., 1974)

HENK, T. The erosion of trade unions. In: HENK, T. (Ed.) *Globalization and Third World Unions: the challenge of rapid*

*economic change*. London/New Jersey: Zed Books, 1988.

MARGLIN, S. A. Origem e funções do parcelamento das tarefas. Para que servem os patrões? In: GORZ, A. (Org.) *Crítica da Divisão do Trabalho*. São Paulo: Martins Fontes, 1980. (1.ed., 1973)

MARX, K. *O Capital*. 8.ed. São Paulo: Difel, 1982. Livro 1, v.1. (1.ed., 1867)

SMITH, A. *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*. 5.ed. London: Methuen and Co./Edwin Cannan, 1904. (1.ed., 1776).

## DIVISÃO TÉCNICA DO TRABALHO EM SAÚDE

Denise Elvira Pires

O uso desta expressão originase de análises sobre o processo de trabalho em saúde, que aparecem na literatura brasileira a partir de meados de 1970. Estes estudos buscam entender a organização do trabalho em saúde, utilizando como referencial análises sociológicas (Donangelo, 1975; Gonçalves, 1979; Almeida, 1986; Nogueira, 1977), e identificar semelhanças e diferenças com o trabalho profissional típico da produção artesanal, bem como com a divisão parcelar do trabalho do modo capitalista de produção.

A expressão ‘divisão técnica do trabalho em saúde’ diz respeito a características da ‘divisão técnica ou divisão parcelar do trabalho’ (ver o verbete Divisão Social do Trabalho) presente na forma de organização e produção do cuidado prestado por diversos grupos profissionais a seres humanos com carências de saúde. Refere-se à forma de organização do trabalho coletivo em saúde na qual se identificam a fragmentação do processo de cuidar; a separação entre concepção e execução; a padronização de tarefas distribuídas entre os diversos agentes,



de modo que ao cuidador cabe o cumprimento da tarefa, afastando-o do entendimento e controle do processo; a hierarquização de atividades com atribuição de diferentes valores à remuneração da força de trabalho.

Com a mudança do papel dos hospitais para espaço de tratamento e ensino na área da saúde, a partir do final do século XVIII, diferentes grupos profissionais, tais como, físicos (médicos clínicos), boticários, cirurgiões (ofício independente da medicina clínica até meados do século XVIII) e práticos cuidadores, religiosos e leigos (que fazem parte de um conjunto de trabalhos que darão origem, pós Florence Nightingale, ao trabalho profissional de enfermagem) encontram-se no mesmo espaço físico e colaboram para cuidar da saúde de seres humanos (Foucault, 1984; Nogueira, 1977; Pires, 1989). Essa organização do trabalho marca fortemente, até hoje, o trabalho em saúde. Neste processo, ocorre certa perda de autonomia profissional frente aos constrangimentos institucionais e gerenciais.

O modelo da biomedicina que ficou bem caracterizado com o chamado modelo flexneriano, baseado no relatório do mesmo nome e datado de 1910, orientou a organização das escolas médicas nos EUA e contribuiu

para a estruturação de um modelo de organização do trabalho que distancia o médico do entendimento do seu objeto de trabalho como seres humanos que são individualidades, biológica e subjetiva, mas também uma totalidade complexa. Esse modelo fragmenta o ser humano, ao focalizar a atenção na ‘parte afetada do corpo’, e influencia não apenas a medicina, mas o conjunto das profissões de saúde, em maior ou menor grau, bem como a organização do trabalho coletivo institucional. A forma de organização do trabalho em saúde, apesar de ter especificidades, é também influenciada pelo macro contexto histórico institucional de cada país e pelos modelos de organização e gestão presentes em outras áreas da produção, bem como em outras atividades do setor de serviços.

As normas institucionais estabelecem os papéis de cada grupo profissional e a coordenação do trabalho coletivo, a qual, ao longo da história, tem cabido aos médicos. Schraiber (1993) e Peduzzi (2001) apontam que, na prática cotidiana, os profissionais de saúde, como sujeitos do trabalho, exercem certa autonomia técnica concebida como liberdade de julgamento e tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários. Essa ca-

racterística ocorre de modo concomitante com as diferenças técnicas especializadas e a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos. A hierarquia de trabalhos e de saberes marca as diferenças de custo da força de trabalho e manifesta-se nas relações de trabalho resultando em tensões entre os diversos agentes, com conflitos explícitos ou não (Peduzzi, 2001; Pires, 1998). Ocorre certa compartimentalização de ações e perda de controle do processo assistencial, no entanto, a gerência da instituição não consegue submeter, de modo rígido, o trabalho da equipe multiprofissional, e “não é possível desenhar um projeto assistencial único e definitivo antes de sua implementação” (Peduzzi, 2001, p. 105). A gerência não consegue dominar a concepção e nem controlar rigidamente os processos de execução do trabalho, há um espaço de autonomia técnica (Peduzzi, 2001; Pires, 1998; Campos, 1997).

O ato assistencial em saúde envolve um conhecimento sobre o processo que não é dominado pela administração da instituição, e nem existe uma equipe de técnicos e gerentes que determine qual é a tecnologia assistencial que será empregada e qual o papel de cada trabalhador, como pode ocorrer nas empresas da produção material. Os

profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional, aproximando-se, desta forma, das características do trabalho profissional.

O ato assistencial em saúde, até hoje, pode ser realizado de forma independente/autônoma, numa relação direta profissional de saúde-cliente, mantendo características do trabalho profissional e da pequena produção. No entanto, face à complexidade dos problemas, dos conhecimentos acumulados no campo da saúde e do instrumental envolvido na assistência, grande parte da mesma desenvolve-se em instituições públicas e/ou privadas, no espaço intra ou extra-hospitalar, com estruturas e níveis de complexidade diversos. Majoritariamente, o assistir/cuidar em saúde envolve um trabalho coletivo no qual é possível identificar duas características básicas – as da divisão técnica ou parcelar do trabalho e as do trabalho do tipo profissional. Trabalho profissional, no sentido de trabalho especializado e reconhecido socialmente como necessário para a realização de determinadas atividades, entendendo profissão como uma forma de trabalho portadora de características semelhantes as do ‘trabalho artesanal’ desenvolvido na Idade Mé-



dia, na Europa – aquele trabalho desenvolvido nas corporações de artífices por produtores que tinham controle sobre o seu processo de trabalho, controlavam o ritmo, eram proprietários dos instrumentos, tinham controle sobre o produto, bem como, da produção e reprodução dos conhecimentos relativos ao seu trabalho (Braverman, 1981; Marglin, 1980; Marx, 1982; Machado, 1995).

Neste sentido, a divisão de atividades entre os diferentes profissionais de saúde assemelha-se à ‘divisão social do trabalho’ (ver o verbete Divisão Social do Trabalho), por envolver ações assistenciais realizadas por grupos de trabalhadores especializados, ou seja, que dominam os conhecimentos e técnicas especiais, para assistir indivíduos ou grupos populacionais com problemas de saúde ou com risco de adoecer, desenvolvendo atividades de cunho investigativo, preventivo, curativo, de cuidado, de conforto ou com o objetivo de reabilitação, quando os indivíduos ou grupos sociais não podem fazer por si mesmos ou sem essa ajuda profissional. O ‘trabalho coletivo em saúde’ aproxima-se da ‘divisão técnica do trabalho’ quando os participantes da equipe de saúde distanciam-se do entendimento do seu objeto de trabalho, têm menor domínio sobre o seu

processo de trabalho de modo que têm menos instrumental tanto para intervir na concepção do trabalho quanto para intervir criativamente no agir cotidiano. Assim, distanciam-se do entendimento da finalidade do seu trabalho e ficam mais submetidos às decisões gerenciais. Quanto maior o controle sobre o processo de trabalho mais próximo da divisão social do trabalho; e quanto menor o domínio sobre o processo de trabalho maior aproximação com a divisão técnica ou parcelar do trabalho.

Em algumas profissões da saúde, como, por exemplo, enfermagem, fisioterapia, farmácia, nutrição e, também, certas práticas da odontologia, o trabalho é desenvolvido por trabalhadores com graus diferenciados de escolaridade. A coordenação do trabalho, dentro do grupo profissional, é exercida pelos profissionais de nível superior que concebem o trabalho e delegam atividades parcelares aos demais participantes da equipe. Majoritariamente, a organização do trabalho reproduz a fragmentação taylorista, mas é possível encontrar diferenciações, com maior ou menor aproximação com um trabalho cooperativo, mais criativo e menos alienado.

Pires, Gelbcke e Matos (2004) identificam, no trabalho da enferma-

gem, algumas características da divisão técnica do trabalho e da sua sistematização realizada por Taylor, conhecida como ‘organização científica do trabalho’ (OCT). Estas se evidenciam quando o mesmo é organizado com base no chamado ‘modelo funcional’, no qual o foco é a realização da tarefa distanciando o trabalhador do controle do seu processo de trabalho e da interação com o sujeito cuidado. O trabalho é mais repetitivo, com pouca autonomia e pouco espaço para ações criativas e para participação no processo decisório do cuidar. Aos enfermeiros e enfermeiras cabe o gerenciamento da assistência de enfermagem, com maior aproximação e controle sobre a concepção e o processo de cuidar; e aos demais trabalhadores que compõem a equipe cabe a execução de tarefas delegadas.

Segundo Graça com base em Liu (1983), em “Les nouvelles logiques en organisation du travail”, a OCT assenta-se nas seguintes idéias-chave: ‘parcelarização’ – cada trabalhador responsabiliza-se por uma tarefa ou um conjunto específico de tarefas simples; especialização – cada trabalhador executa sempre a mesma tarefa, ligada a um determinado posto de trabalho, não há espaço para troca na equipe; individualização – uma tarefa, um pos-

to de trabalho, um trabalhador; controle de tempos e movimentos – tempo de trabalho, pausas e descanso são definidos pela gerência; separação entre as funções de controle e de concepção das funções de execução – “quem executa não controla ou avalia os resultados (...) quem executa, não concebe, não decide, não planeja, não programa, não organiza, não coordena”.

No ‘modelo dos cuidados integrais’, cada membro da equipe de enfermagem presta todo o conjunto diversificado de cuidados que o sujeito necessita, considerando-se os cuidados prescritos por médicos e enfermeiros(as) para cada dia de trabalho. Neste modo de organização do trabalho, ocorre uma maior aproximação do trabalhador do entendimento e do controle sobre o processo de cuidar, possibilitando uma relação mais criativa e humana entre o cuidador e o sujeito cuidado. Há certa possibilidade de o trabalhador identificar mudanças no quadro clínico ou reações individuais do sujeito cuidado e assim intervir diretamente, ou buscar colaboração, para atender às necessidades dos doentes ou pessoas com carências em relação à saúde. E, mesmo que os enfermeiros e enfermeiras continuem com o papel gerencial na equipe, esse modelo afasta-se mais das características da divisão téc-



nica do trabalho que o modelo dos ‘cuidados funcionais’ (Pires, 1998; Matos & Pires, 2002).

### Para saber mais:

ALMEIDA, M. C. P. de. *O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática*. São Paulo: Cortez, 1986.

BRAVERMAN, H. *Trabalho e Capital Monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. (1.ed., 1974)

CAMPOS, G. W. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) *Praxis en salud: un desafío para lo público*. Buenos Aires/São Paulo: Lugar Editorial/Hucitec, 1997.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.

FOUCAULT, M.. *Microfísica do Poder*. 4.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

GONÇALVES, R. B. M. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*, 1979. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Pós-Graduação em Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.

LIU, M. Les nouvelles logiques en organisation du travail. *Revue Française de Gestion*, 41: 15-19, 1983.

MACHADO, M. H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: MACHADO, M. H. (Org.) *Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

MARGLIN, S. A. Origem e funções do parcelamento das tarefas. Para que servem os padrões? In: GORZ, A. (Org.) *Crítica da Divisão do Trabalho*. São Paulo: Martins Fontes, 1980. (1.ed., 1973)

MARX, K. *O Capital*. 8.ed. São Paulo: Difel, 1982. Livro 1, v.1. (1.ed., 1867)

MATOS, E. & PIRES, D. A organização do trabalho da enfermagem na perspectiva dos trabalhadores de um hospital escola. *Texto & Contexto Enfermagem*, 11(1): 187 -205, 2002.

NOGUEIRA, R. P. *Medicina Interna e Cirurgia: a formação social da prática médica*, 1977. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Uerj.

PEDUZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista Saúde Pública*, 35(1): 103-109, 2001.

PIRES, D. *Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989.

PIRES, D. *Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil*. São Paulo: AnnaBlume/CNTSS, 1998.

PIRES, D. *Relationship between new technologies and the health of health care professionals: a study in a Dutch hospital*. Amsterdam, 2004. (Research Report)

PIRES, D; GELBCKE, F; & MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. *Revista Trabalho Educação e Saúde*, 2(2): 311-325, 2004.

SCHRAIBER, L. B. *O Médico e seu Trabalho*. Limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

## DUALIDADE EDUCACIONAL

*Ana Margarida Campello*

**E**m ‘Crítica ao programa de Gotha’, no qual o Partido Operário Alemão exige: ‘Educação popular geral e igual a cargo do Estado’, Marx (s.d.) contra-argumenta: “Educação popular igual? O que se entende por isto? Acredita-se que na sociedade atual ... a educação pode ser igual para todas as classes?” Refletir sobre a escola com base nessas perguntas é questionar a possibilidade de, na sociedade capitalista, a educação ser igual para todas as classes sociais.

A dualidade estrutural expressa uma fragmentação da escola a partir da qual se delineiam caminhos diferenciados segundo a classe social, repartindo-se os indivíduos por postos antagonistas na divisão social do trabalho, quer do lado dos explorados, quer do lado da exploração. Baudelot e Establet (1971), entre outros teóricos do crítico-reprodutivismo, desvendam a ilusão ideológica da unidade da escola e da existência de um tipo único de escolaridade. Para essa teoria, a escola não é única, nem unificadora, mas constituída pela unidade contraditória de duas redes de escolarização: a rede de formação dos

trabalhadores manuais (rede primário-profissional ou rede PP) e a rede de formação dos trabalhadores intelectuais (rede secundário-superior ou rede SS). O dualismo da escola no modo capitalista de produção se manifesta como resultado de mecanismos internos, pedagógicos, de destinação de ‘uns e não outros’ (Souza e Silva, 2003) para os estudos longos em suas fileiras nobres como mecanismo de reprodução das classes sociais. Nessa concepção, para apreender a dualidade estrutural característica da escola capitalista é necessário colocar-se do ponto de vista daqueles que são dela excluídos. A repetência, o abandono, a produção do retardo escolar são mecanismos de funcionamento da escola e que fazem parte de suas características. É sua função discriminar, e isto desde o início da escolarização, na própria escola primária, que também não é única e que também divide. “Seus ‘defeitos’ ou ‘fracassos’ são, em verdade, a realidade necessária de seu funcionamento” (Baudelot e Establet, id., p. 269).

No Brasil, essa diferenciação se concretizou pela oferta de escolas de formação profissional e escolas de for-





mação acadêmica para o atendimento de populações com diferentes origens e destinação social. Durante muito tempo o atual ensino médio ficou restrito àqueles que prosseguiriam seus estudos no nível superior, enquanto a educação profissional era destinada aos órfãos e desvalidos, os ‘desfavorecidos da fortuna’.

A análise do fluxo escolar, no Brasil, neste início de século XXI, aponta para a expulsão da escola de uma imensa parcela da população: apesar da quase universalização do acesso a 1ª série do Ensino Fundamental, apenas 45% dos jovens brasileiros concluem o Ensino Médio. Percebe-se claramente a constituição de dois grupos: aqueles que permanecem no interior da escola e os que dela vão sendo excluídos. Entre os que permanecem, uma nova diferenciação se produz pela desigualdade das condições de escolarização e pela precarização dos programas pedagógicos que conduzem a uma certificação desqualificada, para ‘uns e não outros’.

A dualidade estrutural confirma-se nos limites das classes sociais e da dicotomia histórica entre os estudos de natureza teórica e os estudos de natureza prática. A ‘escola do dizer’ e a ‘escola do fazer’ são, nas palavras de Nosella (1995), as divisões estruturais

do sistema educativo no modo capitalista de produção. A escola de formação das elites e a escola de formação do proletariado. Nessa concepção está implícita a divisão entre aqueles que concebem e controlam o processo de trabalho e aqueles que o executam. A educação profissional destinada àqueles que estão sendo preparados para executar o processo de trabalho, e a educação científico-acadêmica destinada àqueles que vão conceber e controlar este processo. Essa visão que separa a educação geral, propedêutica da educação específica e profissionalizante, reduz a educação profissional a treinamentos para preenchimento de postos de trabalho.

Nas análises sobre a dualidade da escola brasileira focaliza-se principalmente o ensino médio:

A literatura sobre o dualismo na educação brasileira é vasta e concordante quanto ao fato de ser o ensino médio sua maior expressão. ... Neste nível de ensino se revela com mais evidência a contradição entre o capital e o trabalho, expressa no falso dilema de sua identidade: destina-se à formação propedêutica ou à preparação para o trabalho? (Frigotto, Ciavatta e Ramos, 2005, p. 31).

A história do ensino médio no Brasil é a história do enfrentamento da

tensão entre educação geral e educação específica, em decorrência de sua própria natureza de mediação entre a educação fundamental e a formação profissional *stricto sensu*. Sua dupla função – preparar para a continuidade dos estudos e para o mundo do trabalho – lhe confere ambigüidade, “uma vez que esta não é uma questão apenas pedagógica, mas política, determinada pelas mudanças nas bases materiais de produção, a partir do que se define a cada época uma relação peculiar entre trabalho e educação (Kuenzer, 2007, p. 9).

Na década de 1980, o campo educacional brasileiro atravessou um intenso processo de disputa em cujo centro estava a reestruturação de nosso sistema educacional profundamente reformulado durante os mais de vinte anos que durou a ditadura instituída pelo golpe militar de 1964. Difundiuse um clima de democratização, de participação social que levou à mobilização de educadores e políticos, visando à elaboração de uma nova Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional. Em termos de educação profissional, a meta era avançar na direção do ensino politécnico. A apresentação de uma proposta alicerçada na concepção de politecnia indica a possibilidade senão de uma superação, ao menos de

um enfrentamento, da dualidade estrutural que historicamente marca as concepções e práticas educativas no Brasil (Rodrigues, 2005), especialmente no que diz respeito ao Ensino Médio.

Essa proposta, no entanto, não conseguiu ser implantada e, no final dos anos 1990, ainda no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso, a partir da promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (Lei nº 9.394/96), por meio das reformas do Ensino Médio e da Educação Profissional foi proibido o desenvolvimento integrado do ensino médio e técnico, obrigando-se a constituição de sistemas paralelos de educação básica e educação profissional. Na análise dessas reformas, evidencia-se um retorno à dualidade estrutural da educação brasileira estabelecida pela Reforma Capanema, que, em 1942, por meio das chamadas ‘leis’ orgânicas, criou ramos de ensino: de um lado, o ensino secundário, propedêutico, para a formação de intelectuais; de outro, os ramos técnicos (agrícola, industrial, comercial e normal) para a formação de trabalhadores instrumentais. Os egressos dos ramos técnicos não tinham então direito de acesso ao ensino superior. Esse direito só lhes foi plenamente assegurado em 1961, com a promulgação da Lei nº 4.024 que estabele-



leceu a equivalência entre o ensino secundário, atual ensino médio, e o ensino técnico, para fins de prosseguimento dos estudos.

Ao fazer a crítica do caráter de classe da escola burguesa, a proposta escolar de Gramsci afirma a concepção de politécnica na construção de uma escola unitária:

Escola única inicial de cultura geral, humanista, formativa, que equilibre equanimemente o desenvolvimento da capacidade de trabalhar manualmente (tecnicamente, industrialmente) e o desenvolvimento das capacidades de trabalho intelectual. Deste tipo de escola única, através de repetidas experiências de orientação profissional, passar-se-á a uma das escolas especializadas ou ao trabalho produtivo (Gramsci, 1995, p. 118).

Para Gramsci, o surgimento da escola unitária não se restringe aos limites da educação escolar, mas diz respeito a toda a vida cultural e social. O advento da escola unitária significa o início de novas relações entre trabalho intelectual e trabalho manual, não apenas na escola, mas em toda a vida social. O princípio unitário, por isso, refletir-se-á em todos os organismos de cultura, transformando-os e emprestando-lhes um novo conteúdo. A escola unitária elementar e média deve

educar de forma conjunta para as atividades intelectuais e manuais, e propiciar uma orientação múltipla em relação às futuras atividades profissionais, sem predeterminar escolhas (Manacorda, 1990).

É possível superar a dualidade da educação na sociedade capitalista, ou a “unitariedade inscreve-se no campo da utopia a ser construída através da superação do capitalismo”? (Kuenzer, 2004, p. 90).

É preciso, ao reconhecer que a escola contribui para a reprodução das classes sociais, ressaltar a contradição como aspecto fundamental do dinamismo histórico. Se por um lado a escola reproduz (os valores dominantes da exploração e do poder), por outro alimenta o movimento de superação do estado de coisas existente. A esse respeito, afirma Frigotto (1989, p. 24):

A escola ao explorar (...) as contradições inerentes à sociedade capitalista é ou pode ser um instrumento de mediação na negação dessas relações sociais de produção. Mais que isto, pode ser um instrumento eficaz na formulação das condições concretas da superação dessas relações sociais que determinam uma separação entre capital e trabalho, trabalho manual e trabalho intelectual, mundo da escola e mundo do trabalho.

A escola única, politécnica, ao tomar o trabalho como princípio educativo, busca a articulação entre teoria e prática e a negação da separação entre cursos teóricos e cursos práticos, entre ensino propedêutico e ensino profissionalizante. Coloca-se, aqui, o conceito de escola unitária, ou de unitariedade, tendo em vista o princípio da união dos contrários e para estabelecer uma relação dialética com dualidade escolar no sentido da construção de uma escola que não se diferencia em função das classes sociais e que, por isto, significa o início de novas relações entre trabalho intelectual e trabalho manual, não apenas na escola, mas também na vida social, no sentido da superação da sociedade de classes.

#### Para saber mais:

BAUDELLOT, C.; ESTABLET, R. *L'École capitaliste - en France*. Paris: Librairie François Maspero, 1971.

FRIGOTTO, G. *A produtividade da escola improdutiva: um (re)exame das relações entre educação e estrutura econômico-social e capitalista*. 3.ed. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1989.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. & RAMOS, M. (Orgs.). *Ensino médio integrado: concepção e contradições*. São Paulo: Cortez, 2005.

GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere*. 2.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, v. 1. 2001.

GRAMSCI, A. *Os intelectuais e a organização da cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

KUENZER, A. Exclusão includente e inclusão excludente: a nova forma de dualidade estrutural que objetiva as novas relações entre educação e trabalho. In: LOMBARDI, J. C.; SAVIANI, D.; SANFELICE, J. L. (Orgs.) *Capitalismo, trabalho e educação*. 2. ed. rev. Campinas, SP: Autores Associados, HISTEDBR, 2004.

KUENZER, A. Z. *Ensino médio e profissional: as políticas do estado neoliberal*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MANACORDA, M. A. *História da educação: da antiguidade aos nossos dias*. 4.ed. São Paulo: Cortez, 1995.

MANACORDA, M. A. *O princípio educativo em Gramsci*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MARX, K. Crítica ao programa de Gotha. In: MARX, K. & ENGELS, F. *Obras Escolhidas*. São Paulo: Alfa-Omega, s.d.

NOSELLA, P. Prefácio. In: MANACORDA, M. (Org.). *História da educação: da antiguidade aos nossos dias*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

RODRIGUES, J. Ainda a educação politécnica: o novo decreto da educação profissional e a permanência da dualidade estrutural. *Trabalho, Educação e Saúde*, 3 (2): p. 259-282, 2005.

SAVIANI, D. O choque teórico da politecnia. *Trabalho, Educação e Saúde*, 1(1): p. 131-152, 2003.

SAVIANI, D. *Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações*. 9. ed. São Paulo: Autores Associados, 2005.

SOUSA e SILVA, J. *Por que uns e não outros?: Caminhada de jovens pobres para a universidade*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2003.





# E

## EDUCAÇÃO



*Lílian de Aragão Bastos do Valle*

**E**m sua designação mais genérica, chama-se de ‘educação’ uma atividade social tão antiga quanto a própria instituição de uma sociedade minimamente organizada: assim, como considera Werner Jaeger, “todo povo que atinge certo grau de desenvolvimento inclina-se naturalmente à prática da educação” (Jaeger, 1995, p. 3).

Como se pode, portanto, facilmente perceber, nessa primeira acepção – bastante corrente, sobretudo no domínio da sociologia –, a ‘educação’ corresponderia a uma ‘prática espontânea e irrefletida’ que, em realidade, responde pelas necessidades mais elementares de conservação e de auto-reprodução que a sociedade, tal como qualquer ser vivo, não deixa de manifestar (Castoriadis, 1997, p. 15). E como essas necessidades referem-se, de forma imediata, à produção das condições ‘materiais’ de sobrevivência físico-biológica, estar-se-ia designando como ‘educação’ um processo que não se

afasta muito da simples adaptação animal – com a ressalva de que, no caso humano, trata-se de conservar ‘o modo de ser singular’ de uma sociedade, de forma que essa sobrevivência jamais segue um cânone prees-tabelecido e comum a todos os indivíduos da espécie, como acontece com os demais viventes. Por isso, mesmo nesse nível mais elementar, a simples exigência de conservação e reprodução da identidade social implica processos altamente complexos de preservação da cultura, dos hábitos, valores, comportamentos – enfim, do ‘mundo próprio’ que a sociedade criou e organizou para si, eminentemente, como ‘sentido’.

É claro, no entanto, que essa definição mais abrangente é bastante insuficiente e que se pode e se deve fornecer ao conceito de ‘educação’ um significado mais preciso, sobretudo se o que está interessando não é apenas essa prática muda, ainda que profunda em sua significação ontológica e antropo-

lógica, mas também e sobretudo a atividade para qual a existência da sociedade é, mais do que ocasião para instituição de comportamentos espontâneos, objeto de um exame e de uma deliberação explícitos que passam a visar e a caracterizar essa instituição.

Aceitando-se essa nova condição – que não é outra senão o projeto democrático! – dever-se-á reservar o termo ‘educação’ para uma atividade que nada tem de ‘natural’, que não é tão somente a contrapartida tornada necessária pelo aparecimento do que Arendt denominou os “recém-chegados” (Arendt, 1972, p. 228) em um mundo velho, em um mundo marcado pelo “fechamento cognitivo” (Castoriadis, 1987, p. 272) no qual nenhuma sociedade deixa de estar mergulhada. Pelo contrário, na medida em que o exame e a deliberação que caracterizam a democracia supõem o questionamento do modo de ser da sociedade, o que tratamos, então, por ‘educação’ concerne somente a um ‘tipo’ bastante particular de coletividades humanas, nas quais a ruptura – sempre parcial, sempre provisória – em relação ao fechamento social foi tornada possível. Na acepção que a aspiração democrática lhe concede, a ‘educação’ é, pois, prática ‘deliberada’, submetida a permanente questionamento

e conduzida em relação a finalidades coletivamente instituídas e proclamadas. Nessa segunda acepção, a prática da ‘educação’ se faz acompanhar por uma intensa atividade investigativa, de exame e reflexão, que pode, a justo título, ser denominada teoria educacional.

## Antigüidade

Enfatizando o caráter intencional do fenômeno educativo, uma outra versão da mesma tradição conservadora insiste em reduzi-lo à puericultura, à ação especializada visando ao desenvolvimento biológico e orgânico dos pequenos, assim como aos cuidados médico, higiênico, nutricional, psicológico aí envolvidos. Por suas origens, no grego, o termo *paideia* está, sem dúvida, associado à juventude, mas também está intimamente ligado à noção de ‘formação’ – a ser entendida como processo geral e mais amplo de ‘hominização’, como atividade ‘social’ refletida, como ‘autotransformação’ consciente e contínua, ou como patrimônio ‘cultural’ que fornece assento aos três outros. Pois, se o significado de ‘pais’ é ‘criança’, o termo não designa, no grego, nem aquele que simplesmente vem à vida (para o qual o termo é *tekonon*, ‘o engendrado’), nem



aquele que deve ser meramente alimentado e cuidado (que é dito *trephô*), como qualquer animal (Cassin, 2004, p. 200-201): somente ao filhote de homem se aplica a exigência de um desenvolvimento que vai bem além dos cuidados com o bem-estar físico e com a aptidão biológica à adaptação.

A *paideia* está sempre, portanto, associada ao ‘artifício’ que institui a vida humana e que somente a ele é devida: para a tradição filosófica grega – para Platão tanto quanto para Aristóteles – a *paideia* é o instrumento para a plena realização daquilo que, no humano, lhe é próprio e o distingue de todos os viventes: o *lógos*. E isso porque, diz Aristóteles, “ninguém possui o *lógos* desde o início, totalmente e de uma vez por todas”: é preciso desenvolvê-lo, e é esse o espaço deixado à ação humana. No entanto, para o filósofo, a artificialidade do *lógos* nada tem de antinatural, mas é, ao contrário, a própria “finalidade da natureza” humana (Aristóteles, 1997, VII, 13, 1334 b 15).

Desenvolver o *lógos* é arrematar o trabalho que a natureza, por si só, não é capaz de levar a cabo. Eis porque a *pólis* democrática deve ser dita *paidensis* – não só educadora, mas constituindo-se, ela própria, a educação de que necessitam os cidadãos: porque nela e

somente nela é possível viver inteiramente segundo o *lógos*. Mas é preciso atentar para o fato de que o termo *lógos*, correntemente traduzido por ‘razão’, acaba, na atualidade, por ser contaminado pelos sentidos que desde a Modernidade este termo vem recebendo. Para os gregos, o *lógos* é razão discursiva (Cassin, 1999) e deliberativa (Castoriadis, 1997), pública (Aristóteles, *Metafísica*, 4) e comum (Heráclito, fragmento 2). Este é o sentido da afirmação de que o homem é um animal político – literalmente, um ‘animal da *pólis*’: como a razão não se desenvolve espontaneamente no humano, é na *pólis* democrática que, fazendo uso de sua razão, ele pode realizar a plenitude sua humanidade, vivendo no seio de uma comunidade de ação e de deliberação. Mas o *lógos* também supõe a dimensão ética inescapável: enquanto os animais, vivendo ou não em ‘sociedade’, respondem de forma instintiva às exigências do estrato natural de sua existência – às necessidades funcionais de sobrevivência e de reprodução, que levam tudo o que vive a buscar o prazer e a fugir do sofrimento –, o humano, e somente ele entre os viventes, tem a capacidade de deliberar sobre o que é ‘útil ou prejudicial’. Assim, o bem e o mal são objeto, não de apreensão imediata, mas de

julgamento, e, portanto, de instituição, não mais se apresentando como realidades naturais, e sim como objetos de uma criação específica. Por isso, a razão que fornece sustentação à invenção da política e da ética é dita, em grego, *logon didonai* – a capacidade de dar conta de e de prestar contas por seus pensamentos, palavras e atos (Castoriadis, 1997).

É a essa prática de discernimento e deliberação que a *paideia* democrática visa. *Paidéia*, pois, como formação ética, que, no universo grego, jamais se separa da dimensão estética. Na *pólis*, a dedicação ao *lógos* implica que o amor à beleza e à sabedoria se transformou em modos de vida: a afirmação é de Péricles, um dos maiores líderes que a democracia grega conheceu (Tucídides, 1999, II, 40).

## Modernidade

Assim como a Antigüidade, a Modernidade foi um período em que o enorme interesse despertado pela ‘educação’ conduziu a uma intensa redefinição das práticas e, por isso mesmo, dos sentidos associados ao termo. A democracia antiga havia inventado a exigência de uma ‘educação’ comum, voltada para a formação inte-

gral dos cidadãos; estabeleceu também o costume de debater abertamente os diferentes projetos que a nova exigência suscitou. A Modernidade não só retoma o princípio dessa ‘educação’ comum, como o realiza cabalmente, ao criar uma instituição inteiramente dedicada a esse fim, a escola pública (Valle, 1997), que passa a monopolizar iniciativas e debates acerca da formação dos cidadãos.

Formalmente, insiste-se ainda que o fim da ‘educação’, tal como propusera Aristóteles, é desenvolver os ‘germens de humanidade’ que a natureza depositou em cada ser humano e que espontaneamente não se perfazem. Tanto quanto os antigos, os modernos fazem coincidir a hominização com o desenvolvimento da ‘razão’; no entanto, o sentido que eles atribuem ao conceito se restringe consideravelmente, distanciando-se bastante daquele que Aristóteles fixara. Para começar, na Modernidade, a razão marca, não mais uma experiência comum, mas o princípio de uma individualidade.

Com Descartes e a partir daí refaz-se a relação entre *lógos* e ser, entre razão e humanidade – que passam a estar inteiramente ancorados no indivíduo e em sua experiência de si, em uma pura auto-referência (Descartes, 1990). O desenvolvimento da espécie



depende do fato de que cada indivíduo possa atingir “toda a perfeição de que seja capaz” (Kant, 1996): são essas as bases sobre as quais se apóia o estabelecimento de um sistema de ‘educação’ pública caracterizado por forte diferenciação, tal como apenas Platão havia ousado sugerir, e relacionado ao projeto de uma sociedade altamente hierarquizada (Rancière, 2002). “Não podemos, nem devemos”, diz-nos Durkheim, “nos dedicar, todos, ao mesmo gênero de vida; temos, segundo nossas aptidões, diferentes funções a preencher, e será preciso que nos coloquemos em harmonia com o trabalho, que nos incumbe” (Durkheim, 1952, p. 29).

O argumento organicista serve, desse modo, a duas definições complementares da ‘educação’. Na versão conservadora, ela é descrita como trabalho espontâneo de transmissão, de geração em geração, da cultura instituída; na versão ‘moderna’, mais propriamente adaptada aos projetos liberais, ela ganha porém o *status* de tarefa duplamente e, cada vez mais, especializada: porque visa a produzir e a legitimar as diferenciações sociais e ocupacionais sob as quais o desenvolvimento capitalista se apóia e porque, para fazê-lo, desloca a formulação, o debate e a execução das ações de for-

mação pública do fórum político para o âmbito dos especialistas. Do ponto de vista teórico, tratava-se, segundo parece, de libertar a reflexão educacional do duvidoso terreno ‘metafísico’, para, já sob a denominação de ‘pedagogia’, confiá-la aos cuidados da ciência nascente, supostamente autônoma e antidogmática (Cambi, 1999).

Do ponto de vista prático, a instituição da escola pública seguiu, em muitos países, como no caso do Brasil, as características do modelo original francês: centralismo estatal, criação de corpo especializado de profissionais, crescente ênfase na diferenciação dos objetivos e níveis de ensino. Essas características acabariam por implicar em uma drástica atenuação da dimensão política que, no projeto original da escola pública, fora a principal dimensão reconhecida à ‘educação’ comum. Estabelecido pelo projeto de domínio sobre as disposições naturais, sobre seus sentidos, psicologia e paixões, o sujeito cognoscente adquire, por força do culto à racionalidade, a dignidade de conceito abstrato e, não obstante, de tipo antropológico central na educação: e, em que pese a aparente valorização do substrato empírico da inteligência humana, por parte de tantas teorias em voga durante os séculos XIX e XX, é dessa forma que ele se impõe,

não apenas na figura do aluno a ser formado, mas também do professor capaz de fazê-lo. Mas esse modelo que a Modernidade legou ao campo educacional não é obra solitária de teóricos: é produto de um mundo que não apenas se quer desencantado, mas inteiramente voltado para o progresso material, em nome do qual os indivíduos são chamados a abdicar da vida pública – da ‘liberdade dos antigos’.

Arendt (1987) analisou as consequências do desaparecimento, no mundo moderno, das esferas privada e pública, anteriormente constitutivas da existência humana: o estabelecimento, por um lado, de uma ‘privacidade’ esvaziada e muda e, por outro, de uma prática social que, não mais permitindo a experiência da política da pluralidade e da singularização, se reduz a comportamento estereotipado. Nessa perspectiva, caberia ainda associar a construção do sujeito moderno à emergência do ideal ‘político’ de uniformização das condutas, prontamente retraduzido em termos educacionais na tarefa de modelagem das subjetividades modernas, que coube, desde os primeiros tempos, a essa outra criação da Modernidade – a escola pública.

Pode-se, assim, estabelecer uma relação nada casual entre, por um lado,

as exigências de construção das sociedades modernas, que levam à criação da escola e à sua adoção como modelo universal da prática de ‘educação’ pública e, por outro, a sistemática racionalização dos sujeitos da ação escolar, aos poucos inteiramente reduzidos à sua dimensão cognitiva.

Em primeiro lugar, essa relação pode ser justificada pelo fato de que, chamada para monopolizar o grosso das iniciativas educacionais modernas, a escola pública é uma das primeiras manifestações da Modernidade, fazendo-se, pois, legitimamente tributária das expectativas, dos projetos, dos mitos e das obsessões que passam a marcar o período. Porém, é preciso convir que na medida em que realiza a conversão da complexa tarefa de formação humana à sua expressão objetiva e racionalizável, propondo os termos a partir dos quais os objetivos da ‘educação’ finalmente podem ser, como se diria mais tarde, operacionalizáveis, a redução cognitivista se torna a verdadeira *conditio per quam* da escola moderna. Ela é, assim, instrumento essencial para a legitimação da atividade dos especialistas, que, por meio da administração racional, tanto quanto da teorização da ‘educação’, pretendem legislar (de cima e de fora) sobre a prática escolar, convertendo-a, e aos tipos

antropológicos a ela associados, em objetos amplamente determináveis e determinados pelas disposições normativas.

A perspectiva histórica talvez ajude a compreender o renitente apego que a teoria pedagógica, tanto quanto o discurso oficial sobre a ‘educação’ até hoje demonstram pela redução cognitivista e seus instrumentos de predileção: os documentos legais, de caráter técnico-normativo e eternamente condenados pela contradição entre as ilusões que entretêm quanto a seu poder instituinte e as evidências de sua ineficácia, a desdobrar seus neologismos eruditos em uma profusão infindável de explicitações, comentários, estudos, manuais de aplicação; a transposição curricular universal – pela qual a formação ética, a construção das subjetividades, o treinamento das habilidades de socialização, a aquisição de sensibilidades, afetos e gostos específicos se fazem objetos de uma abstração destinada, inicialmente, a instruir o professor e, em seguida, à aplicação prática; as grades avaliativas, estatísticas e testes objetivos que, alternando-se à ‘subjetividade’ dos conceitos e categorias teóricos, procedem ao ordenamento de toda atividade escolar segundo o princípio da instrução, que se faz, por esses meios, verificável.

## Atualidade

O recrudescimento atual do cognitivismo – que corresponde ao desinvestimento do caráter político da ‘educação’ pública, à renovação do mito do especialista, ao esvaziamento dos espaços de construção coletiva e, mesmo, à valorização da iniciativa privada como alternativa para a responsabilidade pública pela ‘educação’ – não pode ser dado como mera fatalidade que apenas prolonga as características desde sempre identificáveis no modelo original da ‘educação’ escolar. O cognitivismo é ainda hoje uma construção social: no entanto, diferentemente do passado, essa construção não mais se apóia em uma árdua e consistente elaboração antropológica, mas, paradoxalmente, em sua ausência. A superficialidade das concepções de homem, de aluno e de professor que presidem o discurso educacional acompanha o empobrecimento da vida social e a ‘escalada da insignificância’ em que mergulhou a reflexão em nossas sociedades. Na ‘educação’, mas não só aí, ela contribui para manter vivo o mito da atuação especializada do legislador, do administrador e do teórico, em substituição às incertezas da construção política, da deliberação coletiva, da iniciativa empírica e singular.



Para a reflexão educacional, duas questões são ainda hoje essenciais, pois da capacidade social de criação de respostas satisfatórias parece depender a própria democracia: como formar, no seio de uma sociedade heterônoma, o cidadão autônomo; e como fazer para superar, ainda aqui, a irresistível tendência que leva as sociedades a sacralizar alguns valores específicos, realizando e legitimando a exclusão não só de outros grupos sociais e valores, mas da própria autocriação da autonomia?

### Para saber mais:

ANAXIMANDRO; PARMÊNIDES; HERÁCLITO. *Os Pensadores Originários*. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

ARENDT, H. La crise de l'éducation. In: ARENDT, H. *La Crise de la Culture*. Paris: Gallimard, 1972.

ARENDT, H. *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

ARISTÓTELES. *Metafísica 4. Ética a Nicômaco*. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

ARISTÓTELES. *Política*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*, II, 1, 1103, 10-17. São Paulo: Martin Claret, 2000.

CAMBI, F. *História da Pedagogia*. São Paulo: Unesp, 1999.

CASSIN, B. *Aristóteles e o Lógos: contos da fenomenologia comum*. São Paulo: Loyola, 1999.

CASSIN, B. "Paideia", "cultura", "Bildung": nature et culture. In: *Vocabulaire Européen des Philosophes*. Paris: Seuil, 2004, p. 200-201.

CASTORIADIS, C. A pólis grega e a criação da democracia. In: CASTORIADIS, C. *Encruzilhadas do Labirinto II. Domínios do Homem*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

CASTORIADIS, C. *Encruzilhadas do Labirinto V. Feito e a ser feito*. Rio de Janeiro: DP&A, 1997, p. 15 e seg. (O vivente existe para si. Ele cria seu mundo próprio e nada existe para ele (a não ser como catástrofe) que não entre neste mundo *segundo* a organização deste mundo)

DESCARTES, R. *Meditações Metafísicas*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

DURKHEIM, É. *Educação e Sociologia*. São Paulo: Melhoramentos, 1952.

JAEGER, W. *Paidéia: a formação do homem grego*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

KANT, I. *Sobre a Pedagogia*. Piracicaba: Unimep, 1996.

RANCIÉRE, J. *O Mestre Ignorante: cinco lições sobre emancipação intelectual*. Tradução de Lillian do Valle. Belo Horizonte: Autêntica, 2002. (Série Educação, Experiência e Sentido)

TUCÍDIDES. *História da Guerra do Peloponeso*. Tradução de Mário da Gama Kury. Brasília: Editora da UnB, 1999.

VALLE, L. do. *A Escola Imaginária*. Rio de Janeiro: DP&A, 1997.

## EDUCAÇÃO CORPORATIVA

*Aparecida de Fátima Tiradentes dos Santos  
Nayla Cristine Ferreira Ribeiro*



A Educação Corporativa consiste em um projeto de formação desenvolvido pelas empresas, que tem como objetivo “institucionalizar uma cultura de aprendizagem contínua, proporcionando a aquisição de novas competências vinculadas às estratégias empresariais” (Quartiero e Cerny, 2005, p. 24).

Segundo Jeanne Meister (1999), a Educação Corporativa é um “guarda-chuva estratégico para desenvolver e educar funcionários, clientes, fornecedores e comunidade, a fim de cumprir as estratégias da organização” (p. 35).

Este fenômeno em crescente expansão tem como sustentação a chamada ‘sociedade do conhecimento’, “cujo paradigma é a capacidade de transformação (...) do indivíduo social por meio do conhecimento” (Managão, 2003, p. 9). Um ‘novo trabalhador’ é exigido nesse contexto, que enfatiza as ‘competências’ segundo um “comportamento independente na solução de problemas, a capacidade de trabalhar em grupo, de pensar e agir

em sistemas interligados, e de assumir a responsabilidade no grupo de trabalho” (Markert 2000, apud Quartiero e Cerny, 2005, p. 28).

A Educação Corporativa se justifica, segundo a literatura, pela ‘incapacidade’ do Estado em fornecer para o mercado mão-de-obra adequada. Dessa forma, as organizações chamam para si essa responsabilidade, defendendo o deslocamento do papel do Estado para o empresariado na direção de projetos educacionais – Teoria do Capital Intelectual. “As empresas (...) ao invés de esperarem que as escolas tornem seus currículos mais relevantes para a realidade empresarial, resolveram percorrer o caminho inverso e trouxeram a escola para dentro da empresa” (Meister, 1999, p. 23).

Esse modelo educativo oferecido pelas empresas abrange várias modalidades de ensino, tais como: cursos técnicos (inglês, informática, etc.), educação básica (ensinos fundamental e médio), pós-graduação *lato sensu*, entre outros. Ele emerge na década de 1950

nos Estados Unidos, a partir da crítica ao tradicional modelo de Treinamento e Desenvolvimento (T&D) das empresas, considerado então obsoleto para os padrões do ‘novo modelo produtivo’ – a acumulação flexível:

(...) as características de um setor de Treinamento e Desenvolvimento padrão se tornaram tão desgastadas que melhorias ou mesmo uma reengenharia mais forte não seriam suficientes para adequá-lo às novas necessidades de educação no espaço das organizações (Quartiero e Cerny, 2005, p. 34).

Naquele momento as empresas investiam nessa modalidade com o objetivo de ensinar aos trabalhadores ‘o como fazer’. As empresas inicialmente tinham como foco “desenvolver qualificações isoladas, para a criação de uma cultura de aprendizagem contínua, em que os funcionários (aprendessem) uns com os outros e (compartilhassem as) inovações e melhores práticas com o objetivo de solucionar problemas empresariais” (Meister, 1999, p. 21).

No Brasil, a Educação Corporativa emerge na década de 1990 com a política neoliberal implementada no então governo Fernando Collor de Mello, no quadro de abertura econômica do país que impulsionou a ideo-

logia da competição para o mercado globalizado. Esse modelo educacional assumido pelas empresas surgiu “no auge do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade – PBQP” (Martins, 2004, p. 10).

## Características da Educação Corporativa

**Espaço físico** – Segundo Martins (2004), as unidades de Educação Corporativa têm o espaço físico mais como um conceito do que uma realidade. As estratégias pedagógicas podem ocorrer por meio da educação presencial, à distância ou semipresencial. A modalidade à distância proporciona um aprendizado por meio de um ambiente virtual. Há instituições que atuam apenas em espaços virtuais, por intermédio da modalidade da Educação à Distância – EAD – ou o *e-learning* – aprendizado eletrônico –, propiciando maior flexibilidade do treinamento, uma vez que o aluno tem “mais liberdade para escolher o local e a hora para aprender, (além de proporcionar) a redução do custo” (Blois e Melca, 2005, p. 59). Existem instituições que contam com espaços físicos próprios, direcionados aos treinamentos dos seus funcionários, e



eventualmente, utilizam espaços acadêmicos ou hotéis.

**As novas tecnologias** - As novas tecnologias educacionais tornaram-se um ganho para a infra-estrutura educacional viabilizada pelas empresas. Através da Educação à Distância a “qualificação dos funcionários é realizada em um tempo menor e com custos reduzidos, salientando que a economia de tempo pode chegar a 50%, e de custo a 60%, em relação aos cursos presenciais” (Quartiero e Cerny, 2005, p. 37). Usando-se as ferramentas tecnológicas, o trabalhador pode aprender por meio de videoconferências, de cursos ministrados pela *Internet*, ou até mesmo pela *Intranet* da empresa. Nesse contexto, não existe mais a necessidade do trabalhador ausentar-se para fazer a capacitação, uma vez que o conhecimento ‘vai a ele’.

**Público-alvo** – Pretende atender aos ‘colaboradores internos’ – os funcionários –, ‘os colaboradores externos’ – os familiares dos funcionários, fornecedores, clientes e a comunidade em geral que são atendidos, principalmente, por intermédio das ações de responsabilidade social.

**Corpo docente** – Cerca de 70% dos docentes são os próprios gerentes e executivos das instituições corporativas, enfatiza-se a atuação des-

tes como forma de “agregar valor à cadeia produtiva” (Martins, 2004, p. 44). A utilização dos gerentes traz um duplo benefício ao conhecimento organizacional:

(...) receber gerentes (...) não apenas para ensinar os conceitos que utilizam todos os dias na sua vida profissional, mas também para adequar esses conceitos à realidade dos [‘colaboradores’]. ... (Além), das vantagens econômicas. Em vez de contratar facilitadores profissionais, (usa-se) a própria força de trabalho (Meister, 1999, p. 22).

**Certificação** - A maior dificuldade encontrada pelas empresas está na certificação dos cursos de educação formal. Somente instituições acadêmicas credenciadas pelo Ministério da Educação (MEC) ou secretarias de educação (no caso da Educação Básica) podem emitir diplomas. A estratégia encontrada pelas empresas foi realizar parcerias com as ‘Universidades Tradicionais’ – nomenclatura pela qual o mundo corporativo denomina as Universidades Acadêmicas. Essas parcerias podem ser para validar a certificação dos cursos, como também para formatar um curso de acordo com a encomenda da empresa. Existem parcerias das empresas tanto com es-

colas e universidades públicas quanto privadas.

Um modelo de educação profissional pautado pelo mercado e tendo como principal finalidade a disseminação da cultura organizacional e o atendimento do plano estratégico da empresa, não atende à necessidade social de um projeto de formação humana comprometido com a construção de justiça social e a igualdade.

### Para saber mais:

BLOIS, M.; MELCA, F. *Educação corporativa: novas tecnologias na gestão do conhecimento*. Rio de Janeiro: Edições Consultor, 2005.

EBOLI, M. *Educação Corporativa no Brasil: Mitos e Verdades*. São Paulo: Editora Gente, 2004.

GRAMSCI, A. *Os Intelectuais e a Organização da Cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

GRAMSCI, A. *Escritos Políticos*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, v. 1. 2004.

MANAGÃO, K. C. Z. *Universidade Corporativa: um mecanismo do aparelho ideológico educativo*. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado em Educação – Universidade Católica de Petrópolis) Petrópolis, 2003.

MARKERT, W. Novos paradigmas do conhecimento e modernos conceitos de

produção: implicações para uma nova didática na formação profissional. *Educação e Sociedade*. Campinas, n.72, ago., p. 177-196, 2000.

MARTINS, H. G. Estudos da Trajetória das Universidades Brasileiras, 2004. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro/COPPE.

MEISTER, J. C. *Educação corporativa*. São Paulo: Makron Books, 1999.

QUARTIERO, E. M.; CERNY, R. Z. Universidade Corporativa: uma nova face da relação entre mundo do trabalho e mundo da educação. In: QUARTIERO, E. M.; BIANCHETTI, L. (Orgs.). *Educação corporativa: mundo do trabalho e do conhecimento: aproximações*. São Paulo: Cortez, 2005.

RAMOS, G. S. *Um novo espaço de (con)formação profissional: a Universidade Corporativa da Companhia Vale do Rio Doce - VALER e a legitimação da apropriação da subjetividade do trabalhador*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Instituto Oswaldo Cruz, 2007.

SANTOS, A. F. T. dos. Teoria do capital intelectual e teoria do capital humano: Estado, capital e trabalho na política educacional em dois momentos do processo de acumulação. In: Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação. *Anais eletrônicos da 27ª Reunião Anual*. Caxambu: Minas Gerais, 2004. Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes/27/gt09/t095.pdf> Acesso em: 12 de fev. 2007.

SANTOS, A. F. T. et al. Formação de Trabalhadores no Modelo da Educação Corporativa. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). *Estudos de politecnia e saúde*. v. 2. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 67-892007.

E

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE

*Márcia Valéria Morosini  
Angélica Ferreira Fonseca  
Isabel Brasil Pereira*

Inicialmente, deve-se localizar a temática da educação em saúde como um campo de disputas de projetos de sociedade e visões de mundo que se atualizam nas formas de conceber e organizar os discursos e as práticas relativas à educação no campo da saúde. Como nos lembra Cardoso de Melo (2007), para se compreender as concepções de educação em saúde é necessário buscar entender as concepções de educação, saúde e sociedade a elas subjacentes. De nossa parte, acrescentamos, também, a necessidade de se compreender essas concepções na interface com as concepções a respeito do trabalho em saúde e suas relações com os sujeitos do trabalho educativo.

Neste verbete, educação, saúde e trabalho são compreendidos como práticas sociais que fazem parte do modo de produção da existência humana, precisando ser abordados historicamente como fenômenos constituintes - produtores, reprodutores ou transformadores - das relações sociais.

Nas sociedades ocidentais, tem predominado a compreensão da educação como um ato normativo, no qual a prescrição e a instrumentalização são as práticas dominantes. Essa forma de conceber a educação, baseada numa pretensa objetividade e neutralidade do conhecimento, produzido pela razão cientificamente fundada, guarda correspondência com uma compreensão da saúde como fenômeno objetivo e

produto de relações causais imediatamente apreensíveis pela ciência hegemônica no campo, a biologia.

A busca por uma objetivação das ações humanas, fruto de um racionalismo de ímpeto controlador, tanto na educação quanto na saúde, acaba contribuindo para um processo de objetivação dos próprios sujeitos destas ações. Assim, o professor pode reduzir-se a um transmissor das informações, e o aluno, um seu correspondente, um mero receptor passivo das informações educativas. Por sua vez, o profissional de saúde pode tornar-se um operador de protocolos e condutas, e o ‘doente’, um corpo onde se dá a doença e, conseqüentemente, o ato médico. Em geral, homens desempenhando um papel pré-defindo e apassivado nas relações professor-aluno e profissional de saúde-doente.

Outros resultados não menos importantes desse processo são, no caso da educação, a adaptação dos educandos à realidade social apresentada como a ordem natural das coisas, como única forma de existência possível e racional; assim como, no caso do processo saúde-doença, a compreensão deste como o percurso natural do desenvolvimento da doença, seja esta compreendida como um fenômeno unicausal ou multicausal.

Poderíamos situar o final do séc. XIX e o início do século XX como um momento histórico importante na construção de concepções e práticas de educação e saúde que tiveram em sua base a Higiene, enquanto um campo de conhecimentos que se articulam, produzindo uma forma de conceber, explicar e intervir sobre os problemas de saúde. Nesse momento histórico, a Higiene está fortemente associada à ideologia liberal, encontrando neste pensamento os seus fundamentos políticos. Destarte, a Higiene centrava-se nas responsabilidades individuais na produção da saúde e construía formas de intervenção caracterizadas como a prescrição de normas, voltadas para os mais diferentes âmbitos da vida social (casa, escola, família, trabalho), que deveriam ser incorporadas pelos indivíduos como meio de conservar a saúde. Arouca (2003), ressalta que a Higiene acaba por reduzir à aplicação de medidas higiênicas a solução dos problemas de saúde, que se constituem a partir das condições de existência.

É nesse período que a filosofia da educação de John Dewey, formulada em estreito diálogo com a psicologia experimental e com o evolucionismo biológico, sofre grande apropriação pelo pensamento e pelas práticas de educação para a saúde. Muitos elemen-



tos merecem ser destacados do pensamento filosófico de Dewey, mas é a ênfase que este pensador atribui à primazia das características dos indivíduos para o desenvolvimento do processo educativo e o fato de tomar a construção de hábitos como um norte para a educação que são claramente identificáveis no que denominamos como educação sanitária.

O desenvolvimento da educação sanitária, a partir dos EUA, deu-se de forma associada à saúde pública, tendo sido instrumento das ações de prevenção das doenças, caracterizando-se pela transmissão de conhecimento. Mesmo que realizada de forma massiva, como no caso das campanhas sanitárias no Brasil, a perspectiva não contemplava a dimensão histórico-social do processo saúde-doença.

Cardoso de Melo (1976), no bojo do movimento pela Reforma Sanitária no Brasil, fez uma crítica severa aos efeitos do distanciamento da saúde pública em relação ao social, afirmando que “como o social não é considerado na prática da saúde pública, senão em perspectiva restrita, a educação passa a ser uma atividade paralela, tendo como finalidade auxiliar a efetivação dos objetivos eminentemente técnicos dos programas de saúde pública” (p. 13).

Entretanto, numa perspectiva crítica, a educação parte da análise das realidades sociais, buscando revelar as suas características e as relações que as condicionam e determinam. Essa perspectiva pode ater-se à explicação das finalidades reprodutivistas dos processos educativos ou trabalhar no âmbito das suas contradições, buscando transformar estas finalidades, estabelecendo como meta a construção de sujeitos e de projetos societários transformadores.

Da mesma forma, no campo da saúde, a compreensão do processo saúde-doença como expressão das condições objetivas de vida, isto é, como resultante das condições de “habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (Brasil, 1986, p. 04) descortina a saúde e a doença como produções sociais, passíveis de ação e transformação, e aponta também para um plano coletivo e, não somente individual de intervenção.

Essa forma de conceber a saúde tem sido caracterizada como um ‘conceito ampliado’, pois não reduz a saúde à ausência de doença, promovendo a idéia de que uma situação de vida saudável não se resolve somente com

a garantia do acesso aos serviços de saúde – o que também é fundamental –, mas depende, sobretudo, da garantia de condições de vida dignas que, em conjunto, podem proporcionar a situação de saúde. Nesse sentido, são indissociáveis o conceito de saúde e a noção de direito social.

Na interface da educação e da saúde, constituída com base no pensamento crítico sobre a realidade, torna-se possível pensar educação em saúde como formas do homem reunir e dispor recursos para intervir e transformar as condições objetivas, visando a alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva de sujeitos político-sociais.

Quanto ao trabalho em saúde, a forma histórica hegemônica por ele assumida estruturou-se a partir da biomedicina, organizando o processo de trabalho de forma médico-centrada, caracterizando-se pela hierarquização, reproduzindo a divisão intelectual e social do trabalho e do saber em saúde. Dessa forma, a educação em saúde, produzida no âmbito dos serviços de saúde, esteve muito subordinada a esse modelo, assim como, as práticas de educação sanitária, dirigidas à sociedade em geral e suas instituições, reproduziram em larga escala o poder biomédico, ten-

do funcionado, muitas vezes, como braços do controle estatal sobre os indivíduos e as relações sociais.

Stotz (1993), ao analisar os diferentes enfoques no campo da educação e saúde, coloca em evidência a predominância histórica do padrão médico na forma de conceber e organizar as atividades conhecidas pelo nome de educação sanitária. Esse padrão, que chamaremos de enfoque ou modelo biomédico, tornou-se alvo de intensas críticas, a partir da crise do sistema capitalista iniciada ao final da década de 60. Foram denunciadas, principalmente, a incapacidade do modelo biomédico de responder às necessidades de melhoria das condições de saúde da população; a medicalização dos problemas de caráter socioeconômicos; a iatrogenia; e o caráter corporativo da atuação dos profissionais. O autor relaciona as críticas dirigidas ao modelo biomédico às críticas feitas aos paradigmas do cientificismo, às idéias de neutralidade e atemporalidade da ciência concebida como universal.

Nessa perspectiva histórica, Stotz localiza as mudanças ocorridas na década de 70, quando o Estado capitalista incorporou parte das propostas formuladas pelos movimentos críticos na área da saúde, mas o fez segundo seus objetivos de racionalização de custos.

Esse mesmo autor, apoiado no trabalho de Tones (1987, *apud* Stotz, 1993), nos auxilia também a compreender as diferentes concepções que se constituíram, mais recentemente, nas formas de abordar a educação e saúde, definindo-as quanto ao seu objeti-

vo, ao sujeito da ação, ao âmbito da ação, ao princípio orientador, à estratégia e ao pressuposto de eficácia. A seguir, reproduzimos o quadro no qual essas concepções são sistematizadas segundo esses critérios:



**Quadro 1**

Características Educativas	Abordagens			
	Educativa	Preventiva	Radical	Des. Pessoal
<b>Objetivo</b>	Compreensão da situação	Comportamento saudável	Consciência social da saúde	Personalidade desenvolvida
<b>Sujeito da ação</b>	Educador	Educador	Educador em aliança com cidadãos	Educador
<b>Âmbito da ação</b>	Indivíduos nos serviços/sociedade	Indivíduos nos serviços	Grupos sociais/sociedade	Indivíduos nos serviços
<b>Princípio orientador</b>	Eleição informada sobre riscos	Persuasão sobre riscos	Persuasão política	Potenciação do valor do indivíduo
<b>Estratégia</b>	Compartilhar e explorar crenças e valores	Prevenir doenças pelo desenvolvimento de comportamentos saudáveis	Desenvolver luta política pela saúde	Desenvolver destrezas para a vida
<b>Pressuposto de eficácia</b>	Acesso igualitário de informações	Mudança de comportamento individual	Participação dos cidadãos na luta pelas políticas	Crença na capacidade de controlar a vida

Fonte: Stotz, 1993.

Em relação aos critérios analisados, pode-se notar que o papel atribuído ao indivíduo e ao social varia entre essas concepções. Talvez seja em relação ao peso relativo atribuído a esses pólos (indivíduo e sociedade) que se possa melhor discriminar os projetos e as ações educativas desenvolvidas segundo essas concepções. Acrescentamos também a dimensão do Estado e o papel a ele atribuído na solução, na prevenção e na recuperação dos processos de saúde-doença, assim como, no desenvolvimento de projetos educativos no campo da saúde.

Atualmente, considerando a importância adquirida pelo projeto de promoção da saúde, que busca capilarizar-se em várias dimensões da vida social (família, escola, comunidade) e individual (cuidados com o corpo, desenvolvimento de hábitos saudáveis), a discussão sobre as dimensões individuais e coletivas da saúde/doença torna-se oportuna e particularmente importante.

O modelo da promoção, no qual a educação em saúde se apresenta como um dos seus eixos de sustentação, vê-se diante do desafio de não reproduzir, a partir da incorporação instrumental da categoria de risco e da ênfase na mudança de comportamento, a mesma redução operada pelo

higienismo, que ao responsabilizar o indivíduo pela reversão da sua dinâmica de adoecimento, acabou por culpabilizá-lo, esvaziando a compreensão da dimensão social do processo saúde/doença.

No movimento constante em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como projeto de um sistema universal, público, equânime, integral e democrático, encontra-se a necessidade de se buscar uma concepção da relação educação e saúde que se configura como resultado da ação política de indivíduos e da coletividade, com base no entendimento da saúde e da educação em suas múltiplas dimensões: social, ética, política, cultural e científica.

Essa construção passa necessariamente pela redefinição do processo de trabalho em saúde e das atribuições e responsabilidades entre os trabalhadores, assim como, pela transformação do papel desempenhado por estes trabalhadores nos encontros com a população. Compreendendo a potencialidade educativa dos vários atos promovidos nas ações e nos serviços de saúde, pode-se compreender todos os trabalhadores da saúde como educadores, e estes, junto com a população atendida, sujeitos do processo de produção dos cuidados em saúde.

A categoria práxis tem centralidade nessa perspectiva, uma vez que estabele-





lece uma relação de continuidade e complementaridade entre a teoria e a prática, compreendendo o conhecimento e as técnicas como uma produção social, historicamente constituídos e implicados entre si, não-neutros, isto é, orientados por um projeto societário transformador. Nesse sentido, os sujeitos da ação-reflexão não são redutíveis a objeto e não são considerados senão nas suas várias dimensões, como sujeitos históricos, políticos, sociais.

O potencial da educação como processo emancipatório, na interface com os movimentos sociais, tem na categoria de práxis social, criadora/transformadora da realidade, um aspecto central que está presente nas teses que permeiam o pensamento de Paulo Freire. Esse pensador exerceu forte influência no Movimento da Educação Popular em Saúde, na América Latina e, particularmente, no Brasil.

São marcas da pedagogia freireana a concepção de processo ensino-aprendizagem como uma troca, como um processo dialógico entre educador e educando, que se dá numa realidade vivida. O conhecimento advém da reflexão crítica sobre essa realidade, construindo-se, ao mesmo tempo em que o homem vai se constituindo e se posicionando como um ser histórico.

Nesse sentido, não cabem relações verticais entre educador e educando, ou a transferência de conhecimentos e a normatização de hábitos, que marcaram o pensamento hegemônico da educação sanitária no século passado e que ainda hoje estão presentes nas práticas educativas em saúde.

Como campo de disputas, a educação em saúde é permeada por essas várias concepções que se enfrentam, ainda hoje, nas práticas dos diversos trabalhadores da saúde que realizam o SUS. Em certa medida, cumpre reforçar que não são somente perspectivas ou correntes educacionais ou sanitárias que se defrontam, mas formas de conceber os homens, a relação entre estes, as formas de organizar a sociedade e partilhar os bens por ela produzidos.

### Para saber mais:

AROUCA, S. *O Dilema Preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Editora, 1990.

CARDOSO DE MELO, J. A. Educação e as Práticas de Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). *Trabalho, Educação e Saúde: reflexões críticas de Joaquim Alberto Cardoso de Melo*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007.

CARDOSO DE MELO, J. A. Educação Sanitária: uma visão crítica. *Cadernos do Cedes*. São Paulo: Cortez Editora-Autores Associados, n. 4, p. 28-43, 1981.

\_\_\_\_\_. A Prática da Saúde e a Educação. *Saúde em Debate*, n. 1, p. 13-14, out/nov. 1976.

COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

FOUCAULT, M. *A Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

NUNES, E.; D. GARCIA, J. C. (Orgs.). *Pensamento Social na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V.; STOTZ, E. N. (Orgs.). *Participação Popular, Educação e Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p.11-22, 1993.

## EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Ricardo Burg Ceccim  
Alcindo Antônio Ferla

A ‘educação permanente em saúde’ precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma ‘prática de ensino-aprendizagem’ e como uma ‘política de educação na saúde’. Ela se parece com muitas vertentes brasileiras da educação popular em saúde e compartilha muitos de seus conceitos, mas enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho.

Como ‘prática de ensino-aprendizagem’ significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança. A ‘educação permanente em saúde’ se apóia no conceito de ‘ensino problematizador’ (inserido de maneira crítica na realidade e sem superioridade do educador em rela-

ção ao educando) e de ‘aprendizagem significativa’ (interessada nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos alunos, desafiante do desejar aprender mais), ou seja, ensino-aprendizagem embasado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo. É contrária ao ensino-aprendizagem mecânico, quando os conhecimentos são considerados em si, sem a necessária conexão com o cotidiano, e os alunos se tornam meros escutadores e absorvedores do conhecimento do outro. Portanto, apesar de parecer, em uma compreensão mais apressada, apenas um nome diferente ou uma designação da moda para justificar a formação contínua e o desenvolvimento continuado dos trabalhadores, é um conceito forte e desafiante para pensar as ligações entre a educação e o trabalho em saúde, para colocar em questão a relevância social do ensino e as articulações da formação com a mudança no conhecimento e no exercício profissional, trazendo, junto dos saberes técnicos e científicos, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações.

Como ‘política de educação na saúde’, a ‘educação permanente em

saúde’ envolve a contribuição do ensino à construção do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS e a saúde coletiva têm características profundamente brasileiras, são invenções do Brasil, assim como a integralidade na condição de diretriz do cuidado à saúde e a participação popular com papel de controle social sobre o sistema de saúde são marcadamente brasileiros. Por decorrência dessas particularidades, as políticas de saúde e as diretrizes curriculares nacionais para a formação dos profissionais da área buscam inovar na proposição de articulações entre o ensino, o trabalho e a cidadania.

A ‘educação permanente em saúde’ não expressa, portanto, uma opção didático-pedagógica, expressa uma opção político-pedagógica. A partir desse desafio político-pedagógico, a ‘educação permanente em saúde’ foi amplamente debatida pela sociedade brasileira organizada em torno da temática da saúde, tendo sido aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde (CNS) como política específica no interesse do sistema de saúde nacional, o que se pode constatar por meio da Resolução CNS n. 353/2003 e da Portaria MS/GM n. 198/2004. A ‘educação permanente em saúde’ tornou-se, dessa forma, a estratégia do SUS

para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde.

Essa política afirma: 1) a articulação entre ensino, trabalho e cidadania; 2) a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; 3) a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional; 4) o reconhecimento de bases locais regionais como unidades político-territoriais onde estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em ‘cooperação’ para a formulação de estratégias para o ensino, assim como para o crescimento da gestão setorial, a qualificação da organização da atenção em linhas de cuidado, o fortalecimento do controle social e o investimento na interseccionalidade. O eixo para formular, implementar e avaliar a ‘educação permanente em saúde’ deve ser o da integralidade e o da implicação com os usuários.

Para a ‘educação permanente em saúde’, não existe a educação de um ser que sabe para um ser que não sabe, o que existe, como em qualquer educação crítica e transformadora, é a troca e o intercâmbio, mas deve ocorrer também o ‘estranhamento’ de saberes e a ‘desacomodação’ com os saberes e as práticas que estejam vigentes em cada lugar. Isto não quer dizer que aquilo que já sabemos ou já fazemos

está errado, quer dizer que, para haver ensino-aprendizagem, temos de entrar em um estado ativo de ‘perguntação’, constituindo uma espécie de tensão entre o que já se sabe e o que há por saber.

Uma condição indispensável para um aluno, trabalhador de saúde, gestor ou usuário do sistema de saúde mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos é o desconforto com a realidade naquilo que ela deixa a desejar de integralidade e de implicação com os usuários. A necessidade de mudança, transformação ou crescimento vem da percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar alguma coisa está insatisfatória ou insuficiente em dar conta dos desafios do trabalho em saúde. Esse desconforto funciona como um ‘estranhamento’ da realidade, sentindo que algo está em desacordo com as necessidades vividas ou percebidas pessoalmente, coletivamente ou institucionalmente.

Uma instituição se faz de pessoas, pessoas se fazem em coletivos e ambos fazem a instituição. Todos e cada um dos profissionais de saúde trabalhando no SUS, na atenção e na gestão do sistema, têm idéias, conceitos e concepções acerca da saúde e da sua produção; do sistema de saúde, de sua operação e do papel que cada profis-



sional e cada unidade deve cumprir na organização das práticas de saúde. É a partir dessas concepções que cada profissional se integra às equipes ou agrupamentos de profissionais em cada ponto do sistema. É a partir dessas concepções, mediadas pela organização dos serviços e do sistema, que cada profissional opera.

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem o SUS da atenção integral à saúde. Não bastam novas informações, mesmo que preciosamente bem comunicadas, senão para a mudança, transformação ou crescimento.

Porque queremos tanto que novas informações cheguem aos serviços, aos trabalhadores, aos usuários e aos gestores? Para esclarecê-los? Para torná-los mais cultos? Para torná-los mais letrados em ciência e tecnologias? Se for assim, podemos apenas transmitir conhecimento, mandar ler manuais e exercitar jogos de perguntas e respostas. A ‘educação permanente em saúde’, entretanto, configura uma ‘pedagogia em ato’, que deseja e opera pelo desenvolvimento de si e dos

entornos de trabalho e atuação, estabelecendo tanto o contato emocional com as informações como movimentos de transformação da realidade. Enfatizamos novamente: será ‘educação permanente em saúde’ o ato de colocar o trabalho em análise, as práticas cotidianas em análise, as articulações formação-atenção-gestão-participação em análise. Não é um processo didático-pedagógico, é um processo político-pedagógico; não se trata de conhecer mais e de maneira mais crítica e consciente, trata-se de mudar o cotidiano do trabalho na saúde e de colocar o cotidiano profissional em invenção viva (em equipe e com os usuários).

A escolha pela ‘educação permanente em saúde’ é a escolha por novas maneiras de realizar atividades, com maior resolutividade, maior aceitação e muito maior compartilhamento entre os coletivos de trabalho, querendo a implicação profunda com os usuários dos sistemas de saúde, com os coletivos de formulação e implementação do trabalho, e um processo de desenvolvimento setorial por ‘encontro’ com a população.

É nesse sentido que, no Brasil, se constituiu o conceito de ‘quadrilátero da formação’: educação que associa o ensino como suas repercussões sobre

o trabalho, o sistema de saúde e a participação social. É o debate e a problematização que transformam a informação em aprendizagem, e é a ‘educação permanente em saúde’ que torna grupos de trabalho em coletivos organizados de desenvolvimento de si e de seus entornos de trabalho e atuação na saúde.

Para a ‘educação permanente em saúde’, a informação necessária é aquela que se propõe como ocasião para aprendizagem, mas que também busca ocasião de maior sensibilidade diante de si, do trabalho, das pessoas, do mundo e das realidades. Então, a melhor informação não está no seu conteúdo formal, mas naquilo de que é portadora em potencial. Por exemplo: a nova informação gera inquietação, interroga a forma como estamos trabalhando, coloca em dúvida a capacidade de resposta coletiva da nossa unidade de serviço? Se uma informação nos impede de continuarmos a ser o mesmo que éramos, nos impede de deixar tudo apenas como está e tensiona nossas implicações com os usuários de nossas ações, ela desencadeou ‘educação permanente em saúde’.

A ‘educação permanente em saúde’ pode ser um processo cada vez mais coletivo e desafiador das realidades. O primeiro passo é aceitar que as realida-

des não são dadas. Assim como as informações, as realidades são produzidas por nós mesmos, por nossa sensibilidade diante dos dados e por nossa operação com os dados de que dispomos ou de que vamos em busca. O segundo passo é organizar espaços inclusivos de debate e problematização das realidades, isto é, cotejar informações, cruzá-las, usá-las em interrogação umas às outras e não segregar e excluir *a priori* ou ensimesmar-se em territórios estreitos e inertes. O terceiro passo é organizar redes de intercâmbio para que informações nos cheguem e sejam transferidas, ou seja, estabelecer interface, intercessão e democracia forte. O quarto passo é produzir as informações de valor local num valor inventivo que não se furte às exigências do trabalho em que estamos inseridos e à máxima interação afetiva com nossos usuários de ações de saúde.

O ‘quadrilátero’ da ‘educação permanente em saúde’ é simples: análise e ação relativa simultaneamente à formação, à atenção, à gestão e à participação para que o trabalho em saúde seja lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Diferentemente das noções programáticas de implementação de práticas previamente selecionadas em que as informações

são empacotadas e despachadas por entrega rápida às mentes racionalistas dos alunos, trabalhadores e usuários, as ações de ‘educação permanente’ desejam os corações pulsáteis dos alunos, dos trabalhadores e dos usuários para construir um sistema produtor de saúde (uma abrangência), e não um sistema prestador de assistência (um estreitamento). Uma política de ‘educação permanente em saúde’ congrega, articula e coloca em roda diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução de sistemas locais de saúde. No Brasil, essa é a política atual do SUS para a educação em saúde e, portanto, a diretriz para os atores que atuam na área.

Ao colocar o trabalho na saúde sob as lentes da ‘educação permanente em saúde’, a informação científica e tecnológica, a informação administrativa setorial e a informação social e cultural, entre outras, podem contribuir para pôr em evidência os ‘encontros rizomáticos’ que ocorrem entre ensino, trabalho, gestão e controle social em saúde, carreando consigo o contato e a permeabilidade às redes sociais que tornam os atos de saúde mais humanos e de promoção da cidadania.

### Para saber mais:

BRASIL/Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *A Educação Permanente Entra na Roda: pólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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/Fiocruz, 2006.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - comunicação, saúde, educação*, 9(16): 161-178, set. 2004-fev., 2005.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4): 975-986, out.-dez., 2005a.

CECCIM, R. B. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.) *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Cepesc/Abrasco, 2005b.

CECCIM, R. B. & FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 14(1): 41-66, 2004.

CECCIM, R. B. & FERLA, A. A. Notas cartográficas sobre a escuta e a escrita: contribuição à educação das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção Social da*

*Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Cepesc/Abrasco, 2005.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. & DAVINI, M. C. (Orgs.) *Educación Permanente de Personal de Salud*. Washington: OPS/OMS, 1994.

MERHY, E. E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

## EDUCAÇÃO POLITÉCNICA

José Rodrigues

É consenso, entre os pesquisadores da área de trabalho e educação, que o conceito de ‘educação politécnica’ foi esboçado inicialmente por Karl Marx, em meados do século XIX. Em outras palavras, ‘educação politécnica’ pode ser vista como sinônimo de concepção marxista de educação.

Cabe esclarecer que, se é originária de Marx a concepção de ‘educação politécnica’, o filósofo alemão jamais escreveu um texto sistemático dedicado especificamente à questão pedagógica. Como ensina Mario Alighiero Manacorda, em sua clássica obra, *Marx e a Pedagogia Moderna*, se, por um lado, a “temática pedagógica é, de fato, tratada de maneira ocasional em seus as-

pectos específicos”, por outro lado, e “acima de tudo, está colocada organicamente no contexto de uma crítica rigorosa das relações sociais” (Manacorda, 1991, p. 9).

Dentre as obras em que Marx abordou a temática pedagógica, destacam-se *O Capital*, particularmente no capítulo XIII – A maquinaria e a indústria moderna (Marx, 1994 –, *A Ideologia Alemã* (Marx & Engels, 1987) e *Crítica ao Programa de Gotha* (Marx & Engels, s.d.).

Mas, em que consistiria a ‘educação politécnica’ para Marx? Sem pretender esgotar a discussão, pois certamente essa é uma questão bastante complexa, extrapolando os limites des-



te dicionário, pode-se, primeiramente, ilustrar o pensamento marxiano através de uma das passagens mais conhecidas de Karl Marx, retirada das *Instruções aos Delegados do Conselho Central Provisório da Associação Internacional dos Trabalhadores*, de 1868 (Marx & Engels, 1983, p. 60 – grifos do autor): “*afirmamos que a sociedade não pode permitir que pais e patrões empreguem, no trabalho, crianças e adolescentes, a menos que se combine este trabalho produtivo com a educação*”.

E, continuando, o filósofo alemão deixa claro o que entende por educação (1983, p. 60):

*Por educação entendemos três coisas:*

1. Educação intelectual.
2. Educação corporal, tal como a que se consegue com os exercícios de ginástica e militares.
3. Educação tecnológica, que recolhe os princípios gerais e de caráter científico de todo o processo de produção e, ao mesmo tempo, inicia as crianças e os adolescentes no manejo de ferramentas elementares dos diversos ramos industriais.

Pode-se facilmente perceber a direção de uma educação multilateral preconizada por Karl Marx; seguindo, o autor aponta a finalidade de sua proposta de ‘educação politécnica’: “Esta

combinação de trabalho produtivo pago com a educação intelectual, os exercícios corporais e a formação politécnica elevará a classe operária acima dos níveis das classes burguesa e aristocrática” (1983, p. 60).

Nessas indicações, encontra-se o embrião fundamental do trabalho como princípio educativo, que busca na transformação radical da sociedade sua última finalidade. Nesse sentido, os principais vetores da concepção marxista de educação são:

1. Educação pública, gratuita, obrigatória e única para todas as crianças e jovens, de forma a romper com o monopólio por parte da burguesia da cultura, do conhecimento.
2. A combinação da educação (incluindo-se aí a educação intelectual, corporal e tecnológica) com a produção material com o propósito de superar o hiato historicamente produzido entre trabalho manual (execução, técnica) e trabalho intelectual (concepção, ciência) e com isso proporcionar a todos uma compreensão integral do processo produtivo.
3. A formação omnilateral (isto é, multilateral, integral) da personalidade de forma a tornar o ser humano capaz de produzir e fruir ciência, arte, técnica.
4. A integração recíproca da escola à sociedade com o propósito de superar a estranhamento entre as práti-

cas educativas e as demais práticas sociais.

No Brasil, essa proposta/concepção de educação ficou relativamente latente até a década de 1980, quando foi (re)introduzida no debate pedagógico por Dermeval Saviani através do curso de doutorado em educação na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), notadamente a partir do estudo das concepções de Marx e de Antonio Gramsci. As obras de Manacorda sobre o pensamento de Marx e de Gramsci, sem dúvida, têm papel decisivo na apreensão da concepção marxista de educação no Brasil. Primeiramente, as obras circularam em suas traduções espanholas, sendo mais tarde vertidas para a língua portuguesa (Manacorda, 1990, 1991). Cabe também explicitar que podem ser encontradas publicações brasileiras, anteriores à década de 1980, que abordam a educação politécnica (como, por exemplo, Lemme, 1955). Contudo, estas obras não alcançaram maiores repercussões no pensamento pedagógico brasileiro.

Neste curso, Saviani buscava desenvolver uma crítica consistente ao especialismo, ao autoritarismo e ao reprodutivismo em educação, assim como ao marxismo vulgar. Desse modo, o pesquisador desenvolveu uma

linha de trabalho que primava pela opção de ‘ir às fontes’, buscando superar aquelas leituras simplificadoras, típicas do marxismo vulgar. Saviani entendia que estudar teoria da formação humana era buscar apreender as concepções de homem, sociedade e educação, em Marx e em Gramsci. Foi precisamente esse retorno ‘às fontes’, conduzido por Saviani, que propiciou a base teórica fundamental ao estabelecimento e posterior ampliação da discussão da concepção politécnica de educação na década de 1980.

Além do debate teórico, propriamente dito, cabe destacar que, em 1988, iniciou-se o então curso técnico de 2º grau da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), na perspectiva de

Pensar um projeto de educação articulado com um projeto de sociedade não excludente, pensar um ensino de segundo grau que se desvie da dualidade [educação propedêutica X formação profissional], pensar uma educação que tenha o ser humano como centro e não o mercado [de trabalho]. (Malhão, 1990, p. 3)

No mesmo ano, promulgada a Constituição em 1988, abriu-se o período dos debates acerca das chamadas ‘leis complementares’, que necessariamente decorreriam da nova Carta. Com



isso, a discussão em torno da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) irrompeu no país levando consigo o debate da politécnica.

Mais uma vez coube ao professor Dermeval Saviani a iniciativa de produzir um texto que, como ele mesmo afirmou, era ‘um início de conversa’ para a formulação da nova LDB, onde se destacam os conceitos de desenvolvimento omnilateral e formação politécnica. Um deputado, apropriando-se do esboço desenhado por Saviani, o transformou no primeiro anteprojeto de LDB. Com isso, tanto no texto “Contribuição à elaboração da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação: um início de conversa”, de Dermeval Saviani (1988a), quanto no anteprojeto apresentado pelo deputado Otávio Elísio (1988, p. 3), podia-se ler:

Art.35 A educação escolar de 2º grau (...) tem por objetivo geral propiciar aos adolescentes a *formação politécnica* necessária à compreensão teórica e prática dos fundamentos científicos das múltiplas técnicas utilizadas no processo produtivo.

Não cabe aqui explicitar a trajetória da LDB, aprovada em 1996, contudo, é mister registrar a efetiva derrota que sofreu a proposta da concepção marxista de educação no curso dessa trajetória, onde ficaram apenas men-

ções genéricas e inconsistentes à politécnica (Saviani, 1997, 2003).

No plano específico das pesquisas e publicações que tratam prioritariamente do tema politécnica, podem ser destacadas as contribuições de Dermeval Saviani (1986, 1988a, 1988b, 1989, 2003), Gaudêncio Frigotto (1984, 1985, 1988, 1991), Acácia Kuenzer (1988, 1989, 1991, 1992), Lucília Machado (1989, 1990, 1991a, 1991b, 1992) e Rodrigues (1998, 2005, 2006).

Essa grande e diversificada produção intelectual, marcada pelo contexto e pela conjuntura brasileiros, consubstanciou, sem dúvida, um debate específico sobre a concepção marxista de educação.

Até hoje, existe uma polêmica que gira em torno da denominação mais adequada à concepção marxiana (e marxista) de educação. Em vez de ‘educação politécnica’, alguns autores optam pela designação educação tecnológica. Concordamos com a posição de Saviani (2003, p. 145-146), que assinala uma importante mudança no discurso econômico e pedagógico da burguesia, no que tange à utilização dos termos ‘tecnologia’ e ‘politécnica’, sendo o primeiro definitivamente apropriado pelo discurso dominante: “Assim, a concepção de politécnica foi preservada na tradição socialista, sendo uma

das maneiras de demarcar esta visão educativa em relação àquela correspondente à concepção dominante” (Saviani, 2003, p. 146).

Em que pesem as diferentes perspectivas dos autores, *grosso modo*, a proposta brasileira de ‘educação politécnica’ pode ser caracterizada por três eixos fundamentais: dimensão infra-estrutural, dimensão socialista e dimensão pedagógica.

A dimensão infra-estrutural da concepção politécnica de educação agrega os aspectos relacionados ao mundo do trabalho, especificamente os processos de trabalho sob a organização capitalista de produção, e, conseqüentemente, a questão da qualificação profissional. A questão nodal era, então, procurar esclarecer como as inovações tecnológicas ‘implicariam’ a politécnica, ou seja, em que medida as mudanças nos processos de trabalho estariam contribuindo para a efetivação de uma formação politécnica. Enfim, a concepção politécnica de educação propõe, através de sua dimensão infra-estrutural, a identificação de estratégias de formação humana, com base nos modernos processos de trabalho, que apontem para uma reapropriação do domínio do trabalho, somente possível a partir das transformações tecnológicas.

O segundo vetor do debate brasileiro sobre a ‘educação politécnica’ – dimensão socialista – busca expor a profunda relação entre essa concepção de formação humana e um projeto de construção de uma sociedade sem classes. Para autores brasileiros, no auge do debate da politécnica, seria o projeto socialista-revolucionário de uma nova sociedade que possibilitaria, por um lado, proporcionar unidade teórico-política à concepção politécnica de educação e, por outro, impedir a sua ‘naturalização’, isto é, impedir o equívoco de se entender que a formação politécnica seria o caminho ‘natural’ demandado pelo modo de produção capitalista. Em outras palavras, a politécnica – apoiada em sua dimensão socialista – representaria uma profunda ruptura com o projeto de educação profissional e, fundamentalmente, com o projeto de formação humana postos pela sociedade burguesa.

Ora, como caminhar para uma progressiva explicitação do *modus operandi* de uma escola que se pautar numa orientação politécnica, sem recair em proposições abstratas, isto é, historicamente desenraizadas? Na opinião dos autores em tela, através do permanente estudo da dimensão infra-estrutural, além da consciência de que nenhum estudo ou pesquisa

poderá substituir a práxis educativa desenvolvida a partir do horizonte da politécnica. Ou seja, a construção de uma concepção de ‘educação politécnica’ precisaria, necessariamente, estar embasada em práticas pedagógicas concretas que deveriam buscar romper com a profissionalização estreita, por um lado, e com uma educação geral e propedêutica, livresca e descolada do mundo do trabalho, por outro.

Enfim, embora os autores não identificassem polivalência com politécnica, posto que a polivalência representaria apenas um momento necessário à politécnica, ficava mais ou menos implícito que haveria margem para um acordo supraclassista em torno do caráter ‘progressista’ da reestruturação produtiva. Em poucas palavras, a superação do padrão taylorista-fordista de organização do trabalho e de formação profissional interessaria tanto à burguesia (dita nacional) quanto à classe trabalhadora, o que supostamente contribuiria para o avanço da práxis educativa de caráter politécnico (Rodrigues, 2006).

Resta saber: passados vinte anos desde as primeiras publicações brasileiras sobre politécnica e da experiência acumulada pela EPSJV, após também a derrocada dos regimes do dito ‘soci-

alismo real’ e da reestruturação capitalista mundial de cariz neoliberal, qual o atual lugar da concepção da ‘educação politécnica’?

Ora, se concordarmos com a notória formulação de Jean-Paul Sartre – “o marxismo é a filosofia insuperável do nosso tempo. Ele é insuperável porque as circunstâncias que o engendraram não foram superadas” –, então, somos obrigados a concluir que enquanto houver uma educação marcada pela divisão social do trabalho, haverá inexoravelmente a necessidade de uma concepção de ‘educação politécnica’, isto é, marxista, que àquela se contraponha.

### Para saber mais:

ELÍSIO, O. Projeto de Lei n. 1.258 de 1988. (1ª versão). p. 3.

FRIGOTTO, G. *A Produtividade da Escola Improdutiva: um (re)exame das relações entre educação e estrutura econômico-social capitalista*. São Paulo: Cortez/Autores Associados. 1984.

FRIGOTTO, G. Trabalho como princípio educativo: por uma superação das ambigüidades. *Boletim Técnico do Senac*, Ano 11, 3: 175-192, set.-dez., 1985.

FRIGOTTO, G. *Formação Profissional no 2º grau: em busca do horizonte da “educação” politécnica*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 1988. (Transcrição da aula

inaugural, proferida pelo autor, do curso técnico de 2º grau da EPSJV/Fiocruz).

FRIGOTTO, G. Trabalho-educação e tecnologia: treinamento polivalente ou formação politécnica? *Educação e Realidade*, 14(1):17-26, jan.-jun., 1989.

FRIGOTTO, G. Tecnologia, relações sociais e educação. *Revista Tempo Brasileiro*, 105: 131-148, abr.-jun., 1991.

KUENZER, A. Z. *Ensino de 2º grau: o trabalho como princípio educativo*. São Paulo: Cortez, 1988.

KUENZER, A. Z. O trabalho como princípio educativo. *Cadernos de Pesquisa*, 68: 21-28, 1989.

KUENZER, A. Z. Ensino médio: uma nova concepção unificadora de ciência, técnica e ensino. In: GARCIA, W. & CUNHA, C. (Coords.) *Politécnica no Ensino Médio*. São Paulo/Brasília: Cortez/Seneb, 1991. (Cadernos Seneb, 5)

KUENZER, A. Z. A questão do ensino médio no Brasil: a difícil superação da dualidade estrutural. In: MACHADO, L. et al. (Orgs.) *Trabalho e Educação*. Campinas/São Paulo, Papirus/Cedes/Ande/Anped, 1992. (Coletânea CBE)

LEMME, P. *A Educação na U.R.S.S. – 1953*. Rio de Janeiro: Vitória, 1955.

MACHADO, L. R. de S. *Politécnica, Escola Unitária e Trabalho*. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1989.

MACHADO, L. R. de S. Em defesa da politécnica. *Ciência & Movimento*, Ano 1, 1: 55-61, set., 1990.

MACHADO, L. R. de S. A politécnica nos debates pedagógicos soviéticos das

décadas de 20 e 30. *Teoria & Educação*, 3: 151-174, 1991a.

MACHADO, L. R. de S. Politécnica no ensino de segundo grau. In: GARCIA, W. & CUNHA, C. (Coords.) *Politécnica no Ensino Médio*. São Paulo/Brasília: Cortez/Seneb, 1991b. (Cadernos Seneb, 5)

MACHADO, L. R. de S. Mudanças tecnológicas e a educação da classe trabalhadora. In: MACHADO, L. et al. (Orgs.) *Trabalho e Educação*. Campinas: Papirus/ Cedes/Ande/Anped, 1992.

MALHÃO, A. P. Teoria e prática na construção do curso técnico de 2º grau da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz. Niterói: Faculdade de Educação-UFF, 1990. (Mimeo.)

MANACORDA, M. A. *O Princípio Educativo em Gramsci*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MANACORDA, M. A. *Marx e a Pedagogia Moderna*. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1991.

MARX, K. & MARX, K. A maquinaria e a indústria moderna. *O Capital: crítica da economia política*. 14.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994. t.1, v.1.

MARX, K. & ENGELS, F. *Textos sobre Educação e Ensino*. São Paulo: Moraes, 1983.

MARX, K. & ENGELS, F. *A Ideologia Alemã*. 6.ed. São Paulo: Hucitec, 1987.

MARX, K. & ENGELS, F. Crítica do programa de Gotha. In: MARX, K. & ENGELS, F. (Orgs.) *Obras Escolhidas*. São Paulo: Alfa e Ômega, s.d. v.2.

NOGUEIRA, M. A. *Educação, Saber, Produção em Marx e Engels*. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1990.

RODRIGUES, J. *A Educação Politécnica no Brasil*. Niterói: EdUFF, 1998.

RODRIGUES, J. Ainda a educação politécnica: o novo decreto da educação profissional e a permanência da dualidade estrutural. *Trabalho, Educação e Saúde*, 3(2): 259-282, 2005.

RODRIGUES, J. Qual cidadania, qual democracia, qual educação? *Trabalho, Educação e Saúde*, 4(2), 2006. (No prelo)

SAVIANI, D. O nó do ensino de 2º grau. *Bimestre - Revista do 2º grau*, 1(1): 13-15, out., 1986. (Entrevista)

SAVIANI, D. Contribuição à elaboração da nova Lei de Diretrizes e Bases da

Educação: um início de conversa. In: XI Reunião Anual da Anped, 1988, Porto Alegre, *Anais...* Porto Alegre, abr. 1988a. (Mimeo.)

SAVIANI, D. Perspectivas de expansão e qualidade para o ensino de 2º grau: repensando a relação trabalho-escola. In: Seminário de Ensino de 2º grau - Perspectivas, 1988, São Paulo, *Anais...* 1988b, p. 79-91.

SAVIANI, D. *Sobre a Concepção de Politécnica*. Rio de Janeiro: Politécnico da Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 1989.

SAVIANI, D. *A Nova Lei da Educação: LDB – trajetória, limites e perspectivas*. Campinas: Autores Associados, 1997.

SAVIANI, D. O choque teórico da politécnica. *Trabalho, Educação e Saúde*, 1(1): 131-152, 2003.

E

## EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

Ana Margarida de Mello Barreto Campello  
Domingos Leite Lima Filho

Na Grécia antiga, quando a sociedade se mantinha pela utilização do trabalho escravo, e a escola era o lugar do ócio e da prática de esportes, as funções intelectuais ficavam restritas a uma pequena parcela da sociedade. Na Idade Média, a sociedade era sustentada pelo trabalho servil, pelo cultivo da terra, desenvolvido segundo técnicas

simples e reiterativas que não exigiam a incorporação de conhecimentos sistemáticos. “Quem se dedicava ao trabalho intelectual era a parcela dos intelectuais, fundamentalmente concentrada no clero. As escolas, naquele momento histórico, se restringiam a essa parcela e, por isso, eram chamadas Escolas Monacais” (Saviani, 2003,

p. 134). Na Idade Média a transmissão dos conhecimentos profissionais estava situada fora dos estabelecimentos escolares os quais eram empregados apenas para o melhor desenvolvimento intelectual da juventude.

À revolução industrial correspondeu uma Revolução Educacional: aquela colocou a máquina no centro do processo produtivo; esta erigiu a escola em forma principal e dominante de educação (Saviani, 2006). A transmissão, via escola, de conhecimentos técnicos e científicos, corresponde ao aparecimento de novas divisões e novas funções na hierarquia social do trabalho. As primeiras escolas de engenheiros são escolas para a formação de quadros funcionais especializados para o Estado. Essas escolas de ciências aplicadas articulam os conhecimentos técnico-científicos e as práticas sociais. A partir delas o conhecimento é difundido, mas elas são também locais de articulação entre o saber e o poder. O aparecimento dessas escolas se faz acompanhar de uma redefinição dos conteúdos a serem transmitidos, o que, por sua vez, leva a uma reorganização dos conhecimentos exigidos.

No dizer de Manacorda (1994, p. 246), fábrica e escola nascem juntas, em um movimento que implica tam-

bém a “passagem definitiva da instrução das Igrejas para os Estados”: “as leis que criam a escola de Estado vêm juntas com as leis que suprimem a aprendizagem corporativa” (Manacorda, 1994, p. 249). É nesse momento de mudança não só do modo de produção, mas também do modo de vida do homem, que nasce o ideal de escola elementar gratuita e para todos, tanto na América do Norte como na França revolucionária, pós-1789. O período revolucionário afirma o direito de todos à educação e renova seus conteúdos.

A incorporação de uma cultura técnico-científica voltada para a preparação profissional aos conteúdos escolares até então essencialmente especulativos e teóricos implica uma revolução, que para Petitat (1994) talvez seja a mais importante desde a própria aparição da escola. Esta cultura, em um primeiro momento, não encontrou espaço nas escolas então existentes, e surgiram novas instituições: academias, escolas técnicas e profissionais.

No Brasil, a predominância de uma “mentalidade jurídico-profissional, voltada inteiramente para as carreiras liberais e para as letras, a política e a administração” (Azevedo, 1996, p. 626) faz com que o ensino técnico-pro-



fissional seja relegado a um plano secundário. De um lado, o encargo dos trabalhos pesados dado inicialmente aos índios e aos escravos; de outro, a espécie de educação que os jesuítas ofereciam criou, no Brasil, uma mentalidade que levou ao desprezo pelo ensino de ofícios. Essa mentalidade imperou ao longo de nossa história, da descoberta até quase a República.

Durante esse período, a aprendizagem profissional era destinada aos órfãos e desvalidos, não fazendo parte das ações desenvolvidas nas escolas; não era entendida como ação afeta à instrução pública, mas como ação de caridade. Mais tarde, o ensino profissional é incluído no conjunto geral da instrução, mas entendido como necessariamente de grau elementar, continuando a ser considerado como deprimente e desmoralizante.

Os liceus de artes e ofícios, criados em 1858, traziam em seus programas uma nova filosofia, uma outra maneira de encarar o ensino técnico-profissional, que deixava de ser meramente assistencial e elementar. A multiplicação de liceus de artes e ofícios em várias províncias parece indicar que em todo o país surgiam novas idéias com relação ao ensino necessário à indústria. A abolição da escravatura também contribuiu para uma nova manei-

ra de encarar o trabalho que não fosse intelectual.

No entanto, a velha concepção destinando esse tipo de ensino aos deserdados da fortuna persiste mesmo depois da instauração da República. Quando Nilo Peçanha, em 1909, cria as escolas de aprendizes artífices (Decreto n. 7.566/09), destina essas escolas aos ‘deserdados da fortuna’. A criação dessa rede de escolas é, segundo Ciavatta (1990, p. 330), a expressão histórica, naquele momento, “da questão social manifesta no desamparo dos trabalhadores e de seus filhos e na ausência de uma política efetiva de educação primária”.

O contexto da industrialização e da revolução de 1930 destaca a relação entre trabalho e educação como problema fundamental. A Constituição de 1937, entretanto, ainda explicita claramente o dualismo escolar e a destinação do ensino profissional aos menos favorecidos:

O ensino pré-vocacional e profissional destinado às classes menos favorecidas é, em matéria de educação, o primeiro dever do Estado. Cumpre-lhe dar execução a esse dever, fundando institutos de ensino profissional e subsidiando os de iniciativa dos Estados, dos Municípios e dos indivíduos ou associações particulares e profissionais.

O Manifesto dos Pioneiros identifica a existência, no Brasil, de dois sistemas paralelos e divorciados de educação, fechados em compartimentos estanques e incommunicáveis:

O sistema de ensino primário e profissional e o sistema de ensino secundário e superior teriam diferentes objetivos culturais e sociais, constituindo-se, por isso mesmo, em instrumentos de estratificação social. A escola primária e a profissional serviriam à classe popular, enquanto que a escola secundária e a superior à burguesia. (Cunha, 1997, p. 13)

Naquela época, as escolas profissionais da Prefeitura do Distrito Federal exigiam, para matrícula, que os alunos apresentassem atestado de pobreza. Embora as escolas técnicas profissionais continuassem destinadas aos pobres, percebia-se nitidamente uma mudança na concepção da ‘educação profissional’, na medida em que essas escolas passavam a ser encaradas como escolas formadoras de técnicos capazes de desempenhar qualquer função na indústria. “O trabalho e o assistencialismo constituem-se fundamentos de processos educativos associados à ‘escola do trabalho’, segundo dois eixos fundamentais: a regeneração pelo trabalho e o trabalho para a modernização da produção” (Ciavatta, 1990, p. 328).

A industrialização, a partir principalmente dos anos 30 do último século, modifica lentamente a sociedade brasileira, tornando necessária uma nova proposta de educação: faz-se necessário preparar trabalhadores para a indústria, dentro de uma nova ordem social, gerada pela acumulação do capital. A necessidade de preparação de mão-de-obra para a indústria implica uma mudança de concepção do ensino profissional. De uma aprendizagem mais próxima do ofício era necessário passar para uma aprendizagem que introduzisse o domínio das técnicas, da parcelarização do trabalho e da adaptação à máquina, de maneira a disciplinar a força de trabalho e adequá-la à organização fabril. Nesse quadro, a ‘educação profissional’ situa-se em um contexto maior de demandas de uma nova sociedade: a sociedade industrial. Além de preparar tecnicamente para o trabalho, é preciso também disciplinar os jovens para as atividades produtivas e a divisão do trabalho.

Nos anos 30 e de novo nos anos 40 reforma-se o ensino secundário. A partir de 1942 são baixadas por decreto-lei as conhecidas “leis orgânicas da educação nacional” para o ensino secundário, o ensino industrial, o ensino comercial, o ensino primário, o ensino



normal e o ensino agrícola. A Constituição de 1937, ao determinar que o ensino vocacional e pré-vocacional são dever do Estado, a ser cumprido com a colaboração das empresas e dos sindicatos econômicos, propiciou a definição das Leis Orgânicas do Ensino Profissional e a criação de entidades especializadas como o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai) e o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac), bem como a transformação das antigas escolas de aprendizes artífices em escolas técnicas federais.

No conjunto das Leis Orgânicas da Educação Nacional, o ensino secundário e o ensino normal têm como objetivo “formar as elites condutoras do país”, enquanto para o ensino profissional define-se como objetivo oferecer “formação adequada aos filhos dos operários, aos desvalidos da sorte e aos menos afortunados, aqueles que necessitam ingressar precocemente na força de trabalho”. A herança dualista perdura e é explicitada (CNE, 1999).

Aprofunda-se, na época, a ênfase na participação da escola na formação da mão-de-obra de maneira a contribuir para o aumento da produtividade do trabalho e da riqueza nacional. A Revolução Industrial, o desenvolvimento do capitalismo e a incorpora-

ção do conhecimento e da ciência ao processo produtivo trouxeram uma nova concepção sobre o valor do trabalho e sobre o caráter teórico-prático do fazer e da técnica.

No início da República, o ensino secundário, o normal e o superior, eram competência do Ministério da Justiça e dos Negócios Interiores, e o ensino profissional, por sua vez, era afeto ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio. A junção dos dois ramos de ensino, a partir da década de 1930, no âmbito do mesmo Ministério da Educação e Saúde Pública foi apenas formal, não ensejando, ainda, a necessária e desejável ‘circulação de estudos’ entre o acadêmico e o profissional. Apenas na década de 1950 é que se passou a permitir a equivalência entre os estudos acadêmicos e profissionalizantes. Em 1961, com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n. 4024 de 20 de dezembro de 1961) fica estabelecida a completa equivalência entre os cursos técnicos e o curso secundário para efeitos de ingresso nos cursos superiores. As lutas políticas em torno da primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional estão na origem das Leis de Equivalência que progressivamente equiparam os estudos acadêmicos aos profissionais em

termos de prosseguimento de estudos no nível superior.

A Lei n. 5.692/71 reformou o ensino primário e secundário. Estabeleceu compulsoriamente a profissionalização como finalidade única para o ensino de 2º grau. Em decorrência desta lei, a ‘educação profissional’ deixou de estar limitada a estabelecimentos especializados. Segundo Cunha (1998), com a implantação dessa lei, as escolas técnicas viram-se procuradas por levadas de estudantes que pouco ou nenhum interesse tinham por seus cursos profissionais. Paradoxalmente, a profissionalização compulsória do ensino de 2º grau trouxe como efeito o reforço da função propedêutica das escolas técnicas, que se transformaram numa alternativa de ensino público para estudantes que apenas pretendiam se preparar para o vestibular. Onze anos depois, a Lei 7.044/82 retirou a obrigatoriedade da habilitação profissional no ensino de 2º grau. Em decorrência, a ‘educação profissional’ voltou a ficar restrita aos estabelecimentos especializados.

A Lei n. 9.394/96, atual Lei de Diretrizes e Bases (LDB), configura a identidade do ensino médio como uma etapa de consolidação da educação básica e dispõe que “a educação profissional (...) conduz ao permanente de-

envolvimento de aptidões para a vida produtiva”. Pela primeira vez, consta em uma lei geral da educação brasileira um capítulo específico sobre ‘educação profissional’. Em 17 de abril de 1997, o governo federal baixou o Decreto n. 2.208, regulamentando os dispositivos da LDB referentes à ‘educação profissional’, definindo seus objetivos e níveis, além de estabelecer orientações para a formulação dos currículos dos cursos técnicos. O decreto especifica três níveis de ‘educação profissional’: o básico, o técnico e o tecnológico. A reforma dos anos 90 proíbe o desenvolvimento do ensino técnico integrado ao ensino médio e define a ‘educação profissional’ como necessariamente paralela e complementar à educação básica.

Na proibição do desenvolvimento do ensino técnico integrado ao ensino médio evidencia-se de forma exemplar as principais características da reforma da ‘educação profissional’ dos anos 90, no Brasil: o retorno formal ao dualismo escolar, na medida em que se aparta a ‘educação profissional’ da educação regular; na concepção de educação que embasa essa reforma – a ruptura entre o pensar e o agir e o aligeiramento da educação profissional; a subsunção da escola à cultura do mercado na formação do cidadão produtivo (Frigotto &

Ciavatta, 2006). Essa concepção de educação se insere no contexto de hegemonia das políticas neoliberais e se afina à redução do papel do Estado. Retoma-se com essa reforma uma visão dualista do sistema educacional, destinando-se explicitamente a ‘educação profissional’ ao atendimento de uma determinada classe social.

O Decreto n. 5.154, de julho de 2004, revogou o Decreto n. 2.208/97 e restituiu a possibilidade de articulação plena do ensino médio com a ‘educação profissional’, mediante a oferta de ensino técnico integrado ao ensino médio. Manteve, entretanto, as alternativas anteriores que haviam sido fortalecidas e ampliadas com o Decreto n. 2.208/97 e expressavam a histórica dualidade estrutural da educação brasileira.

O debate em torno das concepções que estavam presentes nas discussões que antecederam a Lei n. 9.394/96, no final dos anos 80, é retomado nesse início do século XXI de maneira a contemplar uma proposta de articulação entre ciência, cultura e trabalho, como elementos norteadores de uma nova política educacional. A expansão e democratização da ‘educação profissional’ no Brasil assume grande relevância nesse contexto em razão das expectativas de elaboração de uma nova política pública para o se-

tor, no âmbito de um projeto nacional de desenvolvimento.

### Para saber mais:

AZEVEDO, F. *A Cultura Brasileira: introdução ao estudo da cultura do Brasil*. 6.ed. Rio de Janeiro/Brasília: Editora da UFRJ/Editora da UnB, 1996.

CIAVATTA, M. *O Trabalho como Princípio Educativo: uma investigação teórico-metodológica (1930-1960)*, 1990. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: PUC.

CNE. Parecer n. 16/1999. Institui as diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico. Documenta (456) Brasília, set. 1999.

CUNHA, L. A. Educação para a democracia: uma lição de política prática. In: TEIXEIRA, A. (Orgs.) *Educação para a Democracia: introdução à administração educacional*. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1997.

CUNHA, L. A. Ensino médio e ensino profissional: da fusão à exclusão. *Tecnologia e Cultura*, Ano 2, 2: 25-42, jul.-dez., 1998.

CURY, C. R. J. Políticas atuais para o ensino médio e a educação profissional de nível técnico: problemas e perspectivas. In: ZIBAS, D.; AGUIAR, M. & BUENO, M. S. *O Ensino Médio e a Reforma da Educação Básica*. Brasília: Plano Editora, 2002.

FRIGOTTO, G. & CIAVATTA, M. (Orgs.) *A Formação do Cidadão Produtivo: a cultura de mercado no ensino médio técnico*.



Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

MANACORDA, M. A. *História da Educação: da Antiguidade aos nossos dias*. 4.ed. São Paulo: Cortez, 1994.

PETITAT, A. *Produção da Escola/Produção da Sociedade: análise sócio-histórica de alguns momentos decisivos da evolução escolar no Ocidente*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

SAVIANI, D. *A Nova Lei da Educação: trajetória, limites e perspectivas*. 6.ed. Campinas: Autores Associados, 2000.

SAVIANI, D. O choque teórico da politécnica. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, 1(1):131-152, mar., 2003.

SAVIANI, D. *Trabalho e Educação: fundamentos ontológicos e históricos*. In: 29ª Reunião da Anped, 2006, Caxambu. *Anais...* Caxambu, 2006.

## EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Isabel Brasil Pereira  
Júlio César França Lima

De modo geral, o termo educação profissional já constava como proposta das reformas educacionais defendidas pelos arautos do escolanovismo, nas décadas de 1920 e 1930, como Fernando Azevedo (1931), principal mentor da idéia de uma educação pública, gratuita e laica. Ainda que com ideais liberais e de preparação para o trabalho, a escola é vislumbrada naquele contexto como espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas e conteúdos de saúde visando à formação dos futuros trabalhadores, de modo a possibilitar o aumento da sua capacidade produtiva.

A ‘educação profissional em saúde’ foi permitida legalmente, no Brasil, a partir da Lei 4.024/61. Até então, o ensino técnico estava organizado com base nas Leis Orgânicas de Ensino, promulgadas, durante o Estado Novo, pelo ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema (Lima, 1996). Estas tratavam, porém, especificamente, da formação de quadros profissionais para a indústria, o comércio, a agricultura e a formação de professores, o que não impediu que na década de 1940 fosse aprovada legislação educacional para a área de enfermagem, que busca regular a for-



mação técnica dos práticos de enfermagem (Decreto-Lei n. 8.778/1946) e dos auxiliares de enfermagem (Lei n. 775/1949), para o então incipiente e pouco desenvolvido mercado de trabalho hospitalar.

A partir dessa época, mais precisamente no final da década de 1950, começa a predominar, no discurso de estudiosos e técnicos de instituições internacionais, uma concepção de desenvolvimento que se constitui, ao mesmo tempo, em uma teoria da educação, ambas inspiradas na teoria do ‘capital humano’ de Theodore W. Schultz, que lhe valeu o Prêmio Nobel de Economia em 1979. No primeiro caso, reorienta a estratégia da Comissão Econômica para a América Latina (Cepal) que passa a preconizar na década de 1960 o desenvolvimento integrado, a partir do planejamento econômico-social, como instrumento de superação do subdesenvolvimento. No segundo, irá influenciar toda a política educacional brasileira desenhada a partir da segunda metade dos anos 60, especialmente a ‘educação profissional em saúde’, materializando-se de forma acabada na década de 1970, com a Lei 5.692/71, que reformula o ensino de 1º e 2º graus no país, implantando compulsoriamente a terminalidade profissional atrelada a este último grau de ensino.

Os estudos sobre economia da educação e economia da saúde, de matriz neoclássica, ofereceram o suporte conceitual e analítico necessário para o desenvolvimento da idéia de que os gastos com os setores sociais não se limitavam a despesas com consumo, mas eram investimentos rentáveis que o Estado deveria assumir como meio de promoção do desenvolvimento econômico. Nesse sentido, os dispêndios em programas de saúde e na melhoria da organização sanitária significavam a promoção da saúde e, consequentemente, uma maior produtividade do trabalho. Em contrapartida, o investimento em educação, por ser esta produtora de capacidade de trabalho, significava, potencialmente, o aumento da renda e a posse de um capital. É no bojo dessa discussão que emerge a noção de recursos humanos em saúde, para designar a mão-de-obra engajada no setor.

O marco internacional para adoção dessa visão foi a Carta de Punta del Este, em 1961, que elaborou o Primeiro Plano Decenal de Saúde para as Américas, ratificado no Brasil, em 1967, na IV Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central foi recursos humanos para as atividades de saúde. Nesse contexto, difunde-se a idéia da formação de técnicos de saúde de nível médio em

função das necessidades de um suposto mercado de trabalho para estes profissionais surgidas em decorrência do crescimento econômico acelerado no tempo do ‘milagre econômico’ brasileiro (1968-1974) e da introdução de sofisticados equipamentos médicos no processo de trabalho em saúde, no âmbito hospitalar.

De fato, os serviços de saúde foram um importante pólo de criação de postos de trabalho nesse período, e isso está diretamente associado ao modelo de saúde adotado no pós-64, de ampliação em larga escala da produção de serviços médicos hospitalares. Porém, isso ocorreu às custas de duas categorias polares: os atendentes de enfermagem, com nível de escolaridade equivalente às quatro primeiras séries do atual ensino fundamental, e os médicos. Portanto, como aponta Frigotto (1986), no contexto da recomposição do capitalismo em sua fase monopolista, o fetiche e a mistificação da necessidade de formação técnica média para um suposto mercado de trabalho veiculada pela teoria do ‘capital humano’ cumpriu um papel político, ideológico e econômico específicos.

No plano político-ideológico, essa teoria veicula a idéia de que o subdesenvolvimento não diz respeito às relações de poder e dominação, sendo

apenas uma questão de modernização de alguns fatores, onde os recursos humanos qualificados – ‘capital humano’ – constituem o elemento fundamental. Em contrapartida, passa a idéia de que o antagonismo capital-trabalho pode ser superado mediante um processo meritocrático – pelo trabalho, especialmente pelo trabalho potenciado como educação, treinamento etc. No plano econômico, o conceito de ‘capital humano’ estabelece, de um lado, o nivelamento entre capital constante e capital variável (força de trabalho) na produção de valor; coloca o trabalhador assalariado como um duplo proprietário: da força de trabalho – adquirida pelo capitalista – e de um capital adquirido por ele – quantidade de educação ou de ‘capital humano’. Por outro lado, esse conceito reduz a concepção de educação e, por extensão, a educação profissional a mero fator técnico da produção.

Sendo assim, verificou-se, no setor saúde, que não só a formação de técnicos de enfermagem, por exemplo, não determinou o seu ingresso no mercado de trabalho – e mesmo aqueles que conseguiram não se garantiu a ocupação do cargo – como essa concepção tecnicista de educação profissional contribuiu, entre outros, para naturalizar as ações feitas pelos trabalha-



dores técnicos em saúde: reduzir a formação profissional a meros treinamentos; conformar os trabalhadores à divisão técnica do trabalho em saúde; manter a hegemonia do ideário cientificista e tecnicista na área; incentivar a crença nas técnicas pedagógicas como instrumento para resolver problemas da formação técnica e de saúde da população; estabelecer análises lineares e imediatas entre educação e mercado de trabalho em saúde, de modo a adequar a formação às necessidades desse mercado, reduzindo o ensino às tarefas do posto de trabalho. Contribuiu, em síntese, para a adaptação e conformação dos trabalhadores ao existente, numa perspectiva economicista, instrumentalista, pragmática e moralizadora (Pereira, 2006).

Antagônica a essa concepção de adaptação, foi sendo construída nos anos 80, ao mesmo tempo, uma concepção de educação que a recoloca no âmbito das práticas sociais, isto é, como uma prática constituída e constituinte das relações sociais e uma concepção de escola, cujo eixo básico centra-se na questão da escola unitária, de formação tecnológica ou politécnica e na necessidade de aprofundamento do sentido e dos desafios de tomar-se o trabalho como princípio educativo. Nesse debate, a relação trabalho-edu-

cação é colocada em novo patamar, buscando sobretudo resgatar a dimensão contraditória do fenômeno educativo, seu caráter mediador e sua especificidade no processo de transformação da sociedade.

Se a escola tende a mediar os interesses do capital e a adaptação ao existente, não é da sua natureza ser capitalista. Nesse sentido, abre-se no seu interior a possibilidade e a necessidade de construir outras mediações que a articulem com os interesses dos trabalhadores no processo de sua qualificação, mediações que resgatem o homem em sua tripla dimensão – individualidade, natureza e ser social – e o saber científico-tecnológico produzido historicamente por esse mesmo homem.

Desse último ponto de vista, o papel do ensino médio e da educação profissional em saúde deveria ser o de recuperar a relação entre conhecimento e a prática do trabalho. Isto significaria explicitar como a ciência se converte em potência material no processo de produção de mercadorias, de maneira geral, e nos serviços de saúde, em particular. Assim, seu horizonte deveria ser o de propiciar aos alunos o domínio dos fundamentos científicos das diversas técnicas e não o mero adestramento em técnicas produtivas. A noção de

politecnia postula uma formação que a partir do próprio trabalho social desenvolva a compreensão das bases de organização do trabalho em nossa sociedade. Trata-se da possibilidade de formar profissionais em um processo onde se aprende praticando, mas, ao praticar, se compreendem os princípios científicos que estão direta e indiretamente na base desta forma de organizar o trabalho na sociedade. Implica ainda que o processo de trabalho desenvolva em uma unidade indissolúvel os aspectos manuais e intelectuais, pois são características do trabalho humano. A separação dessas funções é um produto histórico-social e não é absoluta, mas relativa (Saviani, 2003; EPSJV, 2005; Ramos, s.d.).

À educação cabe, neste contexto, contribuir para a emancipação dos trabalhadores em relação a uma ordem social e econômica excludente e alienada, que tende a transformar a saúde e a educação em uma mercadoria como outra qualquer, e conseqüentemente ter como meta transformar a sociedade e tornar realidade o direito universal à saúde e à educação. Considerando o trabalho e a 'educação profissional em saúde', Pereira (2006) destaca algumas premissas dessa concepção, tais como: os trabalhadores técnicos de

saúde desenvolvem trabalho complexo, na perspectiva de valor de uso e, portanto, precisam de formação qualificada; a defesa da escola e da escolaridade como política pública e como condição para a formação dos trabalhadores técnicos em saúde; a defesa da explicitação da dimensão política e técnica da prática educativa na saúde; a crítica ao positivismo, ao cientificismo e ao tecnicismo; o trabalho como princípio educativo e a idéia da qualificação como construção social (Castro, 1992; Hirata, 1994).

As reflexões em torno do ideário da politecnia tinham como fulcro as transformações que estavam ocorrendo no mundo do trabalho com a introdução de novas tecnologias informáticas e biotecnológicas e novas formas de energia que se intensificaram no decorrer dos anos 90, chegando a ser incorporado no projeto de Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional apresentado pelos setores educacionais progressistas à Câmara dos Deputados em 1988. Entretanto, esse projeto de LDB foi derrotado pelo do Senador Darcy Ribeiro, aprovado em 20 de dezembro de 1996, com a Lei 9.394, que levou a diversas regulamentações posteriores, entre as quais, a regulamentação curricular com base na pedagogia das competências, que se

tornou a referência fundamental para a política educacional de maneira geral, mas em especial para a ‘educação profissional em saúde’.

Originária do mundo dos negócios, a noção de competência, assim como a de sociedade do conhecimento, emerge como produto e resultado da crise do modelo fordista de desenvolvimento. Uma crise da acumulação, concentração e centralização de capital, que implicou um novo tipo de organização do trabalho, baseado em tecnologia flexível, em contraposição à tecnologia rígida do sistema taylorista-fordista, e na formação de um trabalhador também flexível, baseada na pedagogia das competências.

Na área de saúde, a noção de competência foi difundida com a instituição do Sistema de Certificação de Competências do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na área de Enfermagem do Ministério da Saúde (Profae/MS), a partir do ano 2000, e de acordo com Ramos (s.d.), apesar de (re)construir essa noção numa perspectiva contrária àquela que predomina na organização de sistemas de competências profissionais, de corte funcionalista e condutivista, e de relacioná-la ao desenvolvimento da autonomia dos trabalhadores em saúde para enfrentar os acontecimentos dos

processos de trabalho, na sua complexidade, heterogeneidade e imprevisibilidade, essa opção pedagógica acaba não contribuindo para o fortalecimento da relação entre o mundo da escola e do trabalho. Entre outros motivos, por levar à ‘desintegração curricular’, ao tentar reproduzir as situações de trabalho nos espaços formativos.

Do ponto de vista legal – a atual Legislação Educacional, conforme prevista no art. 39 da Lei 9.394 e no Decreto 5.154, de 23 de julho de 2004 –, a educação profissional em saúde compreende a formação inicial ou continuada, a formação técnica média e a formação tecnológica superior. Ela pode ser realizada em serviços de saúde (formação inicial ou continuada) e em instituições de ensino (formação inicial ou continuada, formação técnica e tecnológica). A formação técnica compreende as formas de ensino integrado, concomitante ou subsequente ao ensino médio. Tanto a formação técnica como a formação tecnológica se organizam atualmente em doze subáreas de formação em saúde, conforme os Referenciais Curriculares Nacionais da área (Brasil/Ministério da Educação, 2000). São elas: biodiagnóstico, enfermagem, estética, farmácia, hemoterapia, nutrição e dietética, radiologia e diagnóstico por imagem,

reabilitação, saúde bucal, saúde visual, segurança do trabalho e vigilância sanitária. A área profissional saúde diz respeito às ações integradas referentes às necessidades individuais e coletivas, com base em modelo que ultrapasse a ênfase na assistência médico-hospitalar. As ações de saúde se desenvolvem em locais, tais como: centros de saúde, postos de saúde, hospitais gerais e especializados, laboratórios, domicílios, centros comunitários, escolas e outros espaços sociais.

Portanto, a educação profissional em saúde é um objeto de disputa e embate de projetos societários. Apesar da hegemonia de idéias e práticas de educação profissional que têm como objetivo a adaptação e conformação dos trabalhadores ao existente e ao mercado de trabalho, assim como às necessidades de manutenção e transformação do capital, existem projetos contra hegemônicos que lutam por uma educação e saúde que tenham como finalidade a construção de uma sociedade mais humana e solidária (Pereira & Ramos, 2006). São exemplos, na ‘educação profissional em saúde’, a ‘concepção ensino e serviço’, desenvolvida pelas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (Etsus), e a ‘concepção politécnica’, desenvolvida pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim

Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Essas experiências são realizadas no cenário histórico e social do capitalismo tardio, um cenário contraditório e complexo, em que se confrontam as posições progressistas, que defendem e reafirmam a saúde como um direito universal, e a realidade da formação recente do capitalismo em nosso país, que tende a tornar a saúde uma mercadoria.

A educação profissional em saúde no seu viés de transformação afirma a formação omnilateral e a humanização do trabalhador pelo trabalho. O caráter politécnico do ensino, como diz Frigotto (1985, p. 4), “decorre da dimensão de um desenvolvimento total das possibilidades humanas, onde, como afirma Marx, na *Ideologia Alemã*, os pintores serão ‘homens que ademais pintem’.

### Para saber mais:

AZEVEDO, F. *Novos Caminhos e Novos Fins*. Rio de Janeiro: Cia. Melhoramento, 1931.

BRASIL/Ministério da Educação. *Educação Profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico. Área profissional: Saúde*. Brasília: MEC, 2000.



CASTRO, N. Organização do trabalho, qualificação e controle na indústria moderna. In: Coletânea CBE. Conferência Brasileira de Educação. *Trabalho e Educação*. Campinas: Papirus, 1992.

EPSJV. *Projeto Político Pedagógico*. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2005.

FRIGOTTO, G. Trabalho como princípio educativo: por uma superação das ambigüidades. *Boletim Técnico do Senac*, 11(3): 1-14, set.-dez., 1985.

FRIGOTTO, G. *A Produtividade da Escola Improdutiva: um (re)exame das relações entre educação e estrutura econômico-social e capitalista*. São Paulo: Cortez, 1986.

FRIGOTTO, G. *Educação e a Crise do Capitalismo Real*. São Paulo: Cortez, 1995.

FRIGOTTO, G. A dupla face do trabalho: criação e destruição da vida. In: FRIGOTTO, G. & CIAVATTA, M. (Orgs.) *A Experiência do Trabalho e a Educação Básica*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

HIRATA, H. Da polarização das qualificações ao modelo de competências. In: FERRETTI, C. et al. (Orgs.) *Novas Tecnologias, Trabalho e Educação: um debate multidisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 1994.

LIMA, J. C. F. Tecnologias e a educação do trabalhador em saúde. In: EPSJV (Org.) *Formação de Pessoal de Nível Médio para a Saúde: desafios e perspectivas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

MILITÃO, M. N. Educação profissional, ensino profissional, formação profissional. In: FIDALGO, F. & MACHADO, L. (Orgs.) *Dicionário da Educação Profissional*. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Educação/ Faculdade de Educação da UFMG, 2000.

PEREIRA, I. B. *Possibilidades da Avaliação Produzir Conhecimento para a Formação em Saúde*. In: Seminário de Avaliação de Integralidade em Saúde, 2006, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro, 2006.

PEREIRA, I. B. & RAMOS, M. N. Educação profissional em saúde. *Coleção Temas de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

RAMOS, M. N. Referências teórico-metodológicas da educação profissional em saúde no Brasil. In: EPSJV (Org.) *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v.2. (No prelo)

## EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA

*Domingos Leite Lima Filho*

*Ana Margarida de Mello Barreto Campello*

A predominância do trabalho assalariado e a introdução da maquinaria na produção constituem, ao longo do século XVIII, inicialmente na Inglaterra e daí progressivamente espalhando-se ao mundo, as bases fundamentais das relações sociais capitalistas de produção. A Revolução Industrial marca a emergência dessas relações, e a grande indústria baseada na maquinaria traz consigo o ingresso da ciência como conhecimento sistematizado, no processo de produção, tornando-se elemento material e intelectual do desenvolvimento das forças produtivas. No entanto, sob a hegemonia deste modo de produção, a união que se dá entre ciência e processo produtivo tem seu correspondente antagônico na separação ou divisão social do trabalho, mediante a qual estão cindidas a concepção e a execução do trabalho, ou seja, a própria separação entre a ciência (e os que a dominam) e os trabalhadores diretos, ocorrendo a subordinação destes àqueles (Magaline, 1977).

É analisando estas contradições e como elemento da luta política dos trabalhadores, que Marx utiliza o termo ‘educação tecnológica’, situando-o no próprio corpo teórico de sua crítica às relações sociais capitalistas de produção. Nesse sentido, a ‘educação tecnológica’ teria como princípio a união da instrução com o trabalho material produtivo (no sentido geral de trabalho social útil), o que, para Marx, seria o germe da educação do futuro.

De acordo com Manacorda (1991), Marx utiliza como sinônimos os termos ‘educação tecnológica’ e ‘educação politécnica’. Enquanto a denominação ‘educação tecnológica’ aparece no *Manifesto Comunista* (1848), no texto escrito por Marx para o Primeiro Congresso da Associação Internacional dos Trabalhadores (1866) e em *O Capital* (1867), o termo educação politécnica apareceria somente no texto de 1866.

Já no *Manifesto Comunista*, o pensador alemão assinalava a importância,



para a classe trabalhadora, da luta pela educação pública e gratuita de todas as crianças, da abolição do trabalho das crianças nas fábricas e da *combinação da educação com a produção material* (Marx & Engels, 1988). Por sua vez, o texto de 1866 traria uma definição mais completa do autor acerca da questão educacional para os trabalhadores, entendendo-a composta pelas dimensões intelectual, corporal e ‘tecnológica’, sendo esta a que trata dos “princípios gerais e de caráter científico de todo o processo de produção e, ao mesmo tempo, inicia as crianças e adolescentes no manejo de ferramentas elementares dos diversos ramos industriais” (Marx, 1983, p. 60). No texto d’*O Capital*, em uma passagem marcada pelo otimismo, assinalava que “a conquista inevitável do poder político pela classe operária vai introduzir o *ensino teórico prático da tecnologia* nas escolas do povo” (Marx, 1968, p. 553 – grifos nossos).

Em contrapartida, Marx destaca o sentido redutor/estreito do ‘ensino profissional’ [educação profissional], um conceito associado ao mero treinamento/adestramento limitado às tarefas imediatas da produção capitalista. Enquanto que à educação politécnica ou à ‘educação tecnológica’ ele atribui um sentido de domínio dos princípios gerais da produção moder-

na e o manejo das técnicas e instrumentos dos diversos ramos da produção industrial, a educação profissional trata apenas deste último e, de modo ainda mais restrito, em um determinado ramo ou especialidade, como adequação/reprodução prática e imediata (Marx, 1968).

Ao propugnar a unidade entre educação e trabalho, traduzida no conceito de ‘educação tecnológica’, no fundo, a concepção de Marx trata da união entre trabalho intelectual e material, cuja possibilidade estaria na raiz da superação da divisão social do trabalho. E, nesse sentido, Enguita (1993) adverte que é verdadeiramente impossível compreender a insistência de Marx na combinação de educação e produção se não levarmos em conta a caracterização que o pensador alemão faz do trabalho como práxis e como elemento constitutivo do gênero humano.

Marx considerou a existência de uma íntima conexão – vínculo histórico e indissociável – entre a produção material da vida e sua elaboração espiritual, ou seja, a produção de idéias, de representações e da consciência. Satisfazer as necessidades materiais da vida e produzir a própria sobrevivência, produzir novas necessidades, reproduzir-se e estabelecer novas relações com os demais e com a natureza – trans-

formando-a e transformando-se a si mesmo –, o que implica estabelecer novas relações de produção, de poder e de propriedade, que correspondem a determinado grau ou estágio de desenvolvimento das forças produtivas. Esta dinâmica constitui o devir histórico, a essência ontológica do ser social. Nela, a consciência se constrói, na interpenetração de cada uma dessas dimensões da história da humanidade. A consciência não é, como queria Hegel, o espírito absoluto e abstrato, mas a consciência histórica, construída e forjada no *continuum* histórico, ou, como na síntese lapidar de Marx e Engels (1977), “o homem é tal como se produz”. A consciência humana é, portanto, um produto social e não individual, externo ou abstrato, como supõe o idealismo.

É importante destacar que a análise marxiana reitera a relação de simbiose que caracteriza as ‘expressões ideológicas’ do pensamento e a realidade material histórica, compondo a totalidade do metabolismo social. Mesmo com o desenvolvimento da produção industrial capitalista, em que se acentua a divisão social e técnica do trabalho, Marx e Engels não admitem a possibilidade de ruptura entre essas duas dimensões, ainda que o processo de produção apareça cindido em tra-

balho material e trabalho intelectual. Ao contrário, consideram que o desenvolvimento da base material de produção (forças produtivas), o desenvolvimento das relações sociais ou das formas de organização societária e o desenvolvimento da consciência social humana estão permanentemente e intrinsecamente relacionados. No entanto, o processo de produção capitalista gera contradições entre estas três dimensões. Com a divisão social do trabalho, dá-se também a distribuição desigual do seu produto, tanto quantitativamente quanto qualitativamente: produtos materiais e conhecimento. Contradições reais, para as quais os idealistas vão buscar construir explicações a partir da ideologia, da teologia, da filosofia, da moral. Ainda assim, mesmo quando a consciência parece encontrar condições de emancipar-se da consciência prática e passar à elaboração de teoria pura, filosofia, moral etc, não há ruptura entre representação e materialidade, pois a representação produzida expressa as condições e contradições da materialidade.

Nessa concepção de unidade entre produção intelectual e produção material, entre ciência e processo produtivo, como podemos situar o conceito de tecnologia? A tecnologia é





entendida como extensão das possibilidades e potencialidades humanas, da produção social. Assim, o desenvolvimento científico e tecnológico é o desenvolvimento da ciência do trabalho produtivo, isto é, processo de apropriação contínua de saberes e práticas pelo ser social no devir histórico da humanidade. A ciência e a tecnologia são, portanto, construções sociais complexas, forças intelectuais e materiais do processo de produção e reprodução social. Como processo social, participam e condicionam as mediações sociais, porém não determinam por si só a realidade, não são autônomas, nem neutras e nem somente experimentos, técnicas, artefatos ou máquinas: são saberes, trabalhos e relações sociais objetivadas.

Nesse sentido, poderíamos afirmar que o conceito originário de ‘educação tecnológica’, diríamos, o conceito marxiano, se assentaria sobre uma concepção ampla e de formação integral e omnilateral do ser social que se caracterizaria, conforme Bastos (1998, p. 32) pela “integração do saber, do fazer, do saber fazer e do pensar e repensar o saber e o fazer, enquanto objetos permanentes da ação e da reflexão crítica sobre a ação”.

O desenvolvimento das lutas sociais dos trabalhadores e as experiências

concretas de construção do socialismo, sobretudo na experiência soviética, levaram à adoção do termo educação politécnica em detrimento da denominação ‘educação tecnológica’. De acordo com Manacorda (1989), as resoluções relativas à educação, aprovadas no VIII Congresso do Partido Comunista, em 1919, têm como referência geral as proposições de Marx definidas no I Congresso da AIT, em 1866. Destacam-se, entre elas “a instrução geral e politécnica (que faz reconhecer em teoria e em prática todos os ramos principais da produção) ... [e a] plena realização dos princípios da escola única do trabalho (...) que concretize uma estreita ligação do ensino com o trabalho socialmente produtivo” (Lênin apud Manacorda, 1989, p. 314-315).

No desenvolvimento dos sistemas e políticas educacionais, especialmente a partir do final do século XVIII, sob a égide de Estados liberais ou autoritários, nas diversas nações, constituíram-se modelos de educação para os trabalhadores, com denominações diversas, tais como escola para o trabalho, educação técnica, educação profissional ou profissionalizante, ensino industrial, ensino vocacional e outras. O traço distintivo desses modelos era a dualidade do sistema educacional que

nada mais era que a expressão da dualidade estrutural que caracteriza as sociedades capitalistas marcadas pela divisão social do trabalho. Em cada cultura e nação essa dualidade se expressa historicamente, em distintos graus, incidindo nas políticas e nos sistemas educacionais e definindo percursos escolares distintos de acordo com a origem dos educandos e em relação com o valor social atribuído ao trabalho intelectual e manual em cada sociedade.

No Brasil, uma sociedade marcada pela herança colonial e escravocrata, na qual o conceito social do trabalho e dos que trabalham é fortemente desvalorizado, a educação para os trabalhadores é, inicialmente, mera aprendizagem prática e ensino de ofícios, inclusive com o estigma de prática social necessária à correção de uma suposta propensão ‘ao crime e ao vício’ que marcaria os ‘desvaforados da fortuna’, conforme o estabelecido no Decreto de 1909 que criava as escolas de aprendizes artífices. Posteriormente denominado ensino profissionalizante, técnico ou industrial, a educação para os trabalhadores e as instituições que as ofereciam foram concebidas e marcadas historicamente pelo viés da segregação e da exclusão. Ao lado desse sistema, desenvol-

veu-se, paralelamente, a educação regular, geral, escolar e superior, letrada, destinada à formação das chamadas ‘elites condutoras’ da sociedade. Ao longo do século XX, a história da educação brasileira registra lutas por concepções educacionais democráticas, situando-se neste contexto as reivindicações e conquistas de inclusão de conteúdos de cultura geral e de ciência nos currículos dos cursos de educação profissional e pela equivalência destes aos cursos da educação escolar geral, intento alcançado, apenas formalmente, com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em 1961.

A partir daí, e nos diversos contextos de lutas sociais que marcaram a sociedade brasileira ao longo da ditadura de meados da década de 1960 à década de 1980, e sobretudo a partir das lutas pela redemocratização do país, é que surgem, nas discussões sobre a política educacional, a denominação e os diferentes conceitos de ‘educação tecnológica’. Nesse processo, o conceito de ‘educação tecnológica’ na educação brasileira foi parcialmente apropriado pelas formulações liberais e tecnicistas de políticas educacionais mais recentes, especialmente a partir da década de 1970, cujo momento importante foi a criação dos primeiros centros federais de educação

tecnológica, em 1978. Estas instituições, constituídas a partir da transformação das escolas técnicas federais, originárias das escolas de aprendizes artífices criadas no início do século XX, e que se tornaram referência na oferta de educação profissional de nível médio, passaram a ofertar, além daquela modalidade histórica, uma formação de nível superior em cursos de curta duração, inicialmente de engenharia de operação, depois engenharia industrial e, posteriormente, os cursos superiores de tecnologia.

No âmbito das políticas educacionais de caráter neoliberal que predominaram na política educacional brasileira a partir dos anos de 90, ocorre um processo de ressignificação conceitual que marcará o sentido atribuído à ‘educação tecnológica’. Em 1992, é criada a Secretaria Nacional de Educação Tecnológica (Senete) do Ministério da Educação, decorrente, conforme o discurso governamental, da ‘necessária’ reestruturação do aparelho de Estado, visando sua modernização. Conforme a concepção do Ministério da Educação,

a educação tecnológica guarda compromisso prioritário com o futuro, no qual o conhecimento vem se transformando no principal recurso gerador de riquezas, seu verda-

deiro capital e exigindo, por sua vez, uma renovação da escola, para que se assuma seu papel de transformadora da realidade econômica e social do país. (Brasil, 1991, p. 57)

De acordo com Garcia e Lima Filho (2004), este momento pode ser considerado como um dos primeiros em que aparece, no âmbito das discussões e propostas governamentais para a educação brasileira, o conceito de ‘educação tecnológica’.

Este conceito, entretanto, difere, na sua concepção, do conceito de ‘educação tecnológica’ de origem marxiano, o mesmo que foi trabalhado no debate em torno da LDB, e que, sinonimicamente substituiu o conceito de educação politécnica na proposta da sociedade civil brasileira e no debate parlamentar dos anos de 80-90. Portanto, os significados atribuídos ao termo ‘educação tecnológica’ pela sociedade civil e pelo Ministério da Educação são distintos. Por um lado, o debate parlamentar em sua relação com a sociedade civil, interpreta-o como uma alternativa para a educação politécnica, mantendo o conteúdo desta. Por outro, na proposta governamental, ‘educação tecnológica’ não se vincula a uma concepção pedagógica, mas a uma estratégia de caráter econômico.



Neste conceito de ‘educação tecnológica’ formulado pelo Ministério da Educação, ressurgiu, então, a velha retórica da educação redentora dos males sociais. A retórica do valor econômico da educação é acompanhada, agora em sua roupagem neoliberal, dos paradigmas da competitividade e da modernização, o que, no campo das políticas educacionais, passou a orientar a aproximação das instituições do ensino técnico ao mundo empresarial, sobretudo, pela recomendação de que tais instituições deveriam adotar o modelo de gestão da iniciativa privada, dotado de flexibilidade e operacionalidade no âmbito da lógica mercantil.

É por esta perspectiva teórica que se orienta a formulação de educação profissional, contida no Capítulo III (artigos 39 a 42) da LDB (Lei n. 9.394/96), e as regulamentações posteriores, dentre elas o Decreto n. 2.208/97 que define a educação profissional em três níveis: o básico, o técnico e o tecnológico. O Decreto n. 5.154/04 manteve as definições gerais da educação profissional contidas na legislação anterior, definindo a educação profissional tecnológica como aquela “correspondente a cursos de nível superior na área tecnológica”.

Os cursos superiores de tecnologia, que constituem a ‘educa-

ção tecnológica’, caracterizam-se por serem de duração mais curta do que os tradicionais cursos de graduação de licenciatura e bacharelado. Esta nova configuração curricular, ‘mais focada e especialista’, é obtida, em geral, mediante redução significativa de conteúdos de base científica, profissional e humanística, redirecionando-se os currículos para a priorização de conteúdos técnicos aplicados e para a organização e gestão da produção empresarial. Portanto, pode-se inferir que a política em implementação da ‘educação tecnológica’ na modalidade dos cursos superiores de tecnologia, em curso no Brasil a partir do final dos anos de 90, em instituições de educação profissional e superior públicas e privadas, antes que novidade, pode reiterar a continuidade histórica de uma política de dualidade ou de fragmentação educacional, mediante a constituição de modelos alternativos e dirigidos a parcelas específicas da população.

### Para saber mais:

BASTOS, J. A. Educação tecnológica: conceitos, características e perspectivas. *Tecnologia & Educação*. Curitiba: Cefet-PR, 1998, p. 31-52.



BRASIL. *O Sistema Nacional de Educação Tecnológica*, Brasília, 1991.

BRASIL. Lei n. 9.394/96, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, 1996.

BRASIL. Decreto n. 2.208/97, de 17 de abril de 1997. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da lei n. 9.394/96. Brasília, 1997.

BRASIL. Decreto n. 5.154 de 23 de julho de 2004. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da lei n. 9.394/96. Brasília, 2004.

ENGUITA, M. F. *Trabalho, Escola e Ideologia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GARCIA, N. M. D. & LIMA FILHO, D. L. *Politécnica ou Educação Tecnológica: desafios ao ensino médio e à educação profissional*. In: XXVII Reunião Anual da Anped, 2004, Caxambu. *Anais...* Caxambu, 2004.

MAGALINE, A. D. *Luta de Classes e Desvalorização do Capital*. Lisboa: Moraes, 1977.

MANACORDA, M. A. *História da Educação da Antiguidade aos Nossos Dias*. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1989.

MANACORDA, M. A. *Marx e a Pedagogia Moderna*. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1991.

MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. São Paulo: Civilização Brasileira, 1968.

MARX, K. Instruções aos delegados do Conselho Central Provisório. In: MARX, K & ENGELS, F. (Orgs.) *Textos sobre Educação e Ensino*. São Paulo: Moraes, 1983.

MARX, K. & ENGELS, F. *A Ideologia Alemã*. São Paulo: Grijalbo, 1977.

MARX, K. & ENGELS, F. *Manifesto Comunista*. São Paulo: Global, 1988.

## EMPREGABILIDADE

Ramon de Oliveira

**P**ara Nassin Mehedeff, ex-secretário de formação e desenvolvimento profissional do Ministério do Trabalho, durante a gestão Fernando

Henrique Cardoso, período no qual foi desencadeada, talvez, a maior ação pública brasileira de qualificação profissional, o conceito de ‘empregabilidade’

foi lançado por especialistas em *outplacement* (Mehdeff, 1996). Esta palavra de origem inglesa representa um serviço prestado por especialistas em recursos humanos às empresas, objetivando melhor encaminhar o processo de dispensas de profissionais de nível superior, ou seja, aqueles que ocupavam cargos executivos. Contudo, também passou a contribuir no assessoramento desses profissionais demitidos de forma a facilitar a sua recolocação em outros locais de trabalho.

Embora esse conceito tenha como origem os profissionais de maior nível de qualificação, passou a ser largamente utilizado ao se fazer referências às parcelas da população com menor nível de escolarização e com menor poder de disputa por uma vaga no mercado de trabalho.

No sentido mais comum, ‘empregabilidade’ tem sido compreendida como a capacidade de o indivíduo manter-se ou reinserir-se no mercado de trabalho, denotando a necessidade de o mesmo agrupar um conjunto de ingredientes que o torne capaz de competir com todos aqueles que disputam e lutam por um emprego. Não por acaso surge, nesse mesmo período, a década de 1990, a ênfase empresarial pelo requerimento de trabalhadores

polivalentes, expressando, na visão empresarial, a possibilidade de os indivíduos ajustarem-se ao conjunto de modificações ocorridas no setor produtivo e no setor de serviços.

Não por acaso também, o Plano Nacional de Formação Profissional, cuja meta era garantir a qualificação dos trabalhadores em risco social, objetivava serem perseguidas nos momentos de qualificação: habilidades para viver na sociedade moderna, habilidades para ocupar um posto no mercado de trabalho e habilidades de empreendimento (Brasil, MTb/Sefor, 1995).

O conceito de ‘empregabilidade’ surgiu como instrumento de relativização da crise do emprego, face à incapacidade do setor produtivo de incorporar ou manter, no seu interior, o mesmo número de trabalhadores. Surgiu como justificativa para o desemprego em massa, atribuindo à má qualificação dos trabalhadores a culpa por estes não atenderem às novas exigências do mercado de trabalho. Nesse cenário, torna-se importante entender como o conceito de ‘empregabilidade’ passou a se relacionar diretamente com as atividades de qualificação profissional e de valorização da educação básica.

No início dos anos 90, as agências multilaterais, tais como o Banco Mundial e a Comissão Econômica para



a América Latina e o Caribe (Cepal), preocuparam-se com uma melhor articulação entre a educação e a melhoria da qualificação dos trabalhadores. Particularmente a Cepal (1992) pressupôs que essa articulação contribuiria para uma melhoria da participação dos países latino-americanos no cenário econômico internacional. De forma semelhante a esta instância ligada à Organização das Nações Unidas (ONU), o empresariado industrial brasileiro expressou um maior interesse pela educação, alertando que a busca da formação de novas competências por parte das instituições tradicionais de qualificação profissional, através de seus cursos, teria uma repercussão direta no aumento das possibilidades de os trabalhadores inserirem-se no mercado de trabalho, em contínua mudança. Nesse período, pela primeira vez, o empresariado industrial brasileiro fez referência ao conceito de ‘empregabilidade’ (Oliveira, 2005).

A incerteza de um futuro emprego presente no conceito de ‘empregabilidade’ decorre do fato de o mesmo surgir num momento no qual a característica do mercado de trabalho, notadamente do setor de produção de mercadorias, ser a instabilidade ou a impossibilidade de projeção de futuro. O movimento conti-

nua de eliminação de postos de trabalho e a diminuição acentuada da intervenção estatal nos campos sociais e econômicos, no que diz respeito à garantia da reprodução da força de trabalho, deslocam para o indivíduo a responsabilidade pela criação de estratégias eficientes de inserção ou permanência no mercado de trabalho.

Contraditoriamente à lógica neoliberal de comprometimento do Estado com a oferta de serviços sociais básicos, à educação é atribuída a responsabilidade de não só garantir a formação de trabalhadores mais capazes de se adequarem ao novo modelo de produção de mercadorias e de convivência societal, mas também ser o principal instrumento de fortalecimento do movimento ocorrido no mercado de trabalho, de aumento da eficiência e da produtividade. Vêem-se surgir políticas estatais de qualificação de mão-de-obra, bem como uma subsunção da escola à lógica economicista, pela emergência de práticas organizacionais e pedagógicas referenciadas em conceitos próprios do novo cenário socioeconômico, tais como: excelência na educação, qualidade total, pedagogia das competências etc.

O conceito de ‘empregabilidade’ surge, neste ínterim, como um mecanismo que retira do capital e do Esta-

do a responsabilidade pela implementação de medidas capazes de garantir um mínimo de condições de sobrevivência para a população. Ao se responsabilizar os indivíduos pelo estabelecimento de estratégias capazes de inseri-los no mercado, justifica-se o desemprego pela falta de preparação dos mesmos para acompanharem as mudanças existentes no mundo do trabalho. Sob a ótica da ‘empregabilidade’, a necessidade de os indivíduos disporem de habilidades e conhecimentos adequados aos interesses da produção passa a ser o primeiro elemento considerado nas discussões a respeito das possibilidades de superação do desemprego existente.

Especificamente para a sociedade brasileira, ainda que no nível mundial talvez possa ser feita a mesma afirmação, observa-se uma diminuição da possibilidade de intervenção política, bem como o esvaziamento das posições contrárias à hegemonia do capital, por parte dos setores vinculados aos trabalhadores. Por outro lado, evidencia-se uma maior presença das organizações empresariais interferindo nas políticas governamentais, assegurando no plano político e econômico a legitimação dos seus interesses, obscurecendo outras concepções de desenvolvimento contrárias àquelas gestadas pelas classes e

frações de classe economicamente dominantes (Oliveira, 2005).

As novas habilidades demandadas pelo mercado de trabalho e nesse caso, não exclusivamente pelo setor industrial, caracterizam-se por um conjugado de competências de ordem cognitiva que possam facilitar as intervenções dos trabalhadores nos locais de trabalho, numa perspectiva de aumento de produtividade e de maior responsabilidade com as tarefas a serem cumpridas.

Um dos questionamentos pertinentes à utilização em larga escala do conceito de ‘empregabilidade’ decorre do fato de as possibilidades de inserção no mercado de trabalho, embora fortemente relativas ao capital cultural disponível do indivíduo, não se resumirem a uma avaliação de suas competências para a ocupação de um posto. O momento atual de desenvolvimento do capitalismo estrutura-se por um forte movimento de eliminação dos postos de trabalho, expressando a busca do capital de tornar-se autônomo em relação à força de trabalho.

Levando-se em conta o destacado por Pochmann (2001), algumas questões devem ser levadas em consideração quando analisamos a possibilidade de inserção no mercado de trabalho. A primeira refere-se ao fato de





o capital tender a buscar novas formas de gerenciamento da produção como mecanismo de aumento das suas taxas de acumulação, e esse mecanismo ressalta a diminuição da utilização da mão-de obra. Uma segunda questão diz respeito ao fato de que por mais que se aponte a necessidade de o trabalhador ter mais envolvimento com o processo de produção, tal envolvimento nem sempre pressupõe uma maior qualificação.

O capital dispõe de maiores condições para explorar os trabalhadores, para impor-lhes um maior número de responsabilidades, sem que isso seja acompanhado do aumento real de salários. Além disso, os patrões estão mais à vontade para estabelecer níveis maiores de seletividade no processo de contratação. Logo, o discurso corrente de acúmulo de competências visando ao aumento da ‘empregabilidade’ mostra-se esvaziado de coerência e de sustentação empírica, caracterizando-se como uma falsa explicação que procura direcionar para os próprios indivíduos a responsabilidade pela sua condição de desempregado.

Nesse sentido, podemos dizer que a incapacidade de criar mecanismos eficazes para a diminuição do desemprego em massa obriga a implementação de mecanismos ideológicos

justificadores das contradições na sociedade capitalista. Procura-se utilizar justificativas para desviar do campo das relações de conflito entre capital e trabalho, o motivo pelo qual milhões de pessoas ficam destituídas das condições mínimas de garantia de sobrevivência. O conceito de ‘empregabilidade’ encaixa-se perfeitamente nesse movimento, uma vez que retoma com um novo formato explicações que desarticulam a existência da pobreza, da marginalidade e da desigualdade social ao que está estabelecido no plano das relações econômicas capitalistas. Estes fenômenos são tidos como consequências de um movimento produzido pelas próprias pessoas visando à satisfação de seus interesses.

O conceito de ‘empregabilidade’ esvazia a idéia de um movimento integrador e de responsabilidade coletiva. Não à toa sua assunção evidenciar-se num momento no qual se torna mais evidente a desresponsabilização do Estado com as políticas sociais, bem como a minimização de sua atuação como regulador das relações entre capital e trabalho.

### Para saber mais:

BRASIL/MTb/SEFOR. *Educação Profissional: um projeto para o desenvolvimento sustentado*. Brasília: Sefor, 1995.

CEPAL/UNESCO. *Educación y Conocimiento: eje de la transformación productiva con equidad*. Santiago do Chile: s.n., 1992.

GENTILI, P. Educar para o desemprego: a desintegração da promessa integradora. In: FRIGOTTO, G. (Org.) *Educação e Crise do Trabalho: perspectivas de final de século*. Petrópolis: Vozes, 2000.

MEHEDFF, N. G. A era da empregabilidade. *O Globo*, Rio de Janeiro, 9 out. 1996.

OLIVEIRA, R. de. *A (Des)qualificação da Educação Profissional Brasileira*. São Paulo: Cortez, 2003.

OLIVEIRA, R. de. *Empresariado Industrial e Educação Brasileira: qualificar para competir?* São Paulo: Cortez, 2005.

POCHMANN, M. *O Emprego na Globalização: a nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu*. São Paulo: Boitempo, 2001.

RAMOS, M. N. *A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001.

## EQÜIDADE EM SAÚDE

Sarah Escorel

O termo eqüidade é de uso relativamente recente no vocabulário da Reforma Sanitária brasileira. Foi incorporado posteriormente à promulgação da Constituição de 1988 que se refere ao direito de todos e dever do Estado em assegurar o “acesso universal e igualitário às ações e serviços” de saúde. Na lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços cor-

respondentes, e dá outras providências, é “a igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” que figura entre os princípios reitores do Sistema Único de Saúde (SUS). Nem nessa lei, nem na 8.142/90 eqüidade em saúde é referida.

O conceito de eqüidade em saúde foi formulado por Margaret Whitehead incorporando o parâmetro de justiça à distribuição igualitária. “Ini-



qüidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social” (Whitehead, 1992). Kawachi, Subramanian e Almeida Filho, em seu *Glossário das Desigualdades em Saúde* (2002), consideram ser difícil operacionalizar os atributos “evitável” e “desnecessário”, restringindo à injustiça o critério que distingue desigualdades de iniquidades.

A definição de Whitehead é caudatária da teoria da justiça de John Rawls, considerada por Amartya Sen (2001) “a teoria da justiça mais influente – e acredito que a mais importante – apresentada neste século, a da ‘justiça como eqüidade’”. Rawls apresentou, em 1982, uma reelaboração dos dois princípios propostos, em 1971, na edição em inglês de “Teoria da Justiça”:

1. Cada pessoa tem igual direito a um esquema plenamente adequado de liberdades básicas iguais que seja compatível com um esquema similar de liberdades para todos.

2. As desigualdades sociais e econômicas devem satisfazer duas condições. Em primeiro lugar, devem estar associadas a cargos e posições abertos a todos sob condições de

igualdade eqüitativa de oportunidades; e, em segundo, devem ser para o maior benefício dos membros da sociedade que têm menos vantagens (Rawls, *apud* Sen, 2001).

No segundo princípio de Rawls eqüidade aparece como adjetivo; qualifica a igualdade de oportunidades, confere uma carga valorativa. É, pois, a partir do conceito de igualdade, mas dele distinguindo-se por incorporar juízos de valor, que foi construída a definição de eqüidade.

No Dicionário de Política (1991), Oppenheim distingue três significados de igualdade tomando por base o âmbito de exercício do conceito. No caso das características pessoais de qualquer ordem (cor do cabelo ou dos olhos, por exemplo), é um conceito descritivo, de comprovação empírica, não depende de escalas de valores. Quando se refere às normas de distribuição significa que duas pessoas quaisquer são tratadas iguais *em relação* a uma determinada regra e também *em virtude* desta regra. E, como propriedade das regras de distribuição quer dizer o caráter igualitário da própria regra. Nesse último significado, que associa igualdade à justiça, surge a definição de eqüidade.

Uma segunda distinção pode ser feita em relação ao momento do pro-

cesso de distribuição. Igualdade pode qualificar a quantidade de benefícios ou penalidades que serão distribuídos ou pode indicar os resultados finais da repartição.

Regras de igualdade proporcional distribuem partes diferentes a pessoas diferentes, na proporção da diferença. O elemento central das regras pode estar no mérito (“a cada um segundo o próprio merecimento”), ou em diferenças relevantes para a regra em questão, como por exemplo, a desigualdade de riqueza e o pagamento de impostos. Nesse caso, as regras não são igualitárias já que a carga de impostos é diferente entre as pessoas, entretanto, são regras justas porque a tributação está relacionada com a capacidade de pagamento de cada um, e os mais ricos pagam mais impostos. Regras de igualdade proporcional envolvem conceitos de valor; são objetos de avaliação subjetiva e não de verificação objetiva, como assinala Oppenheim (1991).

Do ponto de vista dos resultados das regras de distribuição, estas seriam igualitárias quando nivelam ou reduzem as diferenças. Portanto, só podem ser classificadas como

igualitárias em relação a uma distribuição anterior.

Turner (1986) indica que a igualdade pode ser avaliada em quatro dimensões:

- Ontológica – inerente aos seres humanos, constituinte de princípios religiosos e de correntes filosóficas;

- Oportunidades – princípio das doutrinas liberais que consideram que dado um mesmo patamar de direitos, o acesso a posições sociais resulta da competição entre os indivíduos que as conquistarão conforme seus méritos;

- Condições – estabelecimento de um mesmo nível de partida, isto é, nivelamento da satisfação de um mínimo de necessidades básicas substancialmente idênticas em todos;

- Resultados – envolve mudanças nas regras de distribuição para transformação das desigualdades de início em igualdade de conclusão.

O princípio de equidade surge no período contemporâneo associado aos direitos das minorias e introduz a diferença no espaço público da cidadania, espaço por excelência da igualdade. O reconhecimento da diferença entra em conflito com o pen-

samento jurídico clássico que percebe a cidadania como sendo comum e indiferenciada. Entretanto, dada a diversidade das sociedades modernas,

“a noção de igualdade só se completa se compartilhada à noção de eqüidade. Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime” (Sposati, 1999, p.128).

Dessa forma, a idéia de eqüidade foi incorporada e até mesmo substituiu o conceito de igualdade. Igualdade significaria a distribuição homogênea, a cada pessoa uma mesma quantidade de bens ou serviços. Eqüidade, por sua vez, levaria em consideração que as pessoas são diferentes, têm necessidades diversas. Uma distribuição eqüitativa responde ao segundo elemento do princípio marxista “de cada um segundo suas capacidades, a cada um segundo suas necessidades” (Marx, 1875, s/d). Sendo assim, o princípio de eqüidade estabelece um parâmetro de distribuição heterogênea.

“Se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de aten-

der às necessidades de outros, mantendo as desigualdades” (Ministério da Saúde, 2000).

Lígia Vieira Silva e Naomar Almeida Filho elaboraram uma “análise de série significativa – distinção, diferença, desigualdade, iniquidade – no sentido de uma teoria social da saúde”. Nessa teoria “diferença remete ao individual, diversidade à espécie, desigualdade à justiça e distinção ao simbólico. Iniquidade adquire sentido no campo político como produto dos conflitos relacionados com a repartição da riqueza na sociedade” (2000, p. 4-11). Dessa forma, corrobora-se a aceção de que há um limite das desigualdades a partir do qual passam a ser consideradas como iniquidades, ou seja, “perversas, malévolas, extremamente injustas” (Buarque de Holanda, s/d).

Igualdade e desigualdade são conceitos mensuráveis que se referem a quantidades passíveis de serem medidas. Por sua vez, eqüidade e iniquidade são conceitos políticos que expressam um compromisso moral com a justiça social (Kawachi et al, 2002).

A partir do momento em que definições ou instrumentos de justiça são acionados para estabelecer o conceito de eqüidade fica patente que não há como fugir de juízos de valor. É preci-



so então perguntar “equidade em relação a quê?”, para compreender o seu significado. O julgamento e a medida das desigualdades dependem integralmente da escolha da variável em torno da qual a comparação é feita (Sen, 2000). Se valores são intrínsecos às decisões eles devem ser explicitados, coletivamente assumidos e permanentemente avaliados e revistos, seja porque os critérios selecionados não se revelaram os mais adequados, seja porque depois dos critérios aplicados as situações sofreram modificações e exigem novos critérios e escolhas. Há, portanto, que pensar a equidade em saúde como um processo, permanente, em transformação, que vai mudando seu escopo e abrangência na medida em que certos resultados são alcançados.

Equidade pode ser analisada como vertical e como horizontal. Equidade vertical é entendida como desigualdade entre desiguais, ou seja, uma regra de distribuição desigual para indivíduos que estão em situações diferenciadas. A noção de equidade vertical é geralmente empregada em relação ao financiamento. Por exemplo, a progressividade no financiamento, isto é, a contribuição inversamente proporcional ao rendimento das pessoas re-

presenta uma situação de equidade vertical (Travassos & Castro, 2008).

Equidade horizontal, por sua vez, corresponde à igualdade entre iguais, ou seja, uma regra de distribuição igualitária entre pessoas que estão em igualdade de condições. A equidade no acesso e utilização de serviços de saúde é abordada em relação à equidade horizontal e tem sido operacionalizada como “igualdade de utilização de serviços de saúde entre os grupos sociais para necessidades de saúde iguais”. Pode-se dizer que as normas que regem o SUS incorporam a definição de equidade horizontal, ou seja, acesso, utilização e tratamento igual para necessidades iguais (Travassos & Castro, 2008).

Em geral, o princípio de equidade tem sido operacionalizado em duas principais dimensões: condições de saúde e acesso e utilização dos serviços de saúde.

No âmbito das condições de saúde é analisada a distribuição dos riscos de adoecer e morrer em grupos populacionais. Embora variações biológicas (sexo, idade) determinem diferenças de morbidade e mortalidade, a maior parte das condições de saúde é socialmente determinada e não decorre de variações naturais, ou de livres escolhas pessoais por estilos de vida



mais ou menos saudáveis. Os pobres, grupo social e economicamente vulnerável, pagam o maior tributo em termos de saúde acumulando a carga de maior frequência de distribuição de doenças, sejam estas de origem infecciosa, sejam crônico-degenerativas, ou ainda as originadas de causas externas. Para alguns autores, essa é a dimensão mais importante da equidade em saúde (Evans et al, 2002) e à sua mensuração dedicam-se estudiosos e instituições (Carr-Hill & Chalmers-Dixon, 2005).

Em relação à esfera do acesso e utilização dos serviços de saúde verificam-se as diferentes possibilidades de consumir serviços de saúde dos diversos graus de complexidade por indivíduos com necessidades iguais de saúde.

“As condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existentes na sociedade. Já as desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a sua distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o aces-

so aos serviços de saúde. Modificações nas características do sistema de saúde alteram diretamente as desigualdades sociais no acesso e no uso, mas não são capazes de mudar por si só as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais” (Travassos & Castro, 2008).

Outros âmbitos de operacionalização e de análise da equidade são relativos ao princípio orientador das reformas dos sistemas de saúde e à institucionalidade do sistema de saúde. No primeiro caso verifica-se em que medida a equidade é o princípio que prepondera na definição das políticas de saúde e nos seus desdobramentos em programas e ações. Também pode ser observado se equidade prevalece sobre, e é complementada pela orientação de eficiência, ou se é a ela subordinado posto que, neste caso, a ordem dos fatores, em geral, altera o produto. Ainda nesse âmbito sobressaem dois aspectos: a predominância de políticas universais ou, ao contrário, de políticas residuais e seletivas, focalizadas; e, a distribuição de recursos financeiros que interferem diretamente na promoção da equidade entre grupos sociais e regiões geográficas.

Em relação à institucionalidade do sistema de saúde outros dois tópi-

cos de grande impacto na implementação das políticas de saúde podem ser analisados no que se refere a um padrão mais ou menos equitativo: o processo de descentralização real de poder e autonomia para o nível local de regulação do sistema de saúde e sua conseqüente responsabilização pelas condições de saúde e assistência aos municípios; e, o processo decisório analisando a presença ou ausência de uma efetiva e representativa participação social.

A operacionalização das categorias referentes às quatro dimensões assinaladas esbarra em dificuldades relacionadas com os sistemas de informação e, também, em modelos que organizem as informações em estruturas lógicas de conhecimento. Por exemplo, o estudo *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento* (Viana et al., 2001) adotou seis dimensões de análise. O âmbito das condições de saúde foi desdobrado em situação de saúde e condições de vida. A esfera do acesso e utilização dos serviços de saúde foi desmembrada em oferta (recursos humanos e capacidade instalada), acesso e utilização de serviços, e qualidade de atenção. A sexta dimensão adotada no estudo diz respeito ao financiamento (despesas federal e familiar).

Quaisquer que sejam as dimensões adotadas, a análise das iniquidades em saúde deve apoiar-se na posição social da pessoa (que agrupa muitos dos fatores de risco individuais como idade, sexo, hábitos alimentares, tabagismo e consumo de álcool, peso e pressão arterial) e nas características do contexto social mais amplo (local de residência urbano ou rural, situação ocupacional, políticas econômicas e sociais mais amplas). “Todo marco [de conhecimento] deve captar a idéia de que as vias finais fisiológicas que conduzem às más condições de saúde individuais estão inextricavelmente ligadas às condições sociais” (Diderichsen et al, 2002).

Tendo em vista essa concepção da determinação social da saúde, os autores apresentam um modelo constituído por quatro mecanismos que desempenham um papel na geração das iniquidades em saúde e, ao mesmo tempo, constituem pontos de partida de políticas para reduzir a falta de equidade em saúde: estratificação social; exposição diferencial; vulnerabilidade (ou susceptibilidade) diferencial; e conseqüências sociais diferenciais das más condições de saúde.

“A formulação de uma resposta política forte e adequada às iniqui-



dades de saúde obriga a agir numa ampla variedade de campos: em primeiro lugar, devem ser estabelecidos os valores; a seguir, há que se descrever e analisar as causas; depois, devem ser erradicadas as causas profundas das iniquidades; e, por último, devem-se reduzir as conseqüências negativas das más condições de saúde” (Whitehead et al, 2002).

Políticas eqüitativas constituem um meio para se alcançar a igualdade. Numa perspectiva relativamente utópica podemos pensar que ações desse tipo integrariam uma fase intermediária, transitória, visando a atingir a igualdade de condições, de oportunidades sociopolíticas. Ou seja, fazendo uma distribuição desigual para pessoas e grupos sociais desiguais (mais para quem tem menos) atingiríamos (hipoteticamente) uma situação de igualdade, em que todos teriam acesso às mesmas coisas, fossem elas bens e serviços ou oportunidades. Mas, uma vez atingido esse patamar de igualdade de condições as políticas eqüitativas ainda seriam necessárias, pois não se pode prescindir dos critérios de justiça. E, sobretudo no campo da saúde, em que as necessidades são sempre diferentes, em que cada caso é um caso, a igualdade de condições parece algo impossível (e indesejável) de ser atingido e

políticas eqüitativas serão sempre imprescindíveis.

### Para saber mais:

BARATA, R. B.; BARRETO, M. L.; ALMEIDA FILHO, N.; VERAS, R. P. *Eqüidade e Saúde: contribuições da Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997.

BUARQUE de HOLANDA, A. *Novo Dicionário Eletrônico Aurélio*. Versão 5.0. Positivo Informática, s/d.

CARR-HILL, R.; CHALMERS-DIXON, P. *The Public Health Observatory Handbook of Health Inequalities Measurement*. South East Public Health Observatory. Oxford, 2005.

DIDERICHSEN, F.; EVANS, T.; WHITEHEAD, M. Bases sociales de las disparidades en salud. In: EVANS, T.; WHITEHEAD, M.; DIDERICHSEN, F.; BHUIVA, A.; WIRTH, M. (Ed.) *Desafío a la falta de Equidad en la Salud: de la ética a la acción*. Fundación Rockefeller: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica n. 585, 2002.

SCOREL, S. Os dilemas da eqüidade em saúde: aspectos conceituais. <http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310.pdf>. Acesso em: ago. 2008.

EVANS, T.; WHITEHEAD, M.; DIDERICHSEN, F.; BHUIVA, A.; WIRTH, M. (Ed.) *Desafío a la falta de Equidad en la Salud: de la ética a la acción*.



Fundación Rockefeller: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica n. 585, 2002.

GIOVANELLA, L. et al. Equidade em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 49-50: p. 13-22, dez. 1995/mar.1996.

KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S.V., ALMEIDA FILHO, N. A Glossary for Health Inequalities. *J. Epidemiol. Community Health*, 56: p. 647-652, 2002.

MARX, K. Observações à margem do Programa do Partido Operário Alemão. Crítica ao Programa de Gotha, 1875. In: MARX, K. & ENGELS, F. *Obras escolhidas*. São Paulo: Alfa-Omega, s/d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 11ª Conferência Nacional de Saúde. Legislação Básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

OPPENHEIM, F. E. Igualdade. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. Brasília: Ed. UnB, Linha Gráfica Editora, 3ª ed., p. 597-605, 1991.

SEN, A. *Desigualdade reexaminada*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SPOSATI, A. Exclusão social abaixo da linha do Equador. In: VERÁS, M. P. B. (Ed.) *Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam*. São Paulo: Educ, 1999.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais

no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V.; CARVALHO, A. I.; NORONHA, J. C. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

TURNER, B. *Equality*. London: New York, Ellis Horwood Limited: Tavistock Publications, 1986.

VIANA, S. M.; NUNES, A.; BARATA, R. B.; SANTOS, J. R. S. *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília, Ipea/Opas, 2001.

VIEIRA, L. M. V.; ALMEIDA FILHO, N. Distinção, diferença, desigualdade, iniquidade e a saúde: uma análise semântica. Salvador, 2000, mimeo.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, 22 (3): 429-445, 1992.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G.; GILSON, L. Construcción de una respuesta política a la falta de equidad en la salud: una perspectiva mundial. In: EVANS, T.; WHITEHEAD, M.; DIDERICHSEN, F.; BHUIVA, A.; WIRTH, M. (Ed.) *Desafío a la falta de Equidad en la Salud: de la ética a la acción*. Fundación Rockefeller: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica n. 585, 2002.

## EXCLUSÃO SOCIAL

Sarah Escorel



A origem mais contemporânea do termo exclusão social é atribuída ao título do livro de René Lenoir, *Les exclus: un français sur dix* ('Os excluídos: um em cada dez franceses'), publicado em 1974, ainda que o trabalho não contivesse qualquer elaboração teórica do conceito de exclusão social. A preocupação do então Secretário de Ação Social do governo gaullista de Jacques Chirac concentrava-se nos 'inadaptados sociais', nos pobres que precisavam ser amparados por ações governamentais, representando gastos sociais crescentes. O título foi conferido pelo editor baseado no sucesso dos trabalhos de Foucault, principalmente em sua história sobre a loucura (Didier, 1996). No momento da publicação do livro de Lenoir, quando a situação de pobreza na França parecia ser residual e superável, a noção de exclusão estava relacionada à sua dimensão subjetiva e não à sua dimensão objetiva, econômico-ocupacional.

Antes de ganhar o destaque no título do livro, referências à exclusão e excluídos eram utilizadas nos trabalhos sobre pobreza e desigualdades sociais

sem suscitar polêmicas ou debates. Até então essas análises referiam-se à *underclass*, e, posteriormente, à marginalidade. A noção de *underclass* foi utilizada para classificar moradores dos guetos norte-americanos, com forte carga preconceituosa e estigmatizante que parecia estabelecer quase um 'destino' de gravidez precoce, desemprego, alcoolismo, família desestruturada e criminalidade. Numa direção teórica oposta, com forte influência do marxismo, na década de 1960, marginalidade era um conceito integrante da teoria que buscava entender a inserção marginal no processo produtivo capitalista nas economias dependentes da América Latina.

Em 1976, na França, o processo de pauperização começou a atingir não apenas os grupos populacionais 'tradicionalmente marginalizados' (imigrantes e moradores das periferias), mas também os que até então pareciam inseridos socialmente e usufruindo, mesmo que nas margens do sistema capitalista, dos benefícios do desenvolvimento econômico e da proteção social. A partir de meados dos anos

80, frente a uma situação objetiva de aumento das desigualdades e de mudança do perfil de pobreza, a noção de exclusão social estabeleceu-se no debate público e acadêmico e foi em solo francês que o tema adquiriu preponderância e estatuto teórico, relevância e publicidade.

Exclusão social passou a ser usado para denominar o fenômeno integrante de uma “nova questão social” (Rosanvallon, 1995; Castel, 1991, 1998), problemática específica do final de século XX, cujo núcleo duro foi identificado na crise do assalariamento como mecanismo de inserção social. Essa crise, por sua vez, era oriunda de mudanças no processo produtivo e na dinâmica de acumulação capitalista gerando a diminuição de empregos, inviabilizando essa via de constituição de solidariedades e de inserção social, constituindo os ‘inválidos pela conjuntura’ e provocando fraturas na coesão social. A exclusão foi então percebida como uma marca profunda de disfunção societal que assume uma multiplicidade de formas. O conceito expressa a existência de um fenômeno diferente de uma ‘nova pobreza’, e ao mesmo tempo, tem a capacidade de vocalizar a indignação com esse mundo partido em dois.

No Brasil, na década de 1990, estudiosos também identificam uma nova problemática social a exigir uma conceituação própria. No entanto, as análises tendem a considerar a emergência do fenômeno contemporâneo como expressão de um processo com raízes históricas ancestrais na sociedade brasileira, ao longo do qual ocorreram situações de exclusão que deixaram marcas profundas em nossa sociabilidade, como a escravidão. A partir dessa marca estrutural a sociedade apresentou, nos diversos períodos históricos, faces diferenciadas, expressões de processos sociais presididos por uma mesma ‘lógica’ econômica e/ou de cidadania excludente. Na década de 80, a transição do regime político e os ciclos econômicos recessivos aumentaram a visibilidade da ‘questão social’. Na década de 90, e não antes, surgiram os sinais evidentes de uma piora das condições de vida. A exclusão social tornou-se visível e contundente a partir da população de rua e da violência urbana (Nascimento, 1993).

No processo de construção do conceito de exclusão social este tem sido contraposto e diferenciado de uma série relativamente abrangente de outros termos e categorias, que acabam por integrar o ‘vocabulário’ da exclusão: desvinculação, desfiliação,

desqualificação, precariedade, vulnerabilidade, marginalização, discriminação e segregação social. Pelo lado positivo do fenômeno há também distinções a fazer entre inclusão social e justiça social, capital social, integração, emancipação, autonomia e empoderamento.

A exclusão social integra o campo da pobreza e das desigualdades embora seja diferente destes dois conceitos e contenha em si situações e processos que podem se desenvolver fora do âmbito da pobreza e das desigualdades sociais, como por exemplo, a impossibilidade dos homossexuais constituírem uniões estáveis e terem direito à herança de seus companheiros ou companheiras. Entretanto, a maior parte dos processos de exclusão social está relacionada e tem consequências diretas nas condições econômicas dos grupos populacionais, e se fazem mais presentes em situações de intensa pobreza e desigualdades sociais.

A pobreza absoluta significa não ter acesso aos bens e serviços essenciais, é a impossibilidade de suprir as necessidades básicas, alimentares e não-alimentares (Lopes, 1992). A indigência ou miséria é o afastamento de um mínimo necessário à manutenção da sobrevivência física de um indiví-

duo posto que não consegue “adquirir a cesta básica de alimentos que lhe proporcione nutrição suficiente para uma vida ativa e produtiva” (Gershman & Irwin, 2000, p. 15).

A pobreza relativa, a desigualdade, é a falta de recursos ou de consumo em relação a padrões usuais ou aprovados pela sociedade do que é considerado essencial para uma vida digna. As desigualdades sociais expressam as modalidades e os mecanismos mediante os quais numa dada sociedade são distribuídos bens e recursos, atribuindo posições diferenciadas e relativas aos indivíduos e grupos em relação ao acesso aos bens, e também em relação a uma escala de valores mediante a qual estes lugares sociais são avaliados. As três dimensões essenciais do processo de estratificação são a riqueza, o prestígio e o poder (Cavalli, 1991). Nas sociedades ocidentais e modernas, ou melhor, no modo de produção capitalista, o fato fundamental que orienta a estratificação é a propriedade dos meios de produção e a divisão social do trabalho, conformando um sistema de classes sociais.

Amartya Sen (2000) aponta os limites da abordagem das desigualdades pelo critério de renda. No seu entender, o mais importante é verificar como a renda e outros bens e serviços con-



tribuem para as capacidades das pessoas de atingir seus objetivos de viver uma vida digna e satisfatória. Nesse sentido, outro conceito importante é o de vulnerabilidade, pois permite analisar a exposição de determinados grupos a riscos externos e avaliar suas capacidades em responder a estes desafios (Gershman e Irwin, 2000).

O conceito de exclusão social amplia as dimensões de análise da pobreza e das desigualdades.

É o processo pelo qual indivíduos ou grupos são total ou parcialmente excluídos de participarem integralmente da sociedade em que vivem (*European Foundation for the Improvement of Living and Working Condition, apud* Gershman e Irwin, 2000, p. 16).

São processos de vulnerabilidade, fragilização ou precariedade e até ruptura dos vínculos sociais em cinco dimensões da existência humana em sociedade: ocupacionais e de rendimentos; familiares e sociais proximais; políticas ou de cidadania; culturais; e, no mundo da vida onde se inserem os aspectos relacionados com a saúde (Escorrel, 1999, p. 75).

A exclusão consiste de processos dinâmicos, multidimensionais produzidos por relações desiguais de poder que atuam ao longo de quatro dimensões principais – econô-

mica, política, social e cultural –, e em diferentes níveis incluindo individual, domiciliar, grupal, comunitário, nacional e global. Resulta em um *continuum* de inclusão/exclusão caracterizado por acessos desiguais aos recursos, capacidades e direitos que produzem iniquidades em saúde (Popay et al, 2008, p. 36).

A noção de exclusão social designa ao mesmo tempo um processo e um estado. Uma trajetória ao longo de um eixo inserção/exclusão, um movimento que exclui, processos potencialmente excludentes, vetores de exclusão ou vulnerabilidades e, ao mesmo tempo, um estado, a condição de exclusão, o resultado do movimento. Nessa condição (estado) costuma-se verificar a sobreposição das situações de exclusão num mesmo grupo social. Há uma somatória, uma concentração dos critérios sociais de discriminação, estigmatização e exclusão em certos grupos a um ponto tal que a exclusão social caracteriza o contexto de sociabilidade.

Processos excludentes produzem uma distribuição injusta de recursos e acessos desiguais a capacidades e direitos de: criar as condições necessárias para que todas as populações tenham e possam ir além das necessidades básicas; permitir sistemas sociais participativos e co-

esos; valorizar a diversidade; garantir a paz e os direitos humanos; e, sustentar sistemas ambientais (Popay et al, 2008, p. 36).

Nem todos concordam que exclusão social seja uma categoria explicativa de fenômenos sociais contemporâneos. A maior crítica que é feita ao conceito é que, assim como *underclass* e marginalidade, traz implícita uma visão dicotômica, que divide o todo em duas partes, perdendo a complexidade das relações sociais envolvidas no fenômeno. Não existiria um dentro (inclusão) e um fora (exclusão) da sociedade. Todas as relações constituiriam uma mesma tessitura social, mais ou menos esgarçada, porém sempre tecida.

A noção passou a ser criticada tanto pelos alegados limites em sua capacidade explicativa como em função do uso abusivo do termo. (...) [Sua] contribuição é mais relevante no campo da ação pública do que no da pesquisa social. Exclusão social remeteria ao enfraquecimento da participação dos indivíduos nas redes sociais mais fundamentais do contexto em que vivem (...) enfraquecimento, mas não descarte, abandono, porque o excluído pertence ao sistema em relação ao qual ele tende a ser colocado à margem (Zioni, 2006, p. 24).

No campo da saúde, a exclusão social foi abordada em trabalho conjunto realizado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), relativo à Extensão da Proteção Social em Saúde (EPSS, 1999), posteriormente desenvolvido pela OPS (2001, 2003) com a Agência Sueca para o Desenvolvimento Internacional.

A OPS define exclusão social como um processo estrutural, multidimensional, que envolve a falta de recursos e oportunidades e a falta de pertencimento como um produto da ruptura dos laços sociais que permitem que os indivíduos integrem uma rede social (OPS, 2003). A exclusão em saúde, fenômeno integrante, mas independente da exclusão social, constitui a negação do direito de uma pessoa ou um grupo de satisfazer suas necessidades em saúde e pode adotar diferentes formas em função de fatores geográficos, culturais, econômicos e sociais (OIT e OPS, 1999).

A exclusão em saúde tem em sua origem três dimensões: falta de acesso; problemas de financiamento; e baixa dignidade da atenção (qualidade e oportunidade dos serviços). Portanto, a proteção social em saúde (EPSS), direito dos cidadãos e dever do Estado,



deve garantir: o acesso aos serviços eliminando qualquer tipo de barreira; a segurança financeira dos domicílios; e a atenção com qualidade e dignidade.

A exclusão social em saúde tende a ser maior em sistemas de saúde que apresentam uma ou mais de quatro características: segmentação ou coexistência de subsistemas com diferentes arranjos de financiamento, filiação e prestações que segmentam a população segundo seu nível de renda ou capacidade de contribuição; fragmentação ou existência de múltiplas entidades não integradas dentro de um mesmo subsistema que aumentam a ineficiência dos recursos; predomínio do pagamento direto dos serviços ou um alto gasto individual; e a frágil reitoria manifesta na ausência de regras justas nas relações entre usuários e prestadores (OPS, 2002 *apud* Hernández et al, 2008).

Pesquisas realizadas pela OPS (2003) identificaram, na região das Américas, que a exclusão em saúde está fortemente associada com a pobreza, a marginalidade, a discriminação racial e outras formas de exclusão relacionadas a: características culturais, precariedade do emprego, subemprego e desemprego, isolamento geográfico, falta de acesso aos serviços públicos e baixo nível educacional das pessoas. O

perfil dos grupos e indivíduos vulneráveis a processos de exclusão nos sistemas de saúde é, em sua maioria, de pobres, idosos, mulheres, crianças, grupos étnicos, trabalhadores informais, desempregados e subempregados e população rural, indicando que a exclusão em saúde reitera os processos excludentes que estão vigentes na sociedade.

Um enfoque diferenciado das relações entre exclusão social e iniquidades em saúde veio à luz com a constituição da Comissão de Determinantes Sociais em Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), que estimulou a composição de nove redes de conhecimento entre as quais a Rede de Conhecimentos sobre Exclusão Social. Em seu Relatório Final, o grupo de pesquisadores (Popay et al, 2008) resalta a importância da abordagem processual da exclusão social em contraposição ao que vem sendo feito correntemente por órgãos e unidades de combate à exclusão social que concentram suas preocupações e ações em grupos excluídos, em situações extremas, desconsiderando os processos causais e, preconizando políticas focalizadas minoram as consequências mas não atingem as causas dos processos excludentes que continuam a produzir grupos de excluídos.



Focando a atenção em processos incrustados nas relações de poder, em questões de mediação e intervenção (quem está sendo excluído, por quem e como respondem?) e na natureza multidimensional e inter-relacionada das iniquidades econômicas e sociais, [a categoria de] exclusão social provê novas compreensões sobre os determinantes das desigualdades sociais em saúde e fornece novas direções para políticas e ações reparadoras (Popay et al, 2008, p. 37).

A estratificação social produzida nas quatro dimensões – social, política, econômica e cultural – em que indivíduos, grupos, comunidades ou países estão posicionados em situações de maior ou menor inserção, experimentando processos mais ou menos excludentes, está relacionada com a exposição diferenciada a circunstâncias prejudiciais para a saúde. E, ao mesmo tempo, essa posição social estabelece as capacidades (de ordem biológica, social, psicológica e econômica) das pessoas de se protegerem (ou não) dessas circunstâncias, assim como possibilita ou restringe seu acesso aos serviços de saúde e a outros serviços essenciais para a proteção e promoção da saúde. Esses processos criam desigualdades em saúde que retroalimentam e aumentam as iniquidades em relação à exposição de fato-

res de vulnerabilidade e nas capacidades de proteção, aprofundando a diferenciação e estratificação social (Popay et al, 2008).

Embora seja pequeno o número de pesquisas adotando o conceito de exclusão social como alavanca analítica para compreender as causas das desigualdades em saúde, é possível identificar tanto no plano teórico quanto no empírico as relações entre exclusão social e desigualdades em saúde. Essas relações são de ordem constitucional e instrumental. Constitucional, pois a participação restrita nas relações econômicas, sociais, políticas e culturais tem impacto negativo na saúde e no bem-estar. Instrumental, na medida em que essas restrições resultam em outras privações que contribuem para o adoecimento e piores condições de saúde. O modelo elaborado pela Rede de Conhecimento sobre Exclusão Social fornece um guia útil para o desenvolvimento de políticas e ações direcionadas para reverter os processos excludentes, e um marco de avaliação para examinar a adequação e o impacto de tais políticas e ações (Popay et al, 2008).



PARA SABER MAIS:

CASTEL, R. De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation: précarité du travail et vulnérabilité relationnelle. In: DONZELOT, J. (Org.). *Face à l'exclusion – le modèle français*. Paris: Ed. Esprit, 1991.

CASTEL, R. *As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.

CAVALLI, A. Estratificação social. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. Brasília: UnB, 1991.

CEPAL. *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Montevideo, 2006.

DIDIER, E. De "l'exclusion" à l'exclusion, *Politix*, 34:5-27, 1996.

SCOREL, S. *Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ESTIVILL, J. *Concepts and strategies for Combating Social Exclusion: An overview*. International Labour Office. STEP/Portugal.

GERSHMAN, J.; IRWIN, A. Getting a Grip on the Global Economy. In: KIM, J.Y.; MILLEN, J.V.; IRWIN, A.; GERSHMAN, J. *Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor*. Cambridge, MA: The Institute for Health and Social Justice, 2000.

HERNÁNDEZ, M. et al. Análisis del discurso sobre exclusión social de los organismos internacionales en América Latina. In: *Superando la exclusión social en la región norte de América Latina*. Informe

Final del Grupo Colombia - Nodo conjunto Regional para América Latina. Social Exclusion Knowledge Network. WHO Commission on Social Determinants of Health, 2008.

LOPES, J. R. B. (Coord.). *Brasil, 1989: um estudo socioeconômico da indigência e da pobreza urbana*. Campinas: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/Unicamp, 1992.

NASCIMENTO, E.P. Exclusão social no Brasil: as múltiplas dimensões do fenômeno. *Série Sociológica*, Brasília: UnB, 1993.

Organización Internacional de Trabajo-OIT, Organización Panamericana de la Salud-OPS. *Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Reunión tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS. Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: OIT, OPS/OMS, 1999.

Organización Panamericana de la Salud-OPS. *Guía metodológica para la caracterización de la exclusión en salud*. Washington D.C.: OPS/OMS, 2001.

Organización Panamericana de la Salud-OPS. *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*. Serie nº 1. Extensión de la Protección Social en Salud. Washington D.C.: OPS/OMS, Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI), 2003.

PAUGAM, S. (Org.). *L'Exclusion: l'état des saviors*. Paris: La Découverte, 1996.

POPAY, J.; SCOREL, S.; HERNÁNDEZ, M.; JOHNSTON, H.;

MATHIESON, J.; RISPEL, L. *Understanding and Tackling Social Exclusion*. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Social Exclusion Knowledge Network, 2008.

ROSANVALLON, P. *La Nueva Cuestión Social: repensar el Estado providencia*. Buenos Aires: Manantial, 1995.

SEN, A. *Social Exclusion: Concept, Application, and Scrutiny*. Office of Environment and Social Development. Asian Development

Bank. Social Development Papers n. 1, 2000.

SILVER, H. *European national policies to promote the social inclusion of disadvantaged groups: lessons for Latin America and the Caribbean*. Inter-American Development Bank, 2003.

VÉRAS, M. P. B. (Ed.). *Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Pangam*. São Paulo: EDUC, 1999.

ZIONI, F. Exclusão social: noção ou conceito? *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 3, p. 15-29, set-dez, 2006.





# F

## FOCALIZAÇÃO EM SAÚDE



*Maria Lúcia Frizon Rizzotto*

**F**ocalização tem sido traduzida como a ação de concentrar os recursos financeiros disponíveis em uma população definida. Em última instância, trata-se de uma decisão orientada por razões de caráter econômico. Nas últimas décadas do século XX, no âmbito das políticas sociais em geral e das políticas de saúde em particular, o termo ‘focalização’ assume *status* de categoria com ampla utilização em documentos de Organismos Internacionais, como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), entre outros, que passaram a difundir a idéia de que o alívio da pobreza e a redução das enormes desigualdades sociais existentes nos países dependentes iriam ocorrer a partir da implementação de projetos e programas sociais dirigidos às populações pobres e grupos vulneráveis.

Tais projetos teriam como objetivo explícito combater a pobreza, satisfazendo as necessidades básicas, o que deveria propiciar um mínimo de dignidade a esse segmento populacional. Nesse sentido, a discussão da ‘focalização’ está diretamente relacionada com a temática da pobreza.

Pode-se afirmar que o interesse dos Organismos Internacionais pela pobreza ocorreu, de forma mais enfática, em dois momentos distintos. Primeiro, no final da década de 1960, início da era McNamara na presidência do Banco Mundial, quando se constatou que o crescimento econômico ocorrido nos países periféricos, nas décadas anteriores, não resultou de forma mecânica e imediata em desenvolvimento social, em na redução das desigualdades sociais existentes. O crescimento econômico experimentado não melhorou a situação de vida das pessoas marginalizadas nessas sociedades, ao contrário, reverteu em maior

concentração de renda e aumento das desigualdades intra e entre países. O segundo momento se deu na década de 1990, quando os níveis de pobreza assumiram dimensões planetárias, refletindo os danos sociais dos planos de estabilização do FMI e dos programas de empréstimos de ajuste estrutural e setorial do Banco Mundial, colocados em prática ao longo dos anos de 80 do século XX, na tentativa de resolver os problemas da dívida externa dos países periféricos, resultado em grande medida da transferência da crise que os países ricos enfrentaram a partir da década de 1970.

Sem abandonar o entendimento de que o crescimento econômico se constitui em condição *a priori* para a solução dos problemas sociais, os dirigentes desses organismos, respaldados pelos governos dos países ricos, em face da constatação da existência de uma conexão entre pobreza mundial e as relações instáveis entre e intra as nações, passaram a uma ação na direção de pressionar os governos nacionais dos países dependentes a colocarem em prática políticas sociais dirigidas às parcelas pobres da população, visando amenizar a situação de miserabilidade em que viviam e vivem, mantendo, assim, um mínimo de coesão societária necessária para a conti-

nuidade da acumulação, ampliação e concentração capitalista em nível mundial. É nesse contexto que a ‘focalização’, como pressuposto das políticas sociais, ganha contornos mais nítidos e se constitui em importante estratégia de intervenção na organização da sociedade.

O mecanismo encontrado para induzir os Estados Nacionais a adotarem as medidas de ‘focalização’ propostas se deu, de forma mais sistemática, por meio da ação desses organismos que passaram a financiar políticas, programas e projetos de investimento nos setores de educação, saúde, nutrição, controle demográfico e saneamento, considerados como capazes de contribuir para o bem-estar social e para uma melhor distribuição de renda. Mas, ao financiarem os projetos e programas focalizados, estava implícito o objetivo de apaziguar os pobres por meio da satisfação das necessidades básicas ao mesmo tempo em que pretendiam manter sob controle a sua expansão.

A noção de ‘focalização’ traduz o entendimento de que diante do contingenciamento e da limitada disponibilidade de recursos financeiros para atender as demandas infinitas por serviços e benefícios sociais, inclusive estabelecendo a clássica relação custo-



benefício, o Estado deve priorizar e direcionar a sua ação, no âmbito das políticas sociais, para as camadas mais desfavorecidas da população. Esta noção se contrapõe ao princípio da universalidade, inscrito na Constituição Brasileira, diante do qual o Estado deve garantir, para toda a população, o acesso a bens e serviços públicos como saúde, educação, saneamento básico, habitação, transporte etc. Traduzem duas concepções distintas do que seja bem-estar e, conseqüentemente, de organização e concepção de sociedade, pois delas decorrem arranjos institucionais que revelam a lógica de cada projeto, indicando papéis distintos para o Estado desempenhar.

Em nível nacional, no campo da saúde, embora desde o início da década de 1990 o governo brasileiro esteja cumprindo a agenda dos organismos internacionais, implementando programas focalizados e seletivos, a exemplo do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), implementado em 1991, e do Programa de Saúde da Família (PSF), implementado em 1994, a discussão acerca da ‘focalização’ das políticas sociais em geral e das políticas de saúde em particular, ganha novas dimensões com o debate sobre a reforma do Estado Brasileiro, ocorrida a partir de 1995, no governo de

Fernando Henrique Cardoso. A reforma, entre outras mudanças, deveria permitir ao Estado a ‘focalização’ no atendimento das necessidades sociais básicas, reduzindo a sua área de atuação por meio de três mecanismos: a privatização, que consiste na venda de ativos de empresas públicas; a publicização, ou seja, a transformação de órgãos estatais em entidades públicas não-estatais; e a terceirização, que implica a contratação de serviços prestados por terceiros.

Respaldados em documentos de Organismos Internacionais que criticavam o pouco investimento em promoção e prevenção da saúde e o excesso de gastos públicos brasileiros com a oferta de serviços de base hospitalar, especializados e em procedimentos de alta tecnologia, os governos brasileiros, a partir do início da década de 1990, assumiram como uma diretriz política, a ‘focalização’ dos serviços públicos de saúde nas populações pobres.

Assim, antes mesmo de terem sido implementados plenamente os princípios constitucionais que conformam o Sistema Único de Saúde (SUS), coloca-se para a sociedade brasileira dilemas, como universalizar o acesso ou destinar os poucos recursos do setor para os mais pobres; manter a

gratuidade para todos ou instituir formas de co-pagamento para quem pode pagar; responsabilizar o Estado pela assistência à saúde ou envolver a comunidade para que ela mesma encontre alternativas aos seus problemas; obrigar o setor público a oferecer todos os níveis de assistência ou apenas um pacote de serviços essenciais aos mais pobres; ofertar bens privados ou apenas bens públicos e os que contenham grandes externalidades.

Tais proposições, quando abordadas fora de uma análise de totalidade da sociedade e do papel do Estado numa sociedade de classes, tornam-se difíceis de serem equacionadas. Dessa forma, vai-se construindo o consenso da necessidade de reformar o SUS antes mesmo de sua plena implementação, cuja direção aponta para a ‘focalização’ das ações do Estado nas populações pobres.

Diante do aumento real da pobreza, resultado da apropriação desigual da riqueza e das crises cíclicas do capitalismo em escala mundial, as dualidades apresentadas assumem contornos de tensão, constituindo-se em argumento político-ideológico para o questionamento da visão universalista do SUS, vinculada à noção de direito social, e em consequência aderindo à defesa do binômio focalização-

seletividade. Neste cenário, a difusão da concepção de justiça social terminal, ou seja, a que seria feita na hora da distribuição, dando a quem tem menos, oblitera a discussão da justiça social no início do processo, ou seja, a possibilidade de fazer justiça no momento da arrecadação e da tributação do que foi produzido e acumulado, cobrando mais de quem tem mais.

Muitas críticas têm sido feitas às políticas, programas e projetos focalizados e seletivos, particularmente pelos efeitos perversos que acarretam, na medida em que consolidam as desigualdades já existentes, uma vez que se dão no marco de agudas desigualdades sociais. Além de introduzirem uma precariedade e descontinuidade, as políticas focalizadas são assistencialistas, abrem espaço à arbitrariedade dos que têm o poder de decidir sobre quem irá ser beneficiado pela política e qual o rol de necessidades a serem satisfeitas.

Além disso, a ‘focalização’ em saúde cria uma segmentação no acesso à assistência em face da duplicidade da política, em que, de um lado, estimula-se a criação e regulamentação de um sistema de saúde privado de serviços de alto nível, destinados às classes sociais de maior renda e riqueza, em grande medida subsidiadas pelo Estado, e, de outro, implementa-se um sistema



estatal, com recursos insuficientes, fornecendo serviços básicos, muitas vezes de baixa qualidade, destinados aos mais pobres.

Destaca-se ainda, no processo de focalização das ações de saúde nos pobres, a adoção de programas de baixo custo e de alto impacto. Contribuiu para isso, por exemplo, a proposta de ênfase na atenção primária à saúde, presente em declarações de eventos internacionais como o de Alma Ata, de 1978.

Exemplos de outros países mostram que a adoção da ‘focalização’ como diretriz das políticas de saúde leva a perdas para os setores médios da sociedade, os quais acabam retirando seu apoio a essas políticas, o que pode resultar, a médio e longo prazo, em perdas para as próprias populações pobres, aparentemente beneficiadas com a ‘focalização’.

A adoção dessa estratégia como pressuposto para a formulação e implementação das políticas de saúde implica negar a universalidade como princípio doutrinário do sistema de saúde e substituir o princípio da igualdade pelo da equidade como diretriz para a tomada de decisão no âmbito dos serviços.

## Para saber mais:

BANCO MUNDIAL. *Salud*. Documento de política sectorial. Washington, D.C., 1975.

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993: investindo em saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

COHN, A. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde: In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e democracia do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MEDEIROS, M. *Princípios de Justiça na Alocação de Recursos em Saúde*. Brasília: Ipea, 1999. (Texto para discussão n. 687)

PAIM, J. Políticas de saúde no Brasil ou recusando o *apartheid* sanitário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1: 18-20, 1996.

RIZZOTTO, M. L. F. *O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS*, 2000. Tese de Doutorado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas/Faculdade de Ciências Médicas.

SENNA, M. de C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (supl.): 203-211, 2002.





# G

## GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

*Maria Helena Machado*



**P**ode-se afirmar que as décadas de 1980 e de 1990 foram décadas paradigmáticas para a saúde pública do Brasil. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1980 representou para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, estruturar, se desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde, uma vez que os princípios da universalidade de acesso, da integralidade da atenção à saúde, da equidade, da participação da comunidade, da autonomia das pessoas e da descentralização tornaram a ser paradigmas do SUS. O sistema de saúde passou a ser, de fato, um sistema nacional com foco municipal, o que se denomina ‘municipalização’ (Machado, 2005). A gestão do trabalho e da educação, nessa perspectiva, ganhou relevância nacional e tornou-se elemento crucial para a implementação e consolidação do SUS.

Para melhor compreender a problemática é preciso conhecer a crono-

logia das políticas de Recursos Humanos, com destaque para três momentos distintos, assim descritos.

O primeiro (1967-1974), caracterizado por incentivo à formação profissional especialmente de nível superior; estratégia de expansão dos empregos privados a partir do financiamento público; incremento da contratação de médicos e atendentes de enfermagem, reforçando a bipolaridade ‘médico/atendentes’; e incentivo à hospitalização/especialização. O segundo momento (1975-1986) se caracteriza, na primeira fase (1975-1984), pelo surgimento de dispositivos institucionais para reverter o quadro existente. Já na segunda fase (1984-1986), pela sua implementação com resultados, ou seja, aumento da participação do setor público na oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares; aumento da formação do pessoal técnico e sua incorporação nas equipes de saúde; e aumento do pessoal que atua na rede ambulatorial. O terceiro momento (de 1987 em diante) é caracterizado pelas mudanças estruturais rumo à Reforma Sa-

nitária, marcadas especialmente pelo processo de descentralização da assistência e, conseqüentemente, dos recursos humanos que integram os serviços. Inicia-se aí o processo que culminaria na reversão do quadro de pessoal, ora concentrado na esfera federal ora na municipal. Toda a política de Recursos Humanos passa a girar em torno da proposta da Reforma Sanitária – não só os aspectos gerenciais, mas também os financeiros, na perspectiva de atender às demandas que impunham tal reforma. O SUS torna-se uma realidade após longo debate constitucional (Machado, 2005, p. 276-277).

No entanto, com o passar do tempo e com o avanço do processo de consolidação do SUS, a realidade que se apresenta para a área de Recursos Humanos remete a mais dois momentos distintos que são caracterizados por momentos de grande guinada da proposta da Reforma Sanitária, ou seja, o primeiro considerado de anti-reforma e o segundo, de reafirmação da reforma. O momento anti-reforma refere-se a toda a década de 1990, caracterizada pela adoção dos preceitos neoliberais em detrimento aos da reforma sanitária. Isso transformou a questão de Recursos Humanos, ao longo da década, em um enorme problema para a reforma sanitária, inverten-

do toda a lógica preconizada, ou seja, de serem os trabalhadores (recursos humanos) peças-chave para a consolidação do SUS. Fato de grande relevância nesse período foi a elaboração da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – NOB-RH (Brasil, 2005), que define princípios e diretrizes para uma NOB que teve como objetivo principal a discussão da centralidade do trabalho, do trabalhador, da valorização profissional e da regulação das relações de trabalho em saúde. No entanto, poucos resultados foram alcançados com a NOB, uma vez que a política que imperou nesse 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.

O segundo momento de reafirmação da reforma inicia-se com o novo governo, em 2003, caracterizado pelo retorno aos princípios de que saúde é um bem público e os trabalhadores que atuam são um bem público. A mudança positiva nas políticas de Recursos Humanos vem acompanhada da criação, no governo Lula, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, e mais, com a cria-

ção de dois departamentos distintos, um que trataria das questões de gestão da educação e outro da gestão do trabalho, além da imediata reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, quando a gestão do trabalho passa a ser vista como política de Estado considerando as relações de trabalho e suas implicações como centrais para a dinâmica do SUS. O que significa dizer que questões oriundas do momento anti-reforma, tais como a precarização do trabalho, a ausência de carreiras, os baixos salários pagos aos trabalhadores, a falta de negociação entre gestores e trabalhadores, a total ausência de políticas regulatórias, bem como a própria gestão do trabalho, enquanto estruturas organizacionais, passaram a constituir a agenda central do governo federal. E mais, gestão do trabalho passou ser concebida com base em uma visão política na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um ‘recurso humano’ realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. Nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo de trocas, de

criatividade, co-participação, e coresponsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos.

É importante destacar que a área de Recursos Humanos, no setor saúde, como campo de estudos e pesquisas data das últimas décadas do século XX, com ênfase após a década de 1970. Os primórdios desses estudos, mais teóricos, apontavam para a reflexão no campo da organização social das práticas em saúde. Já na década de 1980, a vertente foi a realização de estudos desvendando as tendências macro do mercado de trabalho, como por exemplo, o assalariamento, o prolongamento da jornada de trabalho, o multiemprego, a feminilização da força de trabalho. Na década de 1990, surgiram os estudos de cunho sociológicos sobre mercado de trabalho, mundo do trabalho, e a própria conformação das profissões de saúde. Surgem também estudos voltados aos temas da formação e educação desvendando o processo de formação e capacitação dos profissionais de saúde de níveis superior e técnico. Enfim, a área de recursos humanos passa a contar com diversos estudos e análise fundamentais para a grande mudança de mentalidade, transformando o acanhado e reduzido mundo dos recursos humanos em gestão do trabalho e da educa-



ção. Pensar e formular na área da gestão passa a significar pensar e formular para um complexo e vasto mundo do trabalho, no qual os que produzem estes serviços e os que os gerenciam estão em permanente processo de interação e negociação.

Está contido na área da gestão do trabalho um conjunto de ações que visam a valorizar o trabalhador e o seu trabalho, tais como: a implementação das Diretrizes Nacionais para a instituição ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS e o apoio às instâncias do SUS neste sentido; a despreciação dos vínculos de trabalho na área da saúde; o apoio à implantação de Mesas de Negociação Permanente do SUS; a criação da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde – para debater, em especial, as questões relacionadas à regulamentação de novas profissões na área da saúde, e a proposta de organização da gestão do trabalho e da educação na saúde nas três esferas de governo, por meio do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS - ProgeSUS (Brasil, 2006), dentre outras.

A gestão do trabalho é, pois, uma questão que tem merecido, na atualidade, a devida atenção por parte de todas as instituições que buscam a cor-

reta adequação entre as necessidades da população usuária e seus objetivos institucionais. Pensar em gestão do trabalho como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde significa pensar estrategicamente, uma vez que a produtividade e a qualidade dos serviços oferecidos à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os que atuam profissionalmente na organização (Arias et al., 2006, p.119), o que nos coloca da importância de se estruturar uma efetiva política para a área nas três esferas de governo, envolvendo os setores público e privado que compõem o sistema de saúde e contribuindo, desta forma, para a promoção da melhoria e humanização do atendimento ao usuário do SUS.

### Para saber mais:

ARIAS, E. H. L. et al. *Gestão do trabalho no SUS*. Cadernos RH Saúde, Brasília: 3(1) p. 119-124, mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3ª ed. rev. atual. Série Cadernos Técnicos CNS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, N. T. et AL. (Orgs.). *Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 257-281, 2005.

## GESTÃO EM SAÚDE



*Gastão Wagner de Sousa Campos  
Rosana Teresa Onocko Campos*

### Um campo aplicado de conhecimento

**E**m vários dicionários, gestão e administração aparecem como sinônimos. O Houaiss – Dicionário da Língua Portuguesa – assim define esses termos: “*Ato ou efeito de administrar; ação de governar ou gerir empresa, órgão público .... Exercer mando, ter poder de decisão (sobre), dirigir, gerir*” (Houaiss, 2001, grifos nossos). Os termos gestão e administração referem-se ao ato de governar pessoas, organizações e instituições. Política, portanto. Gestão diz respeito à capacidade de dirigir, isto é, confundir-se com o exercício do poder. Em sua origem, na Grécia clássica, o termo ‘política’ tinha exatamente esse significado. ‘*Polis*’ era a cidade, e a política

era a capacidade de fazer a gestão democrática das cidades estado.

Vale a pena ressaltar essa relação entre gestão e política porque a constituição da administração e da gestão, como um campo estruturado e sistemático de conhecimento, pretendeu, exatamente, produzir uma ruptura ou uma descontinuidade entre a política e gestão. No princípio do século XX, o engenheiro norte-americano Frederick Winslow Taylor publicou o livro ‘Princípios da Administração Científica’, considerado como marco zero de um novo campo de conhecimento. Taylor pretendeu apresentar uma metodologia que permitisse a existência de uma gestão técnica, com base em evidências, e não orientada por disputas políticas entre interesses e valores distintos. Tra-

ta-se de uma obra clássica do pensamento administrativo. Clássica e fundadora de um estilo de governar que, em seus princípios gerais, não foi ainda superada. Ainda que o campo da gestão tenha se ampliado desde 1911, a disciplina e o controle continuam sendo o eixo central dos métodos de gestão. A centralização do poder nos gestores (dirigentes) é a pedra de toque das múltiplas variedades de métodos de gestão ainda hoje existentes. Tanto o ‘segundo princípio’ da teoria taylorista (separação entre trabalho intelectual, o momento da concepção daquele de execução) quanto o ‘quarto princípio’ (centralização do poder de planejar e de decidir na direção da empresa), buscam limitar a autonomia e iniciativa do trabalhador.

Essa obsessão em retirar poder do trabalhador é um dado concreto, evidenciado pelo fato das distintas escolas ainda não haverem elaborado uma crítica sistemática à função controle. Nos anos trinta, a escola das Relações Humanas criticou a concepção taylorista do homem, valorizando fatores subjetivos no funcionamento concreto da empresa. Entretanto, essa nova percepção apenas ampliou os recursos técnicos empregados para controlar. Além do estímulo econômico direto, melhoria das condições de tra-

balho e investimento sobre o afeto das pessoas para condicioná-las aos objetivos da empresa. A Teoria de Sistemas, o Desenvolvimento Organizacional, a Qualidade Total e congêneres enriqueceram a visão sobre a organização, chegando a prometer maior autonomia e melhor integração do empregado ao projeto geral da empresa. Gestão matricial, achatamento do organograma, delegação de poder para planejar e decidir aos trabalhadores da base. No entanto, o âmbito dessas mudanças tem sido muito restrito, admite-se liberdade tão somente para que todos trabalhem melhor segundo o interesse e a visão da direção geral. Autonomia e integração para inventar novos modos para resolver problemas internos, sempre no sentido de aumentar a produtividade e não no de enfrentar questões atinentes aos próprios trabalhadores. No fundo, a Qualidade Total e outros métodos de reengenharia ou de desenvolvimento organizacional operam com a idéia de abrir a empresa à concorrência, como se fosse instituído um micro mercado dentro dos muros da Organização. Matar ou morrer, uma exacerbação da concorrência entre as equipes e as pessoas, uma nova lei. Tudo isso, não favorece a democracia ou a convivência solidária. Ao contrá-





rio, exacerba a concorrência entre os trabalhadores e aumenta, em decorrência, a dependência da chefia. Afinal, serão os chefes os julgadores do sucesso ou insucesso do desempenho de cada um. Alguns autores contemporâneos têm se referido, inclusive, ao ‘gerencialismo’ como sendo uma nova ideologia, uma doença social, que ampliou o controle sobre o trabalho em um grau nunca antes observado.

O método denominado ‘atenção gerenciada’ (*managed care*), que vem sendo proposto para os serviços de saúde, é exemplar dessa tendência. Imagina diminuir custos e aumentar a eficácia do trabalho em saúde, retirando dos profissionais, particularmente dos médicos, a capacidade de decisão sobre o próprio trabalho clínico. Esse poder é passado aos gerentes, que por meio de minuciosos protocolos - padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas - controlam e determinam o que fazer no cotidiano dos trabalhadores.

## Gestão em saúde

A gestão em saúde é quase tão antiga quanto a Saúde Pública. A Saúde Pública sempre recorreu a várias especialidades e campos de conheci-

mento, nasceu interdisciplinar quando esta expressão sequer fora ainda cunhada. A Saúde Pública baseou-se na medicina, microbiologia, zoologia, geologia, entre outras ciências, para pensar explicações para o processo saúde e doença. Dessa junção, nasceria tanto a administração sanitária quanto a epidemiologia. Foi, portanto, ainda nos primórdios da Saúde Pública que ocorreu a constituição de um campo de conhecimentos, denominado ‘administração sanitária e de práticas em saúde’. Encarregava-se de pensar a administração de um pedaço do Estado, os nascentes departamentos, escolas e laboratórios de saúde pública, mas, distinguia-se da Administração de Empresas porque procurava articular a gestão às ‘práticas’ consideradas eficazes para debelar os problemas coletivos de saúde. Tratava-se, portanto, de uma área que procurava compatibilizar conhecimentos sobre administração pública com procedimentos sanitários considerados eficazes no combate a epidemias. A administração em saúde na medicina de mercado apresentava menos especificidades; em geral, adaptava elementos da teoria geral a hospitais e clínicas.

A administração sanitária, em seus primórdios, importou muitos conceitos e modos de operar do campo mili-

tar. Da gestão de conflitos armados e de guerras, a Saúde Pública importou a idéia de considerar a doença, os germes e as condições ambientais insalubres como inimigos. Sendo inimigos havia de erradicá-los, controlá-los e vigiá-los. Planejamento estratégico e tático, programas sanitários e gestão operacional. Da arte da guerra importaram-se também os conceitos de erradicação e de controle, de risco, de vigilância e de análise de informação.

A gestão em saúde é um desdobramento contemporâneo dessa tradição. Evidente que no lugar da guerra entraram conceitos originários da Ciência Política, da Sociologia e da Teoria Geral da Administração. Em meados do século XX houve uma ampliação do objeto e do campo de intervenção da gestão em saúde. Nessa época, em alguns países europeus, inicialmente na Grã-Bretanha, Suécia e União Soviética e, mais tarde, em inúmeras outras nações da Europa, América e Oceania, foram construídos os Sistemas Nacionais e Públicos de Saúde. Com essa finalidade desenvolveu-se toda uma cultura sanitária voltada para a organização de serviços e programas de saúde segundo uma nova racionalidade. O Estado foi responsabilizado pelo financiamento e gestão

de uma rede de serviços constituída segundo o conceito de integração sanitária. Essa rede pública não executaria apenas ações de caráter preventivo e de relevância coletiva, mas assumiria também a atenção clínica, ou seja, a assistência individual em hospitais e outros serviços. Com essa finalidade foi cunhado o conceito de hierarquização e regionalização dos serviços, inventando-se a modalidade de rede denominada de atenção primária.

O antigo arcabouço de conhecimentos da administração sanitária era claramente insuficiente para dar conta da complexidade dessa nova política pública. Em função disso, em vários desses países houve, ao longo do século XX, um esforço de investigação voltado para o desenvolvimento de novos arranjos organizacionais e novos modelos de atenção à saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) estimularam tanto a produção de conhecimentos nessa área quanto trataram de sistematizar a difusão dessas experiências e dessa tecnologia sobre organização, planejamento e gestão dos serviços de saúde. Em decorrência desse fenômeno houve uma aproximação entre as áreas da

Clínica e o campo da Saúde Pública. São desse período o desenvolvimento de estudos sobre sistemas locais de saúde, modelos de atenção, gestão de pessoal, atenção primária, planejamento e programação em saúde. Observa-se como um fato curioso o pequeno envolvimento da área de Gestão e Planejamento, no Brasil, com hospitais, talvez explicado pelo afastamento histórico da Saúde Pública deste pedaço dos sistemas de saúde. A formação de gestores para hospitais foi marcada por cursos compostos segundo a lógica específica das áreas de Economia e da Administração de Empresas. Somente nos últimos anos, observa-se um esforço da área para recompor a formação e a pesquisa em gestão hospitalar.

Buscando superar a perspectiva restrita das teorias administrativas têm sido desenvolvidas análises que procuram ampliar e democratizar a gestão. Discute-se a gestão participativa, o controle social dos gestores pela sociedade civil e várias formas de co-gestão em saúde.

### Para saber mais:

BROW, G. D. *Managed Care*. Springfield: Merrian-Webster Inc. 1996.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

FERLIE, E.; ASBURNER, L.; FITZGERALD, L.; PETTIGREW, A. *A nova administração pública em ação*. Brasília: UnB & Enap, 1999.

GUALEJAC, V. *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. São Paulo: Idéias & Letras, 2007.

HOUAISS, A. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. Disponível em: [www.houaiss.uol.com.br/busca.jhtm](http://www.houaiss.uol.com.br/busca.jhtm)

LOURAU, R. *A Análise Institucional*. 2ª ed. revisada. Tradução de Marino Ferreira. Petrópolis: Vozes, 1995.

MORGAN, G. *Imagens da Organização*. Tradução de Cecília W. Bergamini e Roberto Coda. São Paulo: Atlas, 1998.

MOTTA, F. C. P. *Teoria Geral da Administração*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 14ª ed., 1989.

TAYLOR, F. W. *Princípios da Administração Científica*. São Paulo: Atlas, 1960.

TESTA, M. *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar editorial, 1997.

TRATENBERG, M. *Burocracia e ideologia*. São Paulo: Unesp, 2006.

## GLOBALIZAÇÃO

Ramón Peña Castro

O termo ‘globalização’ começou a circular no final dos anos 80 para sugerir a idéia de unificação do mundo, como resultado dos três processos que marcaram o fim do “breve século XX” (Hobsbawn, 1995). A vitória política do neoliberalismo, representada pela ditadura de Pinochet (1973) e pelos governos Thatcher (1979) e Reagan (1980); a interrupção da ‘construção nacional’ no Terceiro Mundo, esmagado pelo peso insuportável da dívida externa, imposta pelas oligarquias financeiras globalizadas; a autodesintegração da União Soviética. Esses três acontecimentos encerram as três maiores mudanças históricas do século: a Revolução Socialista Russa, primeira alternativa real ao capitalismo; as variadas experiências de construção nacional independente no Terceiro Mundo; e o reformismo socialdemocrata, basicamente euro-ocidental, que durante mais de três décadas parecia ter domesticado o capitalismo, por meio do chamado Estado de Bem-estar social. E esse encerramento das maiores alternativas concretas opostas ao capitalismo liberal

serviu para consolidar a crença na suposta unificação do mundo, representada pela globalização dos mercados. A expressão mais delirante dessa idéia foi, sem dúvida, a tese de Francis Fukuiama sobre o fim da História.

A origem dos termos *sociedade global* e *globalização* é anterior ao triunfo político da *globalização neoliberal*; data de finais dos anos 1960 e deve ser creditada a MacLuhan e a Bzezinski, autores norte-americanos de dois livros famosos na época: *Guerra e paz na aldeia global*, de Marshall MacLuhan e *A revolução tecnocrônica*, de Zbigniew Brzezinski. MacLuhan anunciou a emergência da ‘aldeia global’, com base numa extrapolação da agressão militar americana contra o Vietnã (a maior derrota militar sofrida pelos EE.UU.) que ao ser transmitida ao vivo pelas redes de TV, transformou-se na primeira ‘realidade virtual global’, assistida por milhões de telespectadores do mundo. Por sua vez, Brzezinski colocou em circulação as expressões *cidade global* e *sociedade global* para designar a nova reconfiguração globalizada do nosso habitat, operada pelas *redes*



*tecnocrônicas*, termo introduzido por ele para designar a conjugação do computador, da TV e da rede de telecomunicação. O protótipo dessa ‘sociedade global’ eram os EE.UU., centro propulsor da revolução ‘tecnocrônica’ mundial que oferecia ao mundo o ‘único modelo global de modernidade’, com os correspondentes ‘padrões de comportamento e valores universais’. Nessa visão, a globalização se apresenta como sinônimo de *americanização*, o que confere ao termo um sentido claramente ideológico, como fora reafirmado de forma inapelável pelo prestigioso economista liberal norte-americano John Galbraith: “*Globalização não é um conceito sério* – diz Galbraith. *Nós, americanos, o inventamos para dissimular nossa política de penetração econômica nos outros países*” (Entrevista a Folha de São Paulo, 02.11.97).

O discurso da ‘globalização’ tem dois sentidos. Um **descritivo ou simbólico**, referido à suposta unificação do mundo. Outro, **prescritivo ou normativo**, representado pelas políticas neoliberais muito concretas, implementadas por agentes e instituições gestoras do capitalismo dominante.

A globalização econômica está longe de ser uma consequência mecânica do desenvolvimento econômico ou das novas tecnologias; ela é o resul-

tado de uma política, implementada por governos nacionais e instituições internacionais, mediante instrumentos muito específicos, tais como abertura dos mercados de capitais, bens e serviços, a desregulamentação do mercado de trabalho e a eliminação de qualquer obstáculo legal ou burocrático à ‘livre empresa’ e, sobretudo, aos investidores internacionais. A globalização neoliberal visa, portanto, a criar as condições de dominação das grandes corporações e fundos de investimento, que confrontam as empresas nacionais numa concorrência muito desigual em mercados abertos.

O mercado globalizado de capitais tende a reduzir a autonomia econômica dos governos nacionais, eliminando a possibilidade de manipular as taxas de câmbio, as taxas de juros ou de recorrer a financiamentos orçamentários deficitários. Esse é particularmente visível no Brasil, cuja política econômica está fortemente condicionada pelas regras da globalização neoliberal.

Tudo isso permite afirmar que a globalização é antes de mais nada um mito legitimador da hegemonia do capital financeiro, predominantemente especulativo.

A ideologia da globalização se tornou uma forma de pensamento difuso,

interiorizada no *sensu comum*, pelo fato de se alimentar da percepção, superficialmente amalgamada, de uma série de fenômenos reais: o progresso espetacular das comunicações (Internet, sobretudo), a expansão do comércio e das operações monetárias e financeiras, junto com a internacionalização de muitos processos de produção. Em razão disso, a globalização, simbolizada pela ampliação dos mercados e pela Internet, passou a ser vista como um fenômeno ‘natural’ e incontornável; condicionado e condicionante da competitividade internacional que invade todos os espaços da vida individual e social (emprego, formação, consumo, lazer, família, etc).

A necessidade permanente de dissimulação ideológica da ordem mundial imperialista tornou-se mais intensa nas últimas décadas, quando o capitalismo mundial entrou num longo ciclo recessivo, após trinta anos de expansão (1945-1975). A nova fase recessiva, iniciada em finais dos anos 1970, caracteriza-se, em primeiro lugar, pela expansão sem precedentes dos grandes grupos financeiros globalizados que lucram com investimentos especulativos fluidos e desregulados.

A globalização neoliberal funciona como mito legitimador das finan-

ças especulativas. Com o auxílio da moeda, fetiche supremo, levanta-se uma densa muralha que separa e oculta os centros de poder real que operam ciberneticamente nas bolsas de moedas, títulos e mercadorias - as modernas catedrais -, onde o dinheiro se transforma magicamente em mais dinheiro, sem qualquer relação aparente com o trabalho produtor de riqueza real.

Esse divórcio entre o símbolo monetário e a materialização da riqueza no mundo cruel do trabalho vivo, forma a base invisível em que se constrói o mito da globalização como reino do glamour e da felicidade, ao alcance de países e indivíduos aptos para responder às exigências da competitividade total, fluida e incontornável.

O lado oculto da globalização neoliberal está representado pelas consequências nefastas da racionalização neoliberal dos processos de trabalho e produção, com suas novas formas da ‘gestão fluida’ da força humana de trabalho.

A globalização neoliberal acentua o totalitarismo da exploração do trabalho na produção universalizada e também a sua impunidade. Aumenta a riqueza e com ela as desigualdades. As cem maiores empresas do mundo controlam recursos equivalentes a 1/3 do

PIB mundial anual. Nos EE.UU., 1% dos mega-ricos que em 1975 controlavam 5% da riqueza nacional controlava, em 2005, nada menos que 20% desta riqueza. Os dados da ONU sobre a pobreza mundial demonstram claramente que a globalização neoliberal é o paraíso dos poderosos e o inferno das maiorias deserdadas.

Essa realidade, negada no discurso oficial, constitui um dos fenômenos sociais mais importantes da modernidade neoliberal. O capital amplia continuamente seu poder sobre o trabalho, reorganizando e aumentando o potencial de produção e, com ele, o volume absoluto e relativo do valor excedente apropriado pelos seus diversos agentes (fabricantes, comerciantes, banqueiros e rentistas com diferentes titulações). Banalizando a desigualdade, o desamparo, a miséria e a exploração, a globalização capitalista universaliza a insegurança e a violência.

Os políticos e expertos em ciências sociais, de filiação neoliberal, atuam como autênticos terapeutas da economia, quando se limitam a descrever o existente como realidade ‘natural’ e única, fechada a qualquer alternativa.

A globalização neoliberal negligencia o fato de que o capital financeiro deixou de ser a contraface ou o complemento necessário da produção e do

comércio; hoje, estas duas esferas estão subordinadas às decisões da esfera financeira, cuja autonomização é uma realidade, extrapolada ou absolutizada, justamente, pela ideologia da globalização.

A esfera financeira relativamente autonomizada opera como uma força centrífuga em prol da desnacionalização das sociedades pelos grandes inversores que operam nos mercados globalizados, ampliados pelos programas de liberalização, de desregulamentação e de privatização das economias dependentes e endividadas, aplicadas por Governos conservadores ou social-liberais, democraticamente eleitos com as mais modernas técnicas de *marketing*.

As moedas estabilizadas (no sentido de dolarizadas ou ‘euroizadas’), os orçamentos públicos rigidamente ajustados (no sentido de subordinados à política financeira global, delegada aos Bancos Centrais neocolonizados) às exigências dos investidores globalizados, junto com a desregulamentação plena dos mercados, são os símbolos principais de adesão confiável à nova ordem mundial sob o comando financeiro.

Os mercados financeiros são instituições *sui generis* que funcionam como a principal conexão entre a or-



ganização econômica e política nacional, de um lado, e a economia mundial, de outro. Na prática, isso implica a emergência de novos agentes ou centros de poder econômico, representados por corporações multinacionais, mercados financeiros e instituições supranacionais (OMC, FMI e BIRD), formalmente internacionais, mas na realidade subordinados ao condomínio do G7 (grupo dos sete países mais ricos: EE.UU, Alemanha, Japão, França, Inglaterra, Holanda, Itália), ao qual recentemente se associam China e Índia, cujo volume de comércio exterior e reservas de divisas disputam o terceiro e quarto lugares entre os operadores dos mercados monetários globais.

Contudo, a principal mudança sociológica do capitalismo globalizado se refere à natureza imperialista do poder político. A recomposição do poder econômico do capital mundializado gerou uma série de processos de ‘desnacionalização’, ou melhor, de transferência de soberania das instituições nacionais para os mercados globais. Trata-se de uma transferência de poder de decisão, de governos, parlamentos e partidos políticos sobre aspectos fundamentais da economia e da política nacional, para instituições, supostamente supranacionais, como OMC, FMI, BIRD e BCE,

e para os mega-investidores que predominam nos mercados globais. Essas instituições funcionam, portanto, como autênticas potências tutelares, aparentemente anônimas, ilocalizáveis e ubíquas; essas potências onipotentes e onipresentes, se conectam com as grandes redes de corporações oligopólicas, sediadas nos grandes centros imperialistas.

Importa lembrar, finalmente, que o que tornou possível a recomposição do poder do capital (substrato real, mascarado pelo mito da globalização) não foi a tecnologia, nem as comunicações, nem a economia, nem a política como tais; foi a mudança da relação fundamental do sistema, a virada radical da correlação de forças entre o capital e o trabalho, que se manifesta nas relações de domínio/exploração de classe, em nível nacional, e nas desigualdades e contradições entre Estados e povos que integram o sistema capitalista universalizado.

Em suma, a globalização não é, propriamente falando, um conceito teórico. Não passa de um *construto* ideológico destinado a legitimar, dissimular e unificar um mundo que, justamente por estar uniformizado só pelo capital, é profundamente desigual e contraditório.



## Para saber mais:

- ARRIGHI, G. *A ilusão do desenvolvimento*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- . *O longo século XX*. São Paulo: Unesp, 1996.
- BATISTA Jr, P. N. *O Brasil e a economia internacional*. Rio de Janeiro: Campus, 2005.
- BEINSTEIN, J. *O capitalismo senil*. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- CASTELLS, M. *La ciudad informacional*. Madrid: Alianza, 1995.
- CHESNAIS, F. *A mundialização do capital*. São Paulo: Xamã, 1996.
- (Coord.). *A mundialização financeira*. São Paulo: Xamã, 1999.
- (Org.). *Uma nova fase do capitalismo?* Campinas: CEMARX/IFCH, Unicamp, 2004.
- FIORI, J. L. (Org.). *O Poder Americano*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- FURTADO, C. *O capitalismo global*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.
- HARVEY, D. *O problema da globalização*. In: Novos Rumos, nº 27, São Paulo, 1997.
- . *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Akal, 2007.
- HIRST, P.; TOMMPPSON, G. *A globalização em questão*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- HOBSBAWN, E. *Era dos extremos: o breve século XX*, São Paulo: Cia. das Letras, 1995.
- . *O novo século*. Entrevista a Antonio Polito. São Paulo: Cia. das Letras, 1999.
- JAMESON, F. *A cultura do Dinheiro. Ensaios sobre globalização*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- LÉVY, P. *Cibercultura*. São Paulo: Editora 34, 1999.
- MATTELART, A. *Comunicação-Mundo*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- SINGER, P. *Globalização e desemprego*. São Paulo: Contexto, 2000.





# H

## HUMANIZAÇÃO

*Eduardo Henrique Passos Pereira  
Regina Duarte Benevides de Barros*

No campo das políticas públicas de saúde ‘humanização’ diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si.

A ‘humanização’ em saúde volta-se para as práticas concretas comprometidas com a produção de saúde e produção de sujeitos (Campos, 2000) de tal modo que atender melhor o usuário se dá em sintonia com melhores condições de trabalho e de participação dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão). Este voltar-se para as experiências concretas se dá por considerar o humano em sua capacidade criadora e singular inseparável, entretanto, dos movimentos coletivos que o constituem.

Orientada pelos princípios da transversalidade e da indissociabilidade entre atenção e gestão, a ‘humanização’ se expressa a partir de 2003 como Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil/Ministério da Saúde, 2004). Como tal, compromete-se com a construção de uma nova relação seja entre as demais políticas e programas de saúde, seja entre as instâncias de efetuação do Sistema Único de Saúde (SUS), seja entre os diferentes atores que constituem o processo de trabalho em saúde. O aumento do grau de comunicação em cada grupo e entre os grupos (princípio da transversalidade) e o aumento do grau de democracia institucional por meio de processos co-gestivos da produção de saúde e do grau de co-responsabilidade no cuidado são decisivos para a mudança que se pretende.

Transformar práticas de saúde exige mudanças no processo de construção dos sujeitos dessas práticas. So-



mente com trabalhadores e usuários protagonistas e co-responsáveis é possível efetivar a aposta que o SUS faz na universalidade do acesso, na integralidade do cuidado e na equidade das ofertas em saúde. Por isso, falamos da ‘humanização’ do SUS (HumanizaSUS) como processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde. Pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas.

Define-se, assim, a ‘humanização’ como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde.

## Gênese do conceito

Por ‘humanização’ entende-se menos a retomada ou revalorização da imagem idealizada do Homem e mais a incitação a um processo de produção de novos territórios existenciais (Benevides & Passos, 2005a).

Neste sentido, não havendo uma imagem definitiva e ideal do Homem,

é preciso aceitar a tarefa sempre inconclusa da reinvenção da humanidade, o que não pode se fazer sem o trabalho também constante da produção de outros modos de vida, de novas práticas de saúde.

Tais afirmações indicam que na gênese do conceito de ‘humanização’ há uma tomada de posição de que o homem para o qual as políticas de saúde são construídas deve ser o homem comum, o homem concreto. Deste modo, o humano é retirado de uma posição-padrão, abstrata e distante das realidades concretas e é tomado em sua singularidade e complexidade. Há, portanto, na gênese do conceito, tal como ele se apresenta no campo das políticas de saúde, a fundação de uma concepção de ‘humanização’ crítica à tradicional definição do humano como “bondoso, humanitário” (*Dicionário Aurélio*). Esta crítica permite argüir movimentos de ‘coisificação’ dos sujeitos e afirmar a aventura criadora do humano em suas diferenças. ‘Humanização’, assim, em sua gênese, indica potencialização da capacidade humana de ser autônomo em conexão com o plano coletivo que lhe é adjacente.

Para esta capacidade se exercer é necessário o encontro com um ‘outro’, estabelecendo com ele regime de trocas e construindo redes que suportem

diferenciações. Como o trabalho em saúde possui “natureza eminentemente conversacional” (Teixeira, 2003), entendemos que a efetuação da ‘humanização’ como política de saúde se faz pela experimentação conectiva/afectiva entre os diferentes sujeitos, entre os diferentes processos de trabalho constituindo outros modos de subjetivação e outros modos de trabalhar, outros modos de atender, outros modos de gerir a atenção.

## Desenvolvimento Histórico

Nos anos 90, o direito à privacidade, a confidencialidade da informação, o consentimento em face de procedimentos médicos praticados com o usuário e o atendimento respeitoso por parte dos profissionais de saúde ganham força reivindicatória orientando propostas, programas e políticas de saúde. Com isto vai-se configurando um “núcleo do conceito de humanização [cuja] idéia [é a] de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde” (Vaitsman & Andrade, 2005, p. 608).

Cresce o sentido que liga a ‘humanização’ ao campo dos direitos

humanos referidos, principalmente aos dos usuários, valorizando sua inserção como cidadãos de direitos. As alianças entre os movimentos de saúde e os demais movimentos sociais, como por exemplo, o feminismo, desempenham aí papel fundamental na luta pela garantia de maior equidade e democracia nas relações.

A XI Conferência Nacional de Saúde, CNS (2000), que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, procura interferir nas agendas das políticas públicas de saúde. De 2000 a 2002, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de ‘humanização’ voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador. Tais iniciativas encontravam um cenário ambíguo em que a humanização era reivindicada pelos usuários e alguns trabalhadores e, por vezes, secundarizada por gestores e profissionais de saúde. Por um lado, os usuários reivindicam o que é de direito: atenção com acolhimento e de modo resolutivo; os profissionais lutam por melhores condições de trabalho. Por outro lado, os críticos às propostas humanizantes no campo da saúde



denunciavam que as iniciativas em curso se reduziam, grande parte das vezes, a alterações que não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos (Benevides & Passos, 2005a).

Entre os anos 1999 e 2002, além do PNHAH, algumas outras ações e programas foram propostos pelo Ministério da Saúde voltados para o que também foi-se definindo como campo da ‘humanização’. Destacamos a instauração do procedimento de Carta ao Usuário (1999), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH –1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), dentre outros. Ainda que a palavra ‘humanização’ não apareça em todos os programas e ações e que haja diferentes intenções e focos entre eles, podemos acompanhar a relação que vai-se estabelecendo entre humanização-qualidade na atenção-satisfação do usuário (Benevides & Passos, 2005a).

Com estas direções foram definidos norteadores para a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004): 1) Valorização das dimensões subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados etc); 2) Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; 3) Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; 4) Construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; 5) Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e de atenção; 6) Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; 7) Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

## Emprego na atualidade

A ‘humanização’ enquanto política pública de saúde vem-se afirmando na atualidade como criação de espaços/tempos que alterem as formas de produzir saúde, tomando como princípios o aumento do grau de comunicação entre sujeitos e equipes (transversalidade), assim como a inseparabilidade entre a atenção e a gestão. Este movimento se faz com sujeitos que possam exercer sua autonomia de modo acolhedor, co-responsável, resolutivo e de gestão compartilhada dos processos de trabalho.

Podemos dizer que se trata de uma “estratégia de interferência no processo de produção de saúde, através do investimento em um novo tipo de interação entre sujeitos, qualificando vínculos interprofissionais e destes com os usuários do sistema e sustentando a construção de novos dispositivos institucionais nessa lógica” (Deslandes, 2004, p. 11). “Trabalharmos em prol da transdisciplinaridade, buscarmos relações mais horizontalizadas de poder entre os diversos saberes (...) não descartar a clínica (...)” (Onocko Campos, 2005, p. 578), indicam que “em saúde (...) é sem-

pre necessário não separar, nem dissociar a questão clínica das formas de organização do trabalho e sua (...) gestão” (Onocko Campos, 2005, p. 579).

Com a desestabilização do caráter unitário e totalitário de ‘homem’ e com a valorização da dimensão concreta das práticas de saúde, o conceito de ‘humanização’ ganha capacidade de transformação dos modelos de gestão e atenção.

Assim, ao ser proposto como política pública, o conceito de ‘humanização’ se amplia, por um lado, incorporando concepções que procuram garantir os direitos dos usuários e trabalhadores e, por outro, apontando diretrizes e dispositivos clínico-políticos concretos e comprometidos com um SUS que dá certo.

## Para saber mais:

BENEVIDES DE BARROS, R. & PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo?. *Interface*, 9(17): 389-394, 2005a.

BENEVIDES DE BARROS, R. & PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas públicas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 561-571, 2005b.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização, 2004. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=390](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390)>. Acesso em: 25 ago 2006.

CAMPOS, G. W. *Um Método para Análise e Co-Gestão dos Coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CASATE, J. C. & CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev. Lat-Am. Enfermag.*, 13(1): 105-111, 2005.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciênc. Saúde Colet.*, 9(1): 7-13, 2004.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Colet.*, 10(3): 615-626, 2005.

ONOCKO CAMPOS, R. Humano, demasiado humano: uma abordagem del mal-estar em la institución hospitalaria.

In: SPINELLI, H. (Org.) *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004.

ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Colet.*, 10(3): 573-583, 2005.

PUCCINI, P. T. & CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*, 20(5): 1342-1353, 2004.

TEIXEIRA, R. R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco, 2003.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.*, 10(3): 585- 598, 2005.

VAITSMAN, J. & ANDRADE, G. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde *Ciênc. Saúde Colet.*, 10(3): 599-613, 2005.



# I

## INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Arlinda B. Moreno  
Claudia Medina Coeli  
Sergio Munck

O termo informação, segundo o dicionário Houaiss, tem, entre outras acepções, as seguintes: a) comunicação ou recepção de um conhecimento ou juízo; b) o conhecimento obtido por meio de investigação ou instrução; esclarecimento, explicação, indicação, comunicação, informe; c) acontecimento ou fato de interesse geral tornado do conhecimento público ao ser divulgado pelos meios de comunicação; notícia; d) conjunto de atividades que têm por objetivo a coleta, o tratamento e a difusão de notícias junto ao público; e) conjunto de conhecimentos reunidos sobre determinado assunto. Além dessas, na rubrica informática encontramos: mensagem suscetível de ser tratada pelos meios informáticos; conteúdo dessa mensagem; interpretação ou significado dos dados; e, ainda, produto do processamento de dados. No

que se refere à etimologia, o termo informação origina-se do latim *informātiō, ōnis* que significa “ação de formar, de fazer, fabricação; esboço, desenho, plano; idéia, concepção; formação, forma” (Houaiss, 2008, grifos nossos). Portanto, é intrínseco à informação o potencial de fabricação, desenho (projeto) ou concepção de algo. Sobre esse aspecto, serão tecidas adiante algumas considerações.

### Gênese do Conceito e Desenvolvimento Histórico

Para refletir sobre a expressão *Informação em Saúde* podemos nos remeter à necessidade existente, desde a antiguidade, do ser humano comunicar algo a alguém (ou a alguma coletividade) sobre sua própria saúde ou sobre a saúde de alguém (ou de algum



grupo de pessoas) a ele relacionado. Ou seja, preliminarmente, a *Informação em Saúde* pode ser pensada como um compósito de transmissão e/ou recepção de eventos relacionados ao cuidado em saúde.

Assim sendo, podemos inferir que não é tarefa fácil demarcar o início do uso dessa terminologia no campo da saúde. Mas, certamente, é a partir do século XIX, período que marca o recrudescimento dos estudos em epidemiologia, que a necessidade de comunicar questões relacionadas à saúde das populações se torna a grande alavanca para a disseminação das *Informações em Saúde*. Quase que concomitantemente, a estatística do final desse século XIX e início do século XX, inspiradora de estudiosos como Benthán, Price, Laplace, Galton (Rosen, 1994) pode ser vista, também, como um ponto de partida importante para a geração de *Informações em Saúde* de forma agregada e preditiva. Daí pode-se partir, sem muito pecado, para as primeiras peças da *Informação em Saúde*, compostas pelas Estatísticas Vitais, pelas Tábuas de Sobrevida, enfim, por instrumentos de predição e inferência de estados de saúde a partir do *status* atual de um grupo de pessoas em determinado contexto de saúde.

E, no correr da história, numero-

sos desdobramentos para a expressão *Informação em Saúde* transformaram-se, praticamente, em subáreas distintas e dirigidas, principalmente, a subsidiar, não apenas a população em geral, mas também gestores da área saúde:

a) sobre: perfil da população (de que adoece e morre, dados demográficos e socioeconômicos); serviços prestados; materiais e medicamentos consumidos; força de trabalho envolvida;

b) para conhecer: necessidades da população atendida; uso potencial e real da rede instalada; investimentos necessários;

c) a fim de planejar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde (EPSJV, 2005).

Como marcos históricos para tanto, tem-se, no século XVII, na Alemanha, o surgimento da chamada ‘topografia política ou uma descrição das condições atuais do país’, proposta por Leibniz, em cuja descrição deveriam constar: o número de cidades (maiores e menores) e de aldeias; a população total e a área do país em acres; a enumeração de soldados, mercadores, artesãos e diaristas; as informações sobre as relações entre os ofícios; o número de mortes e das causas de morte (Rosen, 1980). Em decorrência dessa e de outras ações semelhantes,

surgiram os inquéritos de morbilidade e as estatísticas dos serviços de saúde. Na gênese da vigilância epidemiológica, é inegável a influência de Farr, que realizou atividades de coleta, processamento e análise de dados e sua divulgação para as autoridades sanitárias. Quando observamos o célebre estudo sobre o cólera realizado por Snow, é impossível negar o uso das *Informações em Saúde* constantes dos mapas de ponto e do raciocínio epidemiológico no controle desta doença, já no século XIX.

A essa altura é, também, de suma importância destacar o papel fundamental do desenvolvimento das ciências da computação, no século XX, e, portanto, da informática como instrumental necessário e multiplicador tanto das metodologias estatísticas quanto das *Informações em Saúde*. Resalte-se, também, que esse desenvolvimento tecnológico tem papel crucial em inovações intrínsecas à área da saúde, tais como: a) a disseminação e facilitação da acessibilidade às bases de dados em saúde; b) o surgimento e a propagação da informática médica; c) a concepção e a implementação do prontuário eletrônico do paciente; entre outros.

## Emprego na atualidade

Nos tempos atuais a expressão *Informação em Saúde* congrega vários outros termos e múltiplas dimensões, podendo ser tomada, portanto, por um constructo. Daí termos, de forma esquemática (Moraes, 2007), a possibilidade de observar a *Informação em Saúde* como subsídio para o próprio setor saúde: na administração; na assistência; no controle e avaliação; no orçamento e finanças; no planejamento; nos recursos humanos; na regulação; na saúde suplementar; no geoprocessamento em saúde, e na vigilância (epidemiológica, sanitária, ambiental).

Em consequência disso, por considerarmos que muitos não resistem à tentação de trabalhar de forma reducionista, dado o caráter multidimensional da expressão, torna-se imprescindível dizer, para reforçar o conceito de *Informação em Saúde* aqui ancorado, que ele não é:

a) a mera transformação, por meio do processamento de dados, do dado registrado em informação em saúde;

b) a disseminação e/ou construção indiscriminada de sistemas de informações em saúde;



c) o banco de dados de um determinado sistema em saúde;

d) o conjunto de indicadores em saúde de determinada região, população ou doença;

e) o aparato informático que produz informação;

f) o conjunto de relatórios gerados a partir de uma miríade de sistemas de informações construídos sobre uma lógica fragmentada.

Ou seja, retomando o acima mencionado, temos que, apesar de estar ‘intrínseco à informação seu potencial de fabricação, desenho (projeto) ou concepção’ ela (a informação em saúde), por si só, não tem significado quando em uma ilha. *Informação em Saúde* apartada de uma política nacional de informação e informática na saúde que prime pelo controle social e pela utilização ética e fidedigna de dados produzidos com qualidade seja em relação ao cidadão, seja em relação aos gestores da área saúde, não é mais do que um mote, uma expressão vazia. E se assim o for ela servirá tanto à produção de informações importantes e pertinentes quanto, também, à disseminação de equívocos e de produtos de manipulação indevida dos dados em saúde.

De toda forma, mesmo tendo em mente que *Informação em Saúde* não é um (nem todos) Sistema(s) de

Informação(ões) em Saúde, muito menos constructo dependente exclusiva e diretamente da informática, vale historiar sucintamente a composição dos Sistemas de Informação em Saúde de Base Nacional, em nosso país, atualmente sediados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - Datasus, uma vez que estes são incontestáveis mananciais de *Informações em Saúde*.

Para tanto, utilizaremos uma adaptação do texto de Camargo Jr. *et al.* (2007). Nele, os autores referem-se a avanços significativos na implantação dos Sistemas de Informações em Saúde de Base Nacional, ocorridos principalmente na década de 1990. Ressaltam, também, como marco inicial de composição desses sistemas, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), criado em 1975, bem como a Criação do Grupo Técnico de Informação em Saúde, em 1986.

Além disso, são destacados os avanços na implantação e no acesso a bancos de dados nacionais com informações sobre nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atenção básica, imunizações, produção de procedimentos ambulatoriais, atendimento de alto custo, hospitalizações, estabelecimentos de saúde e orçamentos públicos.

Na geração dos indicadores em saúde deve ser destacada, também, a maior acessibilidade às informações oriundas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes a variáveis demográficas e socioeconômicas, coletadas e processadas. Outras informações produzidas em setores do governo, tais como benefícios da previdência social e sistemas específicos implantados nos níveis estadual e municipal, afetas à área da saúde, foram também disponibilizadas.

Outro aspecto que deve ser levado em consideração no Brasil é o acesso às bases de dados oriundas do sistema de saúde complementar que comecem a ser disponibilizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Essas informações são de suma importância para a análise das condições de saúde da população que não utiliza o Sistema Único de Saúde, exclusivamente ou não.

Assim sendo, mesmo considerando que existem problemas referentes à cobertura dos sistemas, à qualidade dos dados e à ausência de variáveis importantes para as análises e/ou construção de indicadores em saúde, esses bancos de dados representam fontes importantes que podem ser utilizadas rotineiramente em estudos epidemiológicos, na vigilância em saúde, na pes-

quisa e na avaliação de programas e serviços de saúde.

Para além disso, cabe mencionar os desafios atuais voltados para a concepção e produção de protocolos que garantam a confidencialidade dos dados em nível individual. Esse é um novo nó górdio no jogo de forças entre o uso das informações em saúde para a produção de meios e insumos voltados à melhoria da qualidade de vida das populações e à exposição indevida de dados confidenciais e, portanto, resguardados pela ética em saúde.

Finalmente, vale ratificar nossa posição inicial sobre a multidimensionalidade do constructo que ora apresentamos e para o qual não optamos por uma definição única e encapsulada que possa ser decorada, recitada e reproduzida sem que sobre ela se faça uma genuína reflexão. Ou seja, optamos por falar de *Informação em Saúde* sem, contudo, dar-lhe um único invólucro, resumindo tal expressão a uma frase definitiva e concludente. Ao contrário disso, optamos por situá-la no campo dos saberes polissêmicos e fornecer dados suficientes para que a reflexão do leitor seja, por ela mesma, uma excelente definição para o constructo *Informação em Saúde*.



## Para saber mais:

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS Tabnet – Informações em Saúde Suplementar. <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp> (Acesso em: 14 jul. 2008).

BRANCO, M. A. F. *Informação e Saúde: uma Ciência e suas Políticas em uma Nova Era*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Procedimentos do Sistema de Informação sobre mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Procedimentos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do sistema de informações hospitalares do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações - avaliação do programa de imunizações*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001d.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. Brasília: Ministério da Saúde, v. I, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Informação e Informática em Saúde - proposta versão 2.0* (inclui deliberações da 12ª. Conferência Nacional de Saúde) – Brasília: Ministério da Saúde: Secretaria Executiva: Departamento de Informação e

Informática do SUS, 29 de março de 2004. Disponível em: [http://w3.datasus.gov.br/APRESENTACAO/PoliticaInformacaoSaude\\_29/03/2004.pdf](http://w3.datasus.gov.br/APRESENTACAO/PoliticaInformacaoSaude_29/03/2004.pdf) (acesso em: 24 jun 2008).

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). *Projeto Político Pedagógico*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2005.

CAMARGO JR., K. R.; COELI, C. M. *Sistemas de informação e banco de dados em saúde: uma introdução*. (Série Estudos em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2000.

CAMARGO JR., K. R.; COELI, C. M. Políticas de informação em saúde. In: EPSJV (Org.). (Série Trabalho e Formação em Saúde). *Textos de Apoio em Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 143-156.

CAMARGO JR., KR.; COELI, CM.; MORENO, A.B. Informação e Avaliação em Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de. *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007, p. 251-266.

HOUAISS, A. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008. Disponível em: [www.houaiss.uol.com.br/busca.jhtm](http://www.houaiss.uol.com.br/busca.jhtm)

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa por Amostra de Domicílios - acesso e utilização de serviços de saúde*. Brasília: IBGE, Ministério da Saúde, 2003.

MORAES, I. H. S.; GOMEZ, M. N. G. Informação e informática em saúde:

caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 553-565, 2007.

RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *Indicadores Básicos de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: Opas, 2002.

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec: Editora da

Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Tradução de Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

## INTEGRALIDADE EM SAÚDE



Roseli Pinheiro

### Integralidade como princípio do direito à saúde

A ‘integralidade’ é um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS) –, que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço. Suas origens remontam à própria história do Movimento de Reforma Sanitária brasileira, que, durante as décadas de 1970 e 1980, abarcou diferentes movimentos de luta por melhores condições de vida, de trabalho na saúde e pela formulação de políticas específicas de atenção aos usuários.

Mattos (2005a) sistematizou três conjuntos de sentidos sobre a ‘integralidade’ que têm por base a gênese desses movimentos, quais sejam: a ‘integralidade’ como traço da boa medicina, a ‘integralidade’ como modo de organizar as práticas e a ‘integralidade’ como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

No primeiro conjunto de sentidos, a ‘integralidade’, um valor a ser sustentado, um traço de uma boa medicina, consistiria em uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde e em um cuidado para que essa resposta não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste, pois tal redução cria silenciamentos.

A ‘integralidade’ está presente no encontro, na conversa em que a atitude do médico busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. A ‘integralidade’ está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos.

No segundo conjunto de sentidos, a ‘integralidade’, como modo de organizar as práticas, exigiria uma certa ‘horizontalização’ dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. A necessidade de articulação entre uma demanda programada e uma demanda espontânea aproveita as oportunidades geradas por esta para a aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco para a saúde, assim como o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade.

Por último, há o conjunto de sentidos sobre a ‘integralidade’ e as políticas especialmente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo

populacional.

Com a institucionalização do SUS, mediante a lei 8.080-90, deflagrou-se um processo marcado por mudanças jurídicas, legais e institucionais nunca antes observadas na história das políticas de saúde do Brasil. Com a descentralização, novos atores incorporaram-se ao cenário nacional, e esse fato, junto à universalidade do acesso aos serviços de saúde, possibilitou o aparecimento de ricas e diferentes experiências locais centradas na ‘integralidade’.

A ‘integralidade’ como definição legal e institucional é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Ao ser constituída como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde, tem germinado experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização.

Milhares de gestores, profissionais e usuários do SUS, na busca pela melhoria de atenção à saúde, vêm apresentando evidências práticas do inconformismo e da necessidade de revisão das idéias e concepções sobre



saúde, em particular dos modelos tecnoassistenciais. A busca pela implantação de políticas públicas mais justas no país por esses atores tem-se destacado pela sua ‘ação criativa’, como sujeitos em ação que, na luta pela construção de um sistema de saúde universal, democrático, acessível e de qualidade, vêm possibilitando o surgimento de inúmeras inovações institucionais, seja na organização dos serviços de saúde, seja na incorporação e/ou desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários do SUS.

Essas experiências, fruto de iniciativas municipais e estaduais, têm implicado o repensar dos aspectos mais importantes do processo de trabalho, da gestão, do planejamento e, sobretudo, da construção de novos saberes e práticas em saúde, resultando em transformações no cotidiano das pessoas que buscam e dos profissionais e gestores que oferecem cuidado de saúde.

Entende-se que a experiência não é apreendida para ser repetida simplesmente e passivamente transmitida, ela acontece para migrar, recriar, potencializar outras vivências, outras diferenças. Há uma constante negociação para que ela exista e não se isole. Aprender com a experiência é, sobre-

tudo, fazer daquilo que não somos, mas poderíamos ser, parte integrante de nosso mundo. A experiência é mais evidente que evidente, criadora que reprodutora.

É a partir da experiência que temos as bases de uma ética particular e concreta, em que a obra e vida se nutrem sem se reduzirem uma a outra. A partir dela a ética seria o desdobramento da politização dos sujeitos em suas lutas e conquistas no presente, no mundo que vivemos.

As experiências de ‘integralidade’ identificam que conceitos, definições e noções vêm sendo repensados, reconstruídos, formando um verdadeiro amálgama dos demais princípios norteadores do SUS. Pensar o cuidado em saúde como uma tecnologia, por exemplo, e não somente como objeto de práticas de saúde realizadas em determinado nível de atenção, e sim nos demais níveis de atenção especializada, nos quais a complexidade não seja dada pelo grau de hierarquização dos espaços e procedimentos por ela definidos, mas pelos recursos cognitivos, materiais e financeiros que reúnem.

Na experiência a ‘integralidade’ ganha o sentido mais ampliado de sua definição legal, ou seja, pode ser concebida como uma ação social que resulta da interação democrática entre os



atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema. A ‘integralidade’ das ações consiste na estratégia concreta de um fazer coletivo e realizado por indivíduos em defesa da vida.

### Integralidade como meio de concretizar o direito à saúde

A ‘integralidade’ como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade.

Esses dois movimentos consistem nos principais nexos constituintes da ‘integralidade’ como meio de concretizar o direito à saúde da população, do qual emergem um conjunto de questões consideradas relevantes para sua apropriação conceitual e prática no campo da saúde coletiva. E essas ques-

tões estão diretamente relacionadas, muitas vezes de forma contraditória, com as políticas econômicas e sociais adotadas no país nas últimas décadas – políticas excludentes que concentram riqueza e fragilizam a vida social, aumentando de forma exponencial a demanda da população brasileira por ações e serviços públicos de saúde.

Se, de um lado, a forma de organização de nossa sociedade, baseada no capitalismo, tem favorecido inúmeros avanços nas relações de produção, sobretudo no que diz respeito à crescente sofisticação e progresso de tecnologias em diferentes campos, inclusive da saúde, o mesmo não se pode dizer das relações sociais. Estas revelam o sofrimento difuso e crescente de pessoas que são cotidianamente submetidas a padrões de profundas desigualdades, expressos pelo acirramento do individualismo, pelo estímulo à competitividade desenfreada e pela discriminação negativa, com desrespeito às questões de gênero, raça, etnia e idade.

Na contramão desse processo, temos a Constituição Federal, que, ao criar e estabelecer as diretrizes para o SUS, oferece os elementos básicos para o reordenamento da lógica de organização das ações e serviços de saúde brasileiros, de modo a garantir ao conjunto dos cidadãos as ações neces-

sárias à melhoria das condições de vida da população.

Surgem experiências inovadoras e exitosas, em diferentes estados e municípios do país, cujos contextos nem sempre são favoráveis. Contudo, nessas experiências, podemos identificar os atributos habilitadores da ‘integralidade’, na medida em que revelam o campo das práticas como espaço privilegiado para o surgimento de inúmeras inovações institucionais na organização da atenção à saúde. Inovações que são construídas cotidianamente por permanentes interações democráticas dos sujeitos nos e entre os serviços de saúde, sempre pautadas por valores emancipatórios fundamentados na garantia da autonomia, no exercício da solidariedade e no reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que se deseja obter.

Daí nasce o entendimento de sujeitos coletivos “resultantes da intersubjetividade que somos”, vivendo em espaços públicos, ainda carentes de um agir político compartilhado e sociabilizado – os serviços de saúde.

Experiências de organização da atenção à saúde efetivam a construção do SUS também no cotidiano dos usuários e trabalhadores, oferecendo diferentes padrões de equidade e ‘integralidade’ forjados por práticas de

gestão, de cuidados e de controle social. A saúde, como direito de cidadania e defesa da vida, exige análises compreensivas, a fim de identificá-la como uma categoria da prática portadora de padrões móveis e progressivos, e o sistema de saúde, sua organização e o conjunto de práticas no seu interior devem ter a capacidade de acompanhá-los e, mesmo, construir sempre novas possibilidades, em um movimento renovado de ‘integralidade’ com equidade. Torna-se necessário exercer, no limite, todas as combinações possíveis de forças técnicas, políticas e administrativas existentes em cada realidade local – com a necessidade tal como expressa pelos usuários e como é percebida por meio de indicadores que a razão técnica analisa para o planejamento, com a gerência dos serviços e com as práticas dos trabalhadores – em arranjos dinâmicos que, a partir de cada conquista realizada, pressionem e organizem as condições para novos avanços.

Para entendermos a ‘integralidade’ como meio para concretizar o direito à saúde é importante atentar para as três dimensões que a constituem: a organização dos serviços, os conhecimentos e práticas de trabalhadores de saúde e as políticas governamentais com participação da população.



## Integralidade como fim na produção da cidadania do cuidado

A ‘integralidade’ como fim na produção de uma cidadania do cuidado refere-se ao ato de cuidar integral que tem as práticas de saúde como eixos políticos-organizativos, formas de construir inovações e novas tecnologias de atenção aos usuários no SUS.

A ‘integralidade’ como fim na produção de uma cidadania do cuidado se dá pelo modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, em um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso ético-político de sinceridade, responsabilidade e confiança entre sujeitos, reais, concretos e portadores de projetos de felicidade.

Entende-se o sujeito como ser real, que produz sua história e é responsável pelo seu devir. Respeita-se o saber das pessoas (saber particular e diferenciado), esses saberes históricos que foram silenciados e desqualificados, que representam uma atitude de respeito que possa expressar compromisso ético nas relações gestores/profissionais/usuários.

Desta forma, ‘integralidade’ existe em ato e pode ser demandada na organização de serviços e na renova-

ção das práticas de saúde, sendo reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e que têm em suas concepções a idéia-força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades. Essa idéia-força constitui o cerne da cidadania do cuidado.

A ‘integralidade’ ganha visibilidade quando se atinge a resolubilidade da equipe e dos serviços, por meio de discussões permanentes, capacitação, utilização de protocolos e reorganização dos serviços. Como exemplo, tem-se o acolhimento/usuário-centrado e a democratização da gestão do cuidado pela participação dos usuários nas decisões sobre a saúde que se deseja obter.

Nesse sentido, é preciso reconhecer nas estratégias de melhoria de acesso e desenvolvimento de práticas integrais, como o acolhimento, o vínculo e a responsabilização. Franco, Bueno e Merhy (1999) destacam, historicamente centrados na oferta e no profissional médico, um modelo centrado no usuário.

O acolhimento é assim concebido como dispositivo para interrogar processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde, buscando a produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção

resolutiva, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização.

Merhy (1997) propõe refletir como têm sido nossas práticas nos diferentes momentos de relação com os usuários. O autor afirma que uma das traduções de acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários. Em nossa busca prévia pelos conceitos atribuídos aos termos acolhimento e vínculo, recorremos a alguns dicionários de língua portuguesa, a fim de verificar concordância, além de observar o nexos lexical.

No *Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa*, o termo acolhimento está relacionado ao “ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho”. E acolher significa: “dar acolhida ou agasalho a; hospedar, receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a”. Já vínculo é “tudo o que ata, liga ou aperta; ligação moral; gravame, ônus, restrições; relação, subordinação; nexos, sentido”.

No *Dicionário Houaiss*, o termo acolhimento não existe, porém acolher significa “oferecer ou obter refúgio, proteção ou conforto físico. Ter ou receber (alguém) junto a si. Receber,

admitir, aceitar, dar crédito, levar em consideração”. Já vínculo é definido como “aquilo que ata, liga ou aperta: que estabelece um relacionamento lógico ou de dependência, que impõe uma restrição ou condição”. É interessante notar que os sentidos atribuídos às palavras não se correlacionam diretamente às questões de saúde, mas podemos identificar alguns de seus significados, como: “atenção, consideração, abrigo, receber, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração, oferecer refúgio, proteção ou conforto físico, ter ou receber alguém junto a si”, atributos de atenção integral à saúde, enfim, da ‘integralidade’.

Os valores implícitos nessas palavras nos permitem realizar diferentes aproximações com as distintas produções sobre ‘integralidade’ no cuidado, que se refere sobretudo, na definição de responsabilidades entre serviços e população, à humanização das práticas da saúde, ao estabelecimento de um vínculo entre profissionais de saúde e a população, ao estímulo à organização da comunidade para o exercício do controle social e ao reconhecimento da saúde como direito de cidadania.

A construção da ‘integralidade’ como fim na produção da cidadania do



cuidado, implica, necessariamente, a disponibilidade em trabalhar a partir de um plano aberto de possíveis, aspecto que torna essa categoria tão particularmente polissêmica e polifônica. Tal característica, ao contrário de indicar uma limitação ou negatividade, é antes o que nos faz tomar a ‘integralidade’ como um campo de disputa política e produção de real social menos determinado pelas configurações institucionais e normativas e, portanto, especialmente constituído e materializado através da textura conflituosa dos encontros de diversos sujeitos e instituições.

A ‘integralidade’ é assim concebida como uma construção coletiva, que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado em saúde.

### Para saber mais:

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2(15): 345-353, 1999.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde*. 4.ed. Rio

de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005a.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde*. 3.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2004.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde*. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005a.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005b.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e participação em espaços públicos*. 1.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005c.

## INTERDISCIPLINARIDADE

Isabel Brasil Pereira

Ainda que pese a polissemia do termo, a interdisciplinaridade pode ser traduzida em tentativa do homem conhecer as interações entre mundo natural e a sociedade, criação humana e natureza, e em formas e maneiras de captura da totalidade social, incluindo a relação indivíduo/sociedade e a relação entre indivíduos. Consiste, portanto, em processos de interação entre conhecimento racional e conhecimento sensível, e de integração entre saberes tão diferentes, e, ao mesmo tempo, indissociáveis na produção de sentido da vida.

Há que se afirmar interdisciplinaridade como um conceito historicamente e socialmente produzido, apresentando no campo epistemológico, no mundo do trabalho, e na educação, movimento de continuidade e ruptura em relação às questões que busca elucidar, e que simultaneamente a constituem. O caráter de continuidade da interdisciplinaridade tem implicações com questões, incessantemente, em pauta na história da humanidade, tais como: de que maneira

e forma pode o homem conhecer? Como se dá a relação do homem com a natureza e a sociedade, de forma fragmentada, como fato isolado, ou de forma integrada em que o observado e/ou vivido está inserido numa rede de relações que lhe dá sentido e significado? A partir de que forma e sentido pode o homem transmitir esse conhecimento?

O caráter de ruptura no que a interdisciplinaridade é chamada a responder, ou seja, a fragmentação do saber, instituída pela ciência moderna sob a égide do capital, do mundo do trabalho e da cultura, e transmitida pela prática educativa. A transmissão da fragmentação do saber na prática educativa reflete e ao mesmo tempo responde aos processos conflituosos e contraditórios do mundo do trabalho e da própria produção do conhecimento científico que *com o advento da ciência moderna, passou por um profundo processo de esfacelamento em função da multiplicação crescente das ciências, cujo desenvolvimento se fez às custas da especialização* (Japiassú, 1976).



Embora dito e redito que a ciência moderna tem como inerente à sua própria instituição os métodos analíticos de Galileu e Descartes, é sempre bom lembrar que no pensamento deste último está presente o desejo de reconstituição da totalidade e a necessidade das conexões entre as ciências (Pombo, 1994).

Ainda que compreendamos as diversas tentativas do homem conhecer como intrínsecas ao trabalho humano, à produção cultural e à necessidade de autoconhecimento e sobrevivência, o fato é que a busca por saberes tão diversos perderam-se nos desvãos da ideologia e serviram a mestres menos nobres. Não à toa as especializações, sob a égide do capitalismo, apresentaram características cada vez mais reducionistas, perdendo-se de vista a possibilidade da totalidade do conhecimento, e mesmo as conexões mais profundas entre as ciências.

No final do século XIX, as ciências haviam se dividido em muitas disciplinas e a busca pela interação entre estas disciplinas ecoa forte no sentido de promover um diálogo entre elas. Na Educação, a preocupação com formas e maneiras de atender ao apelo a uma integração e interação entre as ciências, sob as quais essa prática social se constrói, ocorre de maneira mais nítida,

no início do século XX. Nesse caminho, outros conceitos ganham força, dentre eles a transdisciplinaridade. Para Piaget (1981, p. 52), a interdisciplinaridade pode ser entendida como o “intercâmbio mútuo e integração recíproca entre várias ciências”. A interdisciplinaridade, para o autor, é uma interação entre as ciências, que deveria conduzir à transdisciplinaridade, sendo esta última, concepção que se traduz em não haver mais fronteiras entre as disciplinas. Piaget aposta na transdisciplinaridade, entendida como integração global das ciências, afirmando ser esta uma etapa posterior e mais integradora que a interdisciplinaridade, visto que, segundo o autor, alcançaria as interações entre investigações especializadas, no interior de um sistema total, sem fronteiras estáveis entre as disciplinas.

Atualmente, a interdisciplinaridade continua seu caminho pela (re)construção do conhecimento unitário e totalizante do mundo frente à fragmentação do saber. Na escola, essa noção é materializada em práticas e reflexões como a integração de conteúdos e a interação entre ensino e pesquisa.

Do ponto de vista da diretriz de política governamental, o Ministério da



Educação por meio dos Parâmetros Curriculares Nacionais (1999) procura orientar quanto a atitudes e ações interdisciplinares. De acordo com Kaveski (2005, p. 128, grifos meus) “*a interdisciplinaridade é entendida no PCN do ensino médio como função instrumental, ‘a de utilizar os conhecimentos de várias disciplinas para resolver um problema concreto ou compreender um determinado fenômeno sob diferentes pontos de vista’ a partir ‘de uma abordagem relacional’ ...*”.

Como contraponto à fragmentação do conhecimento escolar, do ensino e do conhecimento educacional, a interdisciplinaridade tem como primeiro desafio perceber que: esta fragmentação na educação - como já desvelado pelo pensamento crítico - reproduz o mundo fragmentado, fruto das relações de produção e reprodução social. A consciência sobre isso permite pensar a interdisciplinaridade com base no seu próprio limite. Isso significa se debruçar, sem idealização de um alcance absoluto da sua missão, sobre a seguinte questão: Quais são as (im)possibilidades da interdisciplinaridade no âmbito escolar? A partir dessa questão, outras se derivam, dentre elas: Quais os cuidados que se deve ter ao integrar os conhecimentos disciplinares? De que formas e maneiras a interdisciplinaridade no âmbito

do conhecimento escolar pode ser construída? Quais são os lugares e ações da prática escolar, hoje, onde se busca a interdisciplinaridade?

A superação, no âmbito escolar, da forma em que o conhecimento é apresentado e construído não pode entender a escola e o conhecimento separados da vida social de outras esferas da vida humana. Para tanto, é necessário entender a interdisciplinaridade no âmbito de uma dimensão política e ética.

A busca pela integração e interação entre as diferentes áreas de conhecimento e/ou disciplinas tem de estar atenta para o grau de autonomia necessário a cada uma delas. Há que se ter, portanto, cuidado com a armadilha positivista (que apresenta aí marcas da sua ambigüidade, pois foi o positivismo significativo na fragmentação do saber) quando afirma que as diferentes áreas da ciência podem ser analisadas e compreendidas sob o mesmo método e/ou sob a mesma lógica. Como exemplo dessa armadilha, a notória e por vezes ideológica apropriação do conceito de evolução de Darwin sobre a natureza, sendo aplicada para se pensar e compreender a sociedade.

Em relação a já mencionada especialização que se traduz em autonomização gerando fragmentação



do conhecimento, é sempre bom avisar que: há que se não confundir a crítica à especialização, com uma especificidade necessária, como o enfoque do conhecimento, devido ao seu acúmulo ao longo da existência humana como síntese dos saberes construídos histórico-socialmente, que levam em conta a totalidade no próprio campo da ciência e na sociedade.

Deve ainda a interdisciplinaridade estar atenta para a relação forma e conteúdo dentro de uma mesma disciplina no que tange aos níveis de complexidade do conhecimento, de grande importância para a prática educativa.

A interdisciplinaridade pode se materializar nas metodologias de ensino, no currículo e na prática docente. Na educação profissional em saúde ela tem se traduzido em tentativas, por vezes bem sucedidas, de projetos e concepções diversos, mas que partilham a necessidade de perseguir, de acordo com o que pensam ser isto, o saber unitário. Indo além, nesse caminho coloca-se a necessidade da interação entre escola e serviço de saúde, entre escola e as demandas de saúde da população urbana e do campo.

A partir do olhar histórico que desvela que o processo de fragmentação do saber se acentua com o processo de fragmentação do trabalho, deve-

se estar atento para que formas de organização do trabalho em saúde, que não primam pela integralidade, possam acentuar a fragmentação do conhecimento escolar.

O termo interdisciplinaridade é também aplicado com base em um deslocamento de sentido e/ou apropriação deste conceito por correntes hegemônicas da educação profissional a favor do capital. Hoje, há processo de formação profissional que adere a uma concepção da totalidade como soma das partes, e visa a uma formação polivalente do trabalhador. A qualificação profissional pautada pela polivalência justapõe conhecimentos técnicos, de modo a garantir a organização do trabalho em que o mesmo trabalhador possa desempenhar várias funções outrora realizadas por mais trabalhadores. *Nessa história, recente e atual, é demandado aos sistemas educacionais um ajuste às novas maneiras que o capital encontra para administrar as suas crises, no caso a produção de um trabalhador polivalente, com capacidades, 'conhecimentos', valores e atributos, destreza e capacidade de resolver problemas, compatíveis com o mundo do trabalho em mutação (Pereira, 2002).*

Trata-se assim de perceber que a característica central do capitalismo, lembrando aqui Marx (1999), é estar em constante expansão, buscando no-

vos mercados, pesquisando novas tecnologias, rompendo tradições às vezes milenares e criando relações de trabalho que tendem à mudança. Como derivado desse movimento, ou seja, de acordo com as novas formas pelas quais o capital organiza a produção e o trabalho assalariado, tal organização, assim como o avanço científico e tecnológico seriam indicativos do desejo da junção de áreas de conhecimento, ou seja, um sentido de interdisciplinaridade que, a partir da soma das partes, vai gerar novas formas de organização curriculares e de enfoque metodológico.

Pensar a interdisciplinaridade no currículo voltado à formação técnica em saúde significa ter como premissa que as práticas curriculares são marcadas tanto pela historicidade da construção do próprio conhecimento, como também pelo pensamento hegemônico no mundo do trabalho, em que as exigências de uma formação humanista e crítica entram em constante choque com as exigências pragmáticas e objetivas do conhecimento.

Ainda sobre interdisciplinaridade e currículo, lembremos que:

Visando ao menor isolamento possível entre as disciplinas, a idéia do

Currículo Integrado aproxima-se das concepções de Bernstein (1996), denominadas pelo autor de Classificação (quanto maior o isolamento entre o conhecimento organizado em Disciplinas, maior será o grau de classificação). Para o autor, as questões mais relevantes no campo do currículo são as que abordam as relações estruturais entre os diferentes tipos de conhecimento que o constituem. Em Bernstein, o Currículo Integrado tem como característica o fato de que as áreas de conhecimento não estão isoladas, possibilitando, por exemplo, que o mesmo conceito possa ser trabalhado por áreas diversas, favorecendo aspectos da interdisciplinaridade (Pereira, 2002).

Quanto à relação interdisciplinaridade e prática docente, partir da premissa de que o docente é educado no conflito e na contradição, não é uma tábula rasa nem tampouco chegará a condições ideais de promover práticas interdisciplinares que superem a contento lacunas da sua formação profissional, da sua história de leitura e de vida.

Frigotto (1995), chama a atenção para o fato de que se no campo da produção científica os desafios ao trabalho interdisciplinar são grandes, no cotidiano do trabalho pedagógico percebemos que estamos diante de limites cruciais. Para o autor, a formação fragmentária, positivista e metafísica do



docente, assim como a forma de organização do trabalho na escola e na vida social em geral constituem barreiras, por vezes intransponíveis, para o trabalho interdisciplinar.

A ação docente pautada na sua concepção de ciência, política, cultura e postura ética são os eixos centrais sob os quais podem ser delineadas, com êxito ou não, as práticas interdisciplinares.

A interdisciplinaridade é entendida por Fazenda (1999) como ação, enfatiza que depende de uma atitude, de uma mudança de postura em relação ao conhecimento, uma substituição da concepção fragmentária para a unidade do ser humano. Diante disso, é bastante evidente a ênfase dada ao sujeito, para que se promova uma transformação no conhecimento, o que coloca a formação docente e as condições objetivas do trabalho docente como eixos centrais da promoção do trabalho interdisciplinar na escola.

Por último, há que se compreender que a interdisciplinaridade na educação do trabalhador não pode ser construída a partir de premissas que percam de vista a totalidade das questões que ela tem a enfrentar. Como exemplo, é no mínimo ingênuo pensar que abolir o currículo por disciplina é a solução para acabar com a fragmenta-

ção do saber escolar. Ou seja, trocar o currículo por disciplina por outra forma de organização curricular, por si só nada significa para um avanço do trabalho interdisciplinar. Mais importante é a escola estar atenta aos limites e possibilidades do conhecimento escolar no processo de mudança de paradigma das ciências e da transformação do mundo do trabalho, perceber neste processo para qual projeto de sociedade irá contribuir, e abrir espaço a toda ação visando à interdisciplinaridade - que não confunda integração e articulação com justaposição e que não caia em um relativismo que nada institui - valorizando os pequenos avanços do trabalho escolar neste processo que requer para sua validação ser sempre considerado inacabado.

### Para saber mais:

BERNSTEIN, B. *Class, codes and control*. Londres: Routledge and Kegan Paul, 1980.

BRASIL/MEC. *Parâmetros Curriculares Nacionais*. Brasília: MEC/SENEB, 1999.

FAZENDA, I (Org.). *Práticas Interdisciplinares na Escola*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

FRIGOTTO, G. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. In: JANTSCH, A.; BIANCHETTI, L. (Orgs.). *Interdisciplinaridade para além da filosofia do sujeito*. Petrópolis, Vozes, 1995.

JAPIASSÚ, H. *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KAVESKI, F. C. G. *Concepções acerca da interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: um estudo de caso*. In: II Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, Vitória/Vila Velha, 2005.

MARX, K. *O capital - crítica da economia política*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1999.

PEREIRA, I. B. *A Formação Profissional em Serviço no Cenário do Sistema Único de Saúde*. Tese de Doutorado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: História, Política e Sociedade. PUC/SP, 2002.

PIAGET, J. Problèmes Généraux de la Recherche Interdisciplinaire et Mécanismes Communs. In: PIAGET, J. *Épistémologie des Sciences de l'Homme*. Paris: Gallimard, 1981.

POMBO, O. Problemas e Perspectivas da Interdisciplinaridade. *Revista de Educação*, IV, 3-11, 1994.



## ITINERÁRIOS FORMATIVOS

Marise Nogueira Ramos

A expressão 'itinerário formativo', no nível macro, refere-se à estrutura de formação escolar de cada país, com diferenças marcadas, nacionalmente, a partir da história do sistema escolar, do modo como se organizaram os sistemas de formação profissional ou do modo de acesso à profissão. As bases organizativas dos currículos, se contínuas ou modulares, definirão, em parte, os tipos de 'itinerários formativos' que podem ser seguidos pelos estudantes,

em coerência com a organização e as normas dos sistemas de ensino e de formação profissional.

O princípio da continuidade é próprio do currículo. Ele significa que a estruturação dos sistemas de ensino e a programação das atividades educacionais devem garantir o progressivo avanço do aluno no seu processo de aprendizagem e escolarização, evitando-se interrupções e repetições de conteúdos e de experiências. Significa tam-

bém permitir que não haja divisões que impeçam o educando de dar continuidade a seus estudos, a cada etapa vencida, não comprometendo, assim, as perspectivas de uma formação permanente e ao longo da vida. Nesse sentido, a organização curricular, quer seja em séries, quer em ciclos ou módulos, pode e deve preservar esse princípio.

Módulos são definidos como unidades temáticas autônomas, com caráter de terminalidade, sancionáveis por exames e certificados, podendo ser acumuladas para fins de obtenção de diplomas. Podem ser previstas ou atender demandas emergentes, abranger uma única ou mais disciplinas, contar ou não com pré-requisitos. Tal organização curricular permite ao aluno imprimir ritmo e direção ao seu percurso formativo, dando-lhe alguma independência e flexibilidade para retardar, acelerar, interromper e retomar seus estudos; atender a demandas individuais e a novas exigências profissionais, facilitando a integração daqueles com defasagens e dificuldades de aprendizagem. Entretanto, o grau de liberdade dos alunos para influir nesse processo é um assunto para negociações. Sobre tudo, é preciso garantir que a estruturação do currículo siga critérios psicopedagógicos e que leve em conta os graus de complexidade, a

seqüenciação, a complementaridade dos conteúdos e a dinâmica dos processos de assimilação e aprendizagem, considerando, principalmente, os históricos heterogêneos dos alunos, suas experiências formativas anteriores e planos futuros para sua trajetória de estudos (Machado, 2005).

A principal discussão que se trava sobre esta questão está ligada ao confronto entre os sistemas de formação mais generalistas e os sistemas profissionais que formam qualificações a serem imediatamente utilizadas em certos postos de trabalho (Crivellari, 2005). A relação linear e imediata entre a educação, especialmente a profissional, e as necessidades do mercado de trabalho, foi o principal fundamento da economia da educação dos anos 70, protagonizada pela Teoria do Capital Humano e das medidas designadas como *man power approach*. Críticas contundentes e fundamentadas a essa abordagem foram realizadas tanto pelo seu aspecto ideológico quanto por sua insuficiência empírica. Não obstante, sob a crise contemporânea do emprego e das qualificações, essa abordagem muitas vezes é resgatada para justificar políticas de formação e de requalificação mais afinadas com as configurações ocupacionais do mercado de trabalho.

A discussão sobre os ‘itinerários formativos’ não escapa a essa abordagem. A lógica de organização dos itinerários formativos tem dois fundamentos. O primeiro é a previsão de que as qualificações obtidas por meio de cursos, etapas ou módulos correspondentes a ocupações de uma família ocupacional ou área profissional possam redundar numa titulação de nível superior a essas qualificações. O segundo considera que tais cursos, etapas ou módulos, nos seus respectivos níveis, correspondam a ocupações existentes no mercado de trabalho. Com isto, as experiências formativas dos trabalhadores teriam um potencial de aproveitamento, tanto para o trabalhador quanto para o empregador, em duas direções: a) verticalmente, porque um conjunto de qualificações de níveis menores pode levar a titulações de níveis superiores; b) horizontalmente, porque a cada qualificação corresponderia uma ocupação reconhecida nas classificações ocupacionais.

Se a perspectiva de organização de ‘itinerários formativos’ ascendentes, em que as formações intermediárias sejam tanto possibilitadas pela oferta de cursos quanto validadas por um sistema de certificação, constituiu-se numa oportunidade e num direito do

trabalhador, não se pode cair, por outro lado, no pressuposto de regular a oferta formativa de acordo com os postos de trabalho existentes, ao estilo do citado modelo de *man power approach*. Isto voltaria a fragmentar e a limitar a formação dos trabalhadores aos requisitos econômicos, técnicos e procedimentais da oferta de postos de trabalho, retirando-se, mais uma vez, o trabalhador de sua condição de sujeito para objetivá-lo a fator descartável da produção.

A maneira de enfrentar essa questão relaciona-se com a concepção de qualificação que embasa os parâmetros definidores dos títulos profissionais e dos ‘itinerários formativos’. Esses parâmetros podem ser restritos às ocupações e características dos postos de trabalho, ou configurados com base numa compreensão da qualificação como unidade integrada de conhecimentos científicos e técnicos que possibilitem ao trabalhador atuar em processos produtivos complexos, com suas variações tecnológicas e procedimentais, associados a uma formação política que permita uma inserção profissional não subordinada e alienada na divisão social do trabalho.

A realidade concreta dos sujeitos adultos trabalhadores que retornam a processos formativos sejam de educa-



ção básica, sejam de qualificação profissional, não pode ser ignorada. De fato, esse retorno se dá, na maioria das vezes, de forma fragmentada e sazonal, intercalando-se períodos formais de estudo com outros somente de trabalho, períodos de emprego com os de desemprego. Essa realidade, que não pode ser avaliada sob princípios morais, deve ser compreendida como um produto da história de exclusão desses sujeitos. É preciso, então, que as políticas de educação dos trabalhadores não ignorem essa realidade e, ao contrário, proporcionem meios para que nenhuma dessas experiências seja perdida. Se os ‘itinerários formativos’ são estruturados de modo articulado, com possibilidades de ingresso, conclusão e retorno a etapas formativas, mediante critérios de reconhecimento e validação de saberes, os adultos devem ser incentivados a construir sua formação enfrentando as adversidades das condições concretas pelas quais produz sua existência. Para isto, entretanto, são necessárias políticas públicas que integrem formação, certificação, orientação e inserção profissional.

É nesse contexto que é preciso considerar a importância da organização de um projeto de educação integral de trabalhadores com base em ‘iti-

nerários formativos’, referentes às etapas que podem ser seguidas por um indivíduo no seu processo de formação profissional. Do ponto de vista das políticas de emprego, a identificação das possíveis trajetórias ocupacionais e a construção dos ‘itinerários formativos’, além de permitir melhor correspondência entre os requisitos demandados nas atividades de trabalho e os perfis construídos no processo educativo, podem possibilitar aos trabalhadores adequar, de acordo com suas possibilidades e condições, o ‘itinerário formativo’ ao itinerário profissional (Moraes & Neto, 2005).

A coerência e organicidade interna perseguidas no desenvolvimento da educação integral dos trabalhadores mediante ‘itinerários formativos’ se opõem à justaposição de cursos específicos já existentes, transformados em módulos de grandes cursos e à oferta fragmentada e pontual de cursos básicos de qualificação profissional de curta duração. Ao contrário, um plano de formação continuada deve-se organizar em etapas sequenciais, progressivas e flexíveis, estruturadas de forma a abarcar vários níveis de conhecimentos – dos básicos e técnicos gerais de uma área até os profissionais mais específicos, incluindo-se aí os saberes mais abrangentes, novos conhecimen-



tos e conceitos relevantes na atualidade, que permitam visão ampla do processo produtivo e dos avanços e conhecimentos culturais, científicos e tecnológicos e que possibilitem a inserção/intervenção na sociedade contemporânea (Moraes & Neto, 2005).

Não se pode ignorar a existência de uma contradição de fundo na configuração de 'itinerários formativos'. A organização da educação profissional em 'itinerários formativos' flexíveis seria plenamente adequada para uma população que tenha a educação básica universalizada. Nesses termos, a educação de adultos e a educação profissional se fundiriam como política de educação continuada. Nem a primeira seria uma modalidade da educação básica voltada para aqueles que a ela não tiveram acesso em idade apropriada, como é o caso do Brasil, nem a segunda poderia ter uma finalidade compensatória em relação à falta da educação básica.

Não obstante, é exatamente em uma sociedade em que isto não acontece, que mais se evidencia a necessidade de a educação profissional, integrada à educação básica, ser organizada em 'itinerários formativos' para se viabilizar a educação de adultos trabalhadores por reconhecimento e superação dialética de seus saberes

construídos em tantas outras experiências diferentes da escolar. Reconhecendo-se essa contradição como própria de uma realidade de exclusão, admiti-la só faz sentido mediante o compromisso ético-político com a travessia em direção a um tipo de sociedade não excludente. Ignorar essa necessidade levaria a ignorar os próprios adultos trabalhadores como sujeitos de conhecimento ou a reificar as alternativas até agora existentes (cursos supletivos e cursos básicos de qualificação profissional de curta duração) como as únicas possíveis. Seria, então, cristalizar a exclusão.

Por este compromisso, é preciso, ainda, da perspectiva político-pedagógica, atentar para que a condição autônoma conferida aos cursos, etapas e módulos não acabe fragmentando o conhecimento em compartimentos que simplificam a formação profissional, transformando o conhecimento em mero domínio de um conjunto de técnicas isoladas, de caráter unicamente instrumental, ao invés de se constituir em estratégia de organização da educação integral dos trabalhadores de forma continuamente ascendente, na construção e validação de seus saberes.

Para seguir flexivelmente um 'itinerário formativo', o trabalhador pode cursar diferentes cursos, etapas ou



módulos que culminem numa qualificação ou habilitação profissional em diferentes instituições ou programas. Neste caso, há que se garantir a organicidade da ação dessas próprias instituições e programas numa política integrada, bem como um sistema de certificação democrático, construído sob bases permanentes de participação e níveis crescentes de autonomia de decisão dos trabalhadores. Afinal, poder-se-ia perguntar: que responsabilidade teria cada uma das instituições com a totalidade da formação dos trabalhadores e com o diagnóstico, a avaliação e o reconhecimento de seus conhecimentos? Essas são questões que não podem ser ignoradas; ao contrário, devem ser analisadas e respondidas à luz da proble-

mática social, educacional e existencial que abordamos neste momento.

### Para saber mais:

CRIVELLARI, H. *Itinerário Formativo Profissional*. São Paulo: IIEP, 2005 (Mimeo.)

IIEP. *Currículo em Bases Modulares*. São Paulo: IIEP, 2005 (Mimeo.)

IIEP. *Itinerário Formativo: expectativas dos alunos e realidade*. São Paulo: IIEP, s.d. (Mimeo.)

MACHADO, L. *Currículo em Bases Contínuas*. São Paulo: IIEP, 2005 (Mimeo.)

MORAES, C. & NETO, S. *A Certificação de Conhecimentos e Saberes como Parte do Direito à Educação e Formação*. São Paulo, 2005 (Mimeo.)

# N

## NEOLIBERALISMO E SAÚDE

*Maria Lúcia Frizon Rizzotto*

A emergência ou o reaparecimento de dado pressuposto teórico-político, que carrega consigo um conjunto de diretrizes, conformadas por uma visão de mundo, de homem e de sociedade, deve ser contextualizado para uma melhor compreensão dos determinantes que contribuíram para o seu surgimento, bem como da vitalidade que tais determinantes comportam.

O pensamento liberal do final do século XX, comumente denominado de ‘neoliberalismo’, reapareceu logo após a Segunda Guerra Mundial, em contraposição às políticas keynesianas e sociais-democratas, que estavam sendo implementadas nos países centrais. Inicialmente surgiu de forma tímida por meio da divulgação de textos como “O caminho da servidão” de Frederick Hayek, de 1944, e “A sociedade aberta e seus inimigos”, de Popper, em 1945. Na década de 1960 outras publicações se seguiram, dando sustentação a essa

perspectiva, como “Os fundamentos da liberdade” de Frederick Hayek, em 1960, e “Capitalismo e liberdade” de Milton Friedman, publicado em 1962.

Contudo, foi a crise global, iniciada com a crise do petróleo, em 1973, e a onda inflacionária que se seguiu na década de 1980, levando ao declínio do Estado de Bem-Estar Social, associado ao colapso do socialismo real, simbolizado pela queda do muro de Berlim em 1989, que permitiu uma ampla ofensiva do pensamento liberal, traduzido no projeto neoliberal deste final de século.

O neoliberalismo consiste em uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista, opondo-se fortemente a qualquer forma de planejamento da economia. Condena toda ação do Estado que limite os mecanismos de mercado, denunciando-as como ameaças à liberdade, não somente econômica, mas também política.



Para os teóricos neoliberais, tanto os vinculados à escola econômica austríaca que emergiu no final do século XIX e teve como principal discípulo, no século XX, Frederich Hayek, como os vinculados à escola de Chicago, cujo representante mais emblemático é Milton Friedman, a razão é incapaz de reconstruir a ordem social, portanto, o uso de qualquer forma de planejamento, na economia, seria consequência de um equívoco teórico, devendo-se permitir que a ordem espontânea do mercado se manifeste livremente.

Como para esses teóricos a conduta humana é determinada pelo conhecimento prático, por normas sociais advindas dos costumes e das crenças e pelo sistema de comunicação do mercado, a melhor sociedade seria aquela que funcionasse a partir das escolhas espontâneas dos indivíduos, na qual a existência de normas deve estar limitada à segurança pública e à manutenção da propriedade privada. Portanto, a essência do pensamento neoliberal baseia-se na defesa do livre curso do mercado, colocando-o como mediador fundamental das relações societárias e no Estado mínimo como alternativa e pressuposto para a democracia.

Para os defensores do ‘neoliberalismo’, da mesma forma que a partir da década de 1940 determinados acontecimentos na economia global tinham alterado o contexto em que os Estados nacionais atuavam, exigindo uma ampliação das suas atribuições; a partir da década de 1970, os parâmetros de uma economia mundial globalizada estariam requerendo um novo Estado, mais eficiente e ágil, que se concentrasse nas tarefas básicas, necessárias à manutenção da ordem na sociedade. A mudança experimentada a partir da década de 1940 teria ocorrido, nos países centrais, para fazer frente às demandas do Estado de Bem-Estar Social e, nos países periféricos, para criar as condições estruturais e induzir o desenvolvimento econômico, necessário à expansão do capitalismo mundial.

O pensamento neoliberal foi singularizado no denominado receituário do Consenso de Washington, expressão que emergiu a partir do encontro realizado em novembro de 1989, na cidade de Washington, quando se reuniram funcionários do governo americano, especialistas em assuntos latino-americanos, representantes dos organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e alguns economistas

liberais, com o objetivo de realizar uma avaliação das reformas econômicas empreendidas, nas décadas anteriores, nos países da América Latina.

Neste encontro foram definidas as linhas de política macroeconômica, que iriam inspirar as reformas, denominadas neoliberais, as quais foram implementadas em grande número de países periféricos, como o Brasil, nas décadas de 1980 e 1990. As linhas básicas formuladas, no referido encontro, consistiam na defesa da desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, no equilíbrio das contas públicas, na privatização das empresas estatais, na flexibilização das formas de vínculo entre capital e trabalho e no estabelecimento de uma taxa cambial realista.

Esse pensamento se constituiu em referência para governos que assumiram o poder em países centrais, como Margaret Thatcher, na Inglaterra, em 1979, e Ronald Reagan, nos EUA, em 1980, locais onde este pensamento se originou e de onde foi difundido. Contudo, o que se observou foi uma assimilação diferenciada dos pressupostos neoliberais, com radicalidade dos enunciados nos países periféricos, sem a mesma correspondência nos países centrais.

No Brasil, o ‘neoliberalismo’ foi introduzido associado ao discurso da

necessidade de modernização do país, que se iniciou no governo de Fernando Collor de Mello, em 1989, e se aprofundou nas décadas de 1990 e 2000. No primeiro caso, com ênfase nas reformas econômicas, na privatização das empresas estatais e nas políticas sociais focalizadas; no segundo, aprofundando esses aspectos e modificando substancialmente a estrutura do Estado por meio de ampla reforma, consubstanciada em documento denominado Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (1995). No referido documento foram definidas as diretrizes da reforma e a nova configuração que o Estado brasileiro deveria assumir a partir de então.

O movimento neoliberal defendia a tese de que a crise das décadas de 1970 e 1980 decorria do mau funcionamento do Estado, evidenciado na falta de efetividade, no crescimento distorcido, nos altos custos operacionais, no excesso de endividamento público e na incapacidade de se adequar ao processo de globalização em curso, que teria reduzido a autonomia e a capacidade dos Estados Nacionais para gerirem suas próprias políticas econômicas e sociais. Portanto, seria necessário que as sociedades aceitassem uma redefinição das responsabilidades do Estado, selecionando

estrategicamente as ações que o Estado iria desenvolver e as que deixaria de executar. Esperava-se com isso reduzir as atribuições impostas ao Estado e fazer com que os cidadãos se envolvessem mais na solução dos problemas da comunidade.

O novo Estado, denominado ‘social liberal’, teria como principal função a regulação, a representatividade política, a justiça e a solidariedade, devendo-se afastar do campo da produção e se concentrar na função reguladora e na oferta de alguns serviços básicos, não realizados pelo mercado, tais como os serviços de educação, saúde, saneamento, entre outros. A implementação de reformas administrativas e gerenciais permitiria a focalização da ação estatal no atendimento das necessidades sociais básicas, reduzindo a área de atuação do Estado por meio de três mecanismos: a privatização (venda de empresas públicas), a publicização (transferência da gestão de serviços e atividades para o setor público não-estatal) e a terceirização (compra de serviços de terceiros).

Para proceder às mudanças apreçadas no âmbito do projeto neoliberal, deveriam ser removidos os constrangimentos jurídico-legais, notadamente de ordem constitucional,

que impediam a adoção de uma administração ágil, com maior grau de autonomia, capaz de enfrentar os desafios do Estado moderno.

No que tange às políticas sociais, para o pensamento neoliberal, estas não são compreendidas como direitos, mas como forma de assistir aos mais necessitados ou como ato de filantropia, daí que a ação do Estado deve ser focalizada nos pobres, e a sociedade, na figura das organizações não-governamentais e no voluntariado, deve ser estimulada a assumir responsabilidades pela resolução dos seus problemas, reduzindo a carga imposta ao Estado ao longo do tempo.

Nesse aspecto, a ofensiva às políticas sociais foi linear, atingindo tanto os países que conseguiram construir um Estado de Bem-Estar-Social como os países periféricos que só conseguiram realizar um esboço de proteção social aos seus cidadãos. Contudo, a forma de assimilação e os resultados foram distintos em um e noutro contexto, com maior desmonte dos sistemas de proteção social nos países periféricos, tanto pela fragilidade desses sistemas como pela pouca capacidade de resistência dos segmentos afetados.

No campo da saúde, no Brasil, a assimilação dos pressupostos neoliberais, a partir do início da década de

1990, momento em que também se iniciava o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultou num quadro que pode ser caracterizado da seguinte forma: ampliação do acesso aos serviços de atenção básica; mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário (cerca de 70% da oferta estão na iniciativa privada); grande precarização dos vínculos de trabalho no setor público; terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos; conformação de um sistema de saúde complementar, regulamentado; e institucionalização da participação, por meio dos conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo.

#### Para saber mais:

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E. & GENTILI, P. (Orgs.) *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

BATISTA Jr., P. N. *O Consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latino-americanos*. São Paulo: Paz e Terra, 1994. (Cadernos da Dívida Externa, n. 6)

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Ação do Ministério da Saúde 1995-1999. Brasília, 1995.

BRASIL. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, 1995.

FIORI, J. L. Ajuste, transição e governabilidade: o enigma brasileiro. In: TAVARES, M. C. & FIORI, J. L. (Orgs.) *(Des)Ajuste Global e Modernização Conservadora*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

MORAES, R. *Neoliberalismo: o que é e para onde leva*. Cadernos em Tempo. Texto de apoio da edição n. 300/301. s.d.

NETO, J. P. Crise global contemporânea e barbárie. In: LOUREIRO, I. M. & VIGEVANI, T. (Orgs.) *Liberalismo e Socialismo: velhos e novos paradigmas*. São Paulo: Editora da Unesp, 1995. (Seminários e debates)

PEREIRA, L. C. B. *A Reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle*. Brasília, 1997. (Cadernos MARE da Reforma do Estado, Cad 1.)

PEREIRA, L. C. B. Reforma Administrativa do Sistema de Saúde. In: Colóquio Técnico prévio à XXV Reunião do Conselho Diretivo do CLAD. Buenos Aires, out. 1995.

SADER, E. & GENTILI, P. (Orgs.) *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SOARES, L. T. R. *Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.







## OCUPAÇÃO

*Naira Lisboa Franzoi*

**D**entre as diversas acepções do termo, este verbete trata da atividade laboral desempenhada por um indivíduo, não se detendo na distinção entre ‘ocupação’ e profissão (para essa discussão ver: profissão). Pode-se entender como ‘ocupação’ o lugar de um indivíduo na divisão social e técnica do trabalho. Tal divisão classifica e hierarquiza os indivíduos, o que envolve aspectos subjetivos e identitários. Nesse sentido, se está falando de categorias ocupacionais. Os indivíduos se reconhecem e são reconhecidos por grupos que desempenham as mesmas atividades e organizam-se a partir desse reconhecimento. Prévia a esta categorização é aquela que classifica os indivíduos em dois grandes agregados: os que têm ou não algum lugar nessa hierarquia fundada no trabalho.

Historicamente, as tentativas de estabelecer tal demarcação estão fortemente associadas à necessidade de uma sociedade assegurar sua coesão,

atacando aquilo que lhe pode causar ameaça e, para isso, diferenciando o que seria uma política para a assistência de uma política para o trabalho.

É possível identificar, nos meados do século XIV, uma espantosa convergência de iniciativas dos poderes centrais, ou de poderes locais, em diferentes países da Europa, para regulamentar e limitar a mobilidade profissional e geográfica dos trabalhadores braçais. De maneira geral, todas essas regulamentações tinham o mesmo tom do Estatuto dos Trabalhadores de 1349, promulgado por Eduardo III, rei da Inglaterra, que obrigava a todos a permanecerem fixos em seu local de trabalho e a contentar-se com sua condição e com a retribuição dela advinda. Pouco tempo depois, Ricardo II acrescenta a tal decreto a obrigação, para os empregados que deixam seu posto, de portar um atestado emitido pela autoridade local, sem o qual seriam detidos. Ao mesmo tempo, decreta que



quem tivesse trabalho agrícola não poderia escolher outro trabalho braçal (Castel, 1998).

Tal convergência de regulamentações pode ser explicada pelo contexto da época. A sociedade europeia vive um abalo das instituições feudais, dado pelo desequilíbrio das estruturas agrárias até então vigentes, expulsando para as cidades aqueles que não podem mais viver da terra. No entanto, as cidades não têm mais a capacidade de acolhimento de um período anterior, de maior expansão do artesanato e do comércio. O rigoroso sistema de hierarquias, em que estão inscritas as corporações de ofício, não tem lugar para essa nova figura representada por uma mão-de-obra flutuante que ameaça a coesão social.

Surge, pois, um novo perfil do ‘vagabundo’ (de ‘vaguear’, ‘perambular’), que perambula em busca de um lugar para si: sem trabalho e sem reconhecimento, porque sem pertencimento comunitário. Mais tarde, em 1701, na França, decreta-se que são “vagabundos aqueles que não têm profissão, nem ofício, nem domicílio certo, nem lugar para subsistir”, ao que o Decreto Real de 1764 acrescenta à cláusula “todos aqueles que não têm profissão nem ofício” o quantitativo “há mais de seis meses” (Castel, 1998, p. 121). Tratava-se de distinguir os adeptos de uma vida

ociosa dos que procuravam trabalho e de traçar uma linha divisória entre os da alçada da ‘polícia dos pobres’ e das políticas de trabalho. A vagabundagem, na sociedade pré-industrial, embora expresse uma questão social, oculta-a porque a desloca para a margem extrema da sociedade, até fazer dela quase uma questão de polícia (Castel, 1998).

Contemporaneamente, as demarcações e mensurações das populações ocupadas e não ocupadas têm objetivos correlatos. O Estado de Bem-Estar Social baseou-se claramente em tal demarcação para estabelecer suas políticas de seguridade social, diferenciadas para cada uma dessas populações – afetas, assim, à esfera do trabalho ou da assistência.

Não por acaso, a preocupação com a classificação e construção de parâmetros internacionais para as estatísticas de emprego surgem no âmbito da Organização Internacional do Trabalho (OIT), na década de 1920, objetivando estabelecer medidas para o desemprego. No pós-guerra, em 1947, o tema ressurgiu com ênfase no “desemprego enquanto principal problema social para o emprego, como objetivo central do planejamento econômico” (ILO apud Hoffmann & Brandão, 1996, p. 5). As orientações da OIT vão dar origem às mensurações

da população ocupada no Brasil. No entanto, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Departamento Intersindical de Economia e Estatística (Dieese) em parceria com a Fundação Sistema Estadual de Dados (Seade) do governo de São Paulo utilizam diferentes conceitos de ‘ocupação’ para embasar suas metodologias, repercutindo em formas diferenciadas de definir a relação dos indivíduos com o trabalho, debate este que mereceria um tratamento mais longo.

É a partir desse contexto que podem ser entendidas as classificações ocupacionais no Brasil. No país, a regulamentação profissional/ocupacional está intimamente ligada ao conceito de “cidadania regulada” utilizado por Santos (1979). Segundo o autor, a regulação ocupacional foi a estratégia selecionada pela elite dirigente brasileira, pós 1930, como condição prévia para implementar políticas sociais. Isso restringia a abrangência dos direitos, dividindo os trabalhadores entre trabalhadores ‘formais’ – aqueles cuja ‘ocupação’ era regulamentada e, portanto, sujeitos desses direitos – e os ‘informais’, excluídos de qualquer direito:

A associação entre cidadania e ocupação proporcionará as condições institucionais, para que se inflem,

posteriormente, os conceitos de marginalidade e de mercado informal de trabalho, uma vez que nestas últimas categorias ficarão incluídos não apenas os desempregados, os subempregados e os empregados instáveis, mas, igualmente, todos aqueles cujas ocupações, por mais regulares e estáveis, não tenham sido ainda regulamentadas. (Santos, 1979, p. 75-76)

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), que descreve as ‘ocupações’ brasileiras sem função de regulamentação, embora editada pela primeira vez em 1982, obedecia a uma estrutura elaborada em 1977, como resultado de um convênio firmado entre o país e a Organização das Nações Unidas (ONU), por intermédio da OIT, tendo como base a Classificação Internacional Uniforme de Ocupações (CIUO) de 1968. Atualizada em 2002, nomeia e codifica os títulos das ‘ocupações’ do mercado de trabalho brasileiro e seus conteúdos. Com isto pode ser utilizada tanto para registros administrativos (como a Relação Anual de Informações Sociais – Rais; Cadastro Geral de Empregados e Desempregados – Caged; Seguro desemprego; Censo demográfico; Pesquisa nacional por amostra de domicílios – Pnad – e pesquisas de emprego e desemprego) quanto para subsidiar os



serviços de recolocação de trabalhadores como o realizado no Sistema Nacional de Empregos (Sine) e a elaboração de currículos de formação profissional de escolas, de empresas e de sindicatos. (Brasil/MTE, 2002).

‘Ocupação’, para a CBO,

é um conceito sintético não natural, artificialmente construído pelos analistas ocupacionais. O que existe no mundo concreto são as atividades exercidas pelo cidadão em um emprego ou outro tipo de relação de trabalho (autônomo, por exemplo). Ocupação é a agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas. O título ocupacional, em uma classificação, surge da agregação de situações similares de emprego e/ou trabalho. (Brasil/MTE, 2002, p. 1)

Para saber mais:

BRASIL/MTE. *Classificação Brasileira de Ocupações*. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br>>. Acesso em: 20 ago. 2006.

CASTEL, R. *As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.

HOFFMANN, M. B. P. & BRANDÃO, S. M. C. Medição de emprego: recomendações da OIT e práticas nacionais. *Cadernos do Cesit*, 22, nov., 1996.

SANTOS, W. G. dos. *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

## OMNILATERALIDADE

*Justino de Sousa Junior*

O conceito de omnilateralidade é de grande importância para a reflexão em torno do problema da educação em Marx. Ele se refere a uma formação humana oposta à formação unilateral provocada pelo trabalho alienado, pela divisão social do trabalho,

pela reificação, pelas relações burguesas estranhadas, enfim.

Esse conceito não foi precisamente definido por Marx, todavia, em sua obra há suficientes indicações para que seja compreendido como uma ruptura ampla e radical

com o homem limitado da sociedade capitalista.

A unilateralidade burguesa se revela de diversas formas: de início a partir da própria separação em classes sociais antagônicas, base segundo a qual se desenvolvem modos diferentes de apropriação e explicação do real; revela-se ainda por meio do desenvolvimento dos indivíduos em direções específicas; pela especialização da formação; pelo quase exclusivo desenvolvimento no plano intelectual ou no plano manual; pela internalização de valores burgueses relacionados à competitividade, ao individualismo, egoísmo, etc. Mas, acima de tudo, a unilateralidade burguesa se revela nas mais diversas formas de limitação decorrentes do submetimento do conjunto da sociedade à dinâmica do sociometabolismo do capital. Nos Manuscritos de 1844, quando analisa a propriedade privada como aquilo em que se condensa a criação do trabalho humano alienado, e sua contribuição decisiva para a definição de uma base social em que se impõe a unilateralidade humana, Marx afirma:

La propiedad privada nos há vuelto tan estúpidos y unilaterales, que un objeto solo es nuestro cuando lo tenemos y, por tanto, cuando existe para nosotros como capi-

tal o cunado lo poseemos directamente, cuando lo comemos, lo bebemos, lo vestimos, habitamos en él, etc., en una palabra, cuando lo usamos (Marx e Engels, 1987, p. 620).

A esse dado fundamental da unilateralidade humana corresponde o fato de que a dinâmica da vida social se submete a imperativos não determinados pelos indivíduos associados segundo um planejamento que observe acima de tudo as necessidades humanas mesmas. A dinâmica da vida social é determinada pelo movimento de valorização do capital, que submete os indivíduos, em geral, a agentes da sua ‘vontade’.

Embora não haja em Marx uma definição precisa do conceito de omnilateralidade, é verdade que o autor a ela se refere sempre como a ruptura com o homem limitado da sociedade capitalista. Essa ruptura deve ser ampla e radical, isto é, deve atingir uma gama muito variada de aspectos da formação do ser social, portanto, com expressões nos campos da moral, da ética, do fazer prático, da criação intelectual, artística, da afetividade, da sensibilidade, da emoção, etc. Essa ruptura não implica, todavia, a compreensão de uma formação de indivíduos geniais, mas, antes, de homens que se



afirmam historicamente, que se reconhecem mutuamente em sua liberdade e submetem as relações sociais a um controle coletivo, que superam a separação entre trabalho manual e intelectual e, especialmente, superam a mesquinhez, o individualismo e os preconceitos da vida social burguesa.

O homem omnilateral não se define pelo que sabe, domina, gosta, conhece, muito menos pelo que possui, mas pela sua ampla abertura e disponibilidade para saber, dominar, gostar, conhecer coisas, pessoas, enfim, realidades – as mais diversas. O homem omnilateral é aquele que se define não propriamente pela riqueza do que o preenche, mas pela riqueza do que lhe falta e se torna absolutamente indispensável e imprescindível para o seu ser: a realidade exterior, natural e social criada pelo trabalho humano como manifestação humana livre.

Nos Manuscritos de 1844, especialmente, aparecem elementos fundamentais para a compreensão do conceito de omnilateralidade. É com base neles que se pode afirmar que o homem omnilateral equivale ao homem rico que Marx desenvolve no citado texto: “El hombre rico es al mismo tiempo, el hombre necesitado de una totalidad de manifestaciones de vida humanas” (Marx e Engels, 1987, p. 624,

grifos do autor). Aqui Marx discute a riqueza humana identificando-a à capacidade de desenvolver demandas humanas, isto é, a riqueza aqui diz respeito à carência de manifestações humanas não-fetichizadas: um homem é tanto mais rico quanto mais demanda manifestações humanas e “la más grande de las riquezas, (es) el otro hombre” (Marx e Engels, 1987, p. 624, grifo do autor).

O homem rico se define pela carência de um conjunto variado de manifestações humanas que o plenifiquem, nas quais se reconheça e pelas quais se constitui. Necessidades não determinadas pelo caráter de mercadoria, segundo a dialética de Marx, só poderiam nascer e serem amplamente satisfeitas em relações não-burguesas, em relações que ultrapassem o sistema de relações do capital.

Segundo o exposto, a omnilateralidade tem como condição a superação do capital ou, de acordo com os Manuscritos, da alienação e da propriedade privada:

La superación de la propiedad privada representa, por tanto, la plena emancipación de todos los sentidos y cualidades del hombre. (...) [Por sua vez], el hombre sólo deja de perderse en su objeto cuando éste se convierte para él en objeto humano o en hombre objetivo (Marx e Engels, 1987, p. 621, grifo do autor).

É na sua ação sobre o mundo que o homem se afirma como tal, no entanto, ele precisa atuar como um todo sobre o real, com todas as suas faculdades humanas, todo seu potencial e não como ser fragmentado, pois só assim ele poderá se encontrar objetivado como ser total diante de si mesmo.

Nos *Grundrisse*, mais uma vez, Marx apresenta elementos para a compreensão da omnilateralidade como riqueza do desenvolvimento humano amplo e livre, nos seguintes termos:

Ahora bien, qué es, *in fact*, la riqueza despojada de su estrecha forma burguesa, sino la universalidad, impulsada por el intercambio universal de las necesidades, las capacidades, los goces, las fuerzas productivas, etc., de los individuos? Qué es sino el desarrollo total del dominio del hombre sobre las fuerzas naturales, tanto las de la naturaleza misma como las de la propia naturaleza humana; la absoluta potenciación [de su capacidad] por obra del esfuerzo de sus dotes creadoras, sin más premisa que el desarrollo histórico precedente, que lleva a convertir en fin en si esta totalidad del desarrollo, es decir, el desarrollo de todas las fuerzas humanas en cuanto tales, sin medirlo por una pauta preestablecida, y en que el hombre no se reproducirá como algo unilateral, sino como una

totalidad; en que no tratará de seguir siendo lo que ya es o ha sido, sino que se incorporará al movimiento absoluto del devenir? (Marx, 1985, p. 345-346).

Nesse trecho evidencia-se a contradição entre a sociabilidade estranhada, com suas restrições e unilateralidades de um lado, e a universalidade, a totalidade do desenvolvimento humano e o devenir, de outro. Marx associa o que se pode chamar de omnilateralidade, que se opõe à unilateralidade burguesa, ao movimento do devenir, das novas relações emancipadas. Aqui aparece mais uma vez com clareza a idéia da universalidade, termo com o qual o conceito de omnilateralidade estabelece uma relação de correspondência.

## Omnilateralidade & politecnia

O conceito de omnilateralidade guarda relação com outro conceito marxiano importante para o problema da formação humana que é o de politecnia. O elemento fundamental de distinção entre os dois conceitos é justamente o fato de que a politecnia representa uma proposta de formação aplicável no âmbito das relações burguesas, articulada ao próprio momen-



to do trabalho abstrato, ao passo que a omnilateralidade apenas se faz possível no conjunto de novas relações, no ‘reino da liberdade’. Como lembra Nogueira (1990, p. 129):

Para Marx, a educação politécnica não é utopia da criação de um indivíduo ideal, desenvolvido em todas as suas dimensões. Mas é antes, dialeticamente e ao mesmo tempo, uma virtualidade posta pelo desenvolvimento da produção capitalista e um dos fatores em jogo na luta política dos trabalhadores contra a divisão capitalista do trabalho...

A noção de politecnia, antes da formulação marxiana, surge nas experiências teóricas e práticas dos socialistas utópicos. Por sua vez, a noção de politecnia enquanto formação polivalente – ou pluriprofissional, modo como Manacorda (1990) e Nosella (2006) nomeiam a noção de politecnia defendida pelo capital – em grande medida, é uma realidade imposta pelo próprio desenvolvimento da grande indústria. Em Marx, todavia, a proposta de politecnia adquire novos relevos. Para esse autor, ela era, acima de tudo, uma forma de se confrontar com a formação unilateral e os malefícios da divisão do trabalho capitalista. Ela representava a reunião de diversos aspectos que, uma vez asso-

ciados, significariam uma formação mais elevada dos filhos dos trabalhadores em relação às demais classes sociais. Assim, a experiência do trabalho (em atividades diversas), associada aos estudos dos fundamentos teóricos do trabalho e à formação escolar, e ainda aos exercícios físicos e militares, representariam um salto na formação dos trabalhadores, pois imporiam fortes elementos contrários à empobrecedora formação decorrente das condições de trabalho capitalistas.

Os dois conceitos, no entanto, apesar de apresentarem esse traço distintivo, se complementam. Na verdade, não há uma dissociação do tipo: a politecnia se realiza no âmbito das relações burguesas ao passo que a omnilateralidade apenas se realiza com a superação destas relações. Ambas são realizações da práxis revolucionária que em graus diferentes se manifestam em diferentes estágios históricos da vida social. A omnilateralidade, por exemplo, é uma busca da práxis revolucionária no presente, desde sempre, embora sua realização plena apenas seja possível com a superação das determinações históricas da sociedade do capital. Elementos de ruptura para com as unilateralidades burguesas são exercitados cotidianamente por meio de relações diferenciadas com a natureza,



com a propriedade, com o outro, com as crianças, com as artes, com o saber, por intermédio de relações éticas de novo tipo, etc. Porém, de maneira plena, como ruptura ampla e radical, a omnilateralidade só se realiza como práxis social, coletiva e livre, pois depende da universalização das relações não-alienadas entre os indivíduos, no intercâmbio com a natureza e no intercâmbio social em geral.

Já a politecnicidade é claramente uma proposta que toma como ponto de partida a contribuição dos socialistas utópicos e a observação do próprio movimento material da produção capitalista, que avança com a grande indústria.

A politecnicidade é proposta para se realizar no presente da opressão a que estão submetidos os trabalhadores com o propósito de a eles responder. A politecnicidade não almeja alcançar a formação plena do homem livre, mas a formação técnica e política, prática e teórica dos trabalhadores no sentido de elevá-los na busca da sua autotransformação em classe-para-si. Portanto, a politecnicidade não tem como condição para sua realização a ruptura ou superação das determinações históricas da sociedade do capital.

Entre politecnicidade e omnilateralidade há complexas mediações colo-

radas pelo cotidiano da vida social alienada e estranhada. É nesse cotidiano que atua a formação politécnica, potencialmente capaz de elevar as classes trabalhadoras a um patamar superior de compreensão de sua própria condição social e histórica. Aí atua a práxis revolucionária, principal ação político-pedagógica da formação do proletariado como sujeito social transformador. Nesse processo são gestados elementos que deverão ser consolidados - e que só podem ser consolidados com a superação da alienação e do estranhamento - no interior das novas relações não-estranhadas. Somente a partir dessas relações é possível a formação omnilateral.

Portanto, politecnicidade e omnilateralidade se complementam no processo desde a formação do sujeito social revolucionário até a consolidação do Ser social emancipado. Se a omnilateralidade como formação plena é impossível - senão de forma germinal - no seio das relações estranhadas da realidade do trabalho abstrato, é precisamente neste momento que a politecnicidade aparece como proposta de educação de grande importância, até que se consolidem as condições históricas de possibilidade de realização plena da omnilateralidade. A politecnicidade é a formação dos trabalhadores no âm-



bito da sociedade capitalista que, unida aos outros elementos da proposta marxiana de educação, deve encontrar o caminho entre a existência alienada e a emancipação humana em que se constrói o homem omnilateral.

Manacorda (1991), dentro da sua rica contribuição para o estudo do problema da educação em Marx, apresenta uma possibilidade diferente de entendimento do conceito de omnilateralidade. Para o autor, por exemplo, não aparece claramente estabelecida a distinção apontada aqui entre omnilateralidade e politecnia ou educação tecnológica, como ele prefere.

A própria consideração das condições históricas para a realização da omnilateralidade não aparece claramente estabelecida. Nos Manuscritos de 1844, essas condições históricas aparecem nos seguintes termos:

Así también la superación positiva de la propiedad privada, es decir, la apropiación sensible de la esencia y la vida humanas, del hombre objetivo, de las obras humanas para e por el hombre, no debe concebirse simplemente en el sentido del poseer o del tener. El hombre se apropia su esencia omnilateral de un modo omnilateral, es decir, como un hombre total. Cada uno de sus comportamientos humanos ante el mundo, la vista, el odio, el olfato, el

gusto, el tacto, el pensar, el intuir, el percibir, el querer, el actuar, el amor, en una palabra, todos los órganos de su individualidad, como órganos que son inmediatamente en su forma en cuanto órganos comunes, representan, en su comportamiento objetivo o en su comportamiento hacia el objeto, la apropiación de éste. La apropiación de la realidad humana, su comportamiento hacia el objeto, es el ejercicio de la realidad humana” (Marx e Engels, 1987, p. 620, grifos do autor).

Quanto ao exposto, vejamos o que afirma Manacorda (1991, p. 82) a respeito de um comentário elogioso de Marx, presente n’O Capital, em relação a John Bellers, por ter este autor defendido desde os fins do século XVII a superação da educação e da divisão do trabalho da época por formarem indivíduos limitados:

Eis aí um homem educado com doutrinas não ociosas, com ocupações não estúpidas, capaz de livrar-se da estreita esfera de um trabalho dividido. Trata-se do tipo de homem onilateral que Marx propõe, superior ao homem existente...

Ora, como se observa claramente, o destaque de Manacorda está na ‘educação em doutrinas não ociosas’, nas ‘ocupações não estúpidas’ e na ‘estreita esfera do trabalho dividido’, portanto, em dimensões dos campos do

‘fazer’ e do ‘saber’ que não necessariamente rompem com a sociabilidade estranhada. O indivíduo alienado/estranhado pode alcançar tudo isso a que Manacorda se refere mesmo sem atingir o ponto mais elevado da condição do homem livre que se reconhece no seu trabalho e na ampla coletividade livre.

Os comentários elogiosos de Marx a indivíduos dotados de talento criativo especial muitas vezes são tomados como referência de modelos de formação, por exemplo, quando Marx enaltece o relojoeiro Watt, o barbeiro Arkwright e o artífice de ourivesaria Fulton por terem descoberto, respectivamente, a máquina a vapor, o tear e o navio a vapor (Marx, 1989, p. 559). Esse reconhecimento da capacidade inventiva acima da média ou ao talento especial está longe de caracterizar uma formação omnilateral.

Esse tipo de capacidade criativa individual sempre existiu na história da humanidade. Em todas as épocas houve homens e mulheres cuja competência inventiva ultrapassava a média de seu tempo, mas não é a isto que se refere o conceito de omnilateralidade de Marx, ele remete ao campo vasto, complexo e variado das dimensões humanas: ética, afetiva, moral, estética, sensorial, intelectual, prática; no plano dos

gostos, dos prazeres, das aptidões, das habilidades, dos valores etc., que serão propriedades da formação humana em geral, desenvolvidas socialmente, portanto, não correspondem à genialidade de um indivíduo desenvolvido num determinado sentido especial ou ainda que seja em sentidos diversos.

Na consideração de Manacorda o conceito de omnilateralidade representa uma formação mais ampla, mais avançada, mas não antagônica ao metabolismo do capital, por isto, talvez, não haja necessidade da consideração das premissas materiais da construção do homem omnilateral - a criação de novas bases sociais que permitam o livre desenvolvimento das potencialidades humanas.

## Para saber mais

MANACORDA, M. A. *Marx e a Pedagogia Moderna*. São Paulo: Cortez, 1991.

MARX, K. *O Capital* - Para a Crítica da Economia Política. 13ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989, 6 vols.

\_\_\_\_\_. *Grundrisse 1857-1858*. In: MARX e ENGELS. *Obras fundamentais*. México - DF: Fondo de Cultura económica, 1985, vols. 6-7.

MARX e ENGELS. *Escritos de juventud*. In: MARX e ENGELS *Obras*



*fundamentales*. 1ª. Reimpresión. México - DF: Fondo de Cultura Económica, 1987, vol. 1.

NOGUEIRA, M. A. *Educação, saber, produção em Marx e Engels*. São Paulo: Cortez, 1990.

NOSELLA, P. *Trabalho e perspectivas de formação dos trabalhadores: para além da formação politécnica*. I Encontro Internacional de Trabalho e Perspectivas de Formação dos Trabalhadores. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 07 a 09 de setembro de 2006.

SAVIANI, D. Trabalho e Educação – Fundamentos histórico-ontológicos da

relação trabalho e educação. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, Anped, v.12, n.34, jan.-abr., 2007.

SOARES, R. Entrevista com Mário A. Manacorda. *Revista Novos Rumos*. Ano 19, nº. 41, 2004.

SOUSA Jr., J. de. *Sociabilidade e Educação em Marx*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação da UFC, Fortaleza, 1994.

\_\_\_\_\_. Politecnia e onilateralidade em Marx. *Trabalho & Educação*. Belo Horizonte: NETE, jan. jul., n. 5, p. 98-114, 1999.

# P

## PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Eduardo Navarro Stotz

**C**onceito genérico usado na Sociologia com o sentido de: **a)** integração, para indicar a natureza e o grau da incorporação do indivíduo ao grupo, e **b)** norma ou valor pelo qual se avaliam tipos de organização de natureza social, econômica, política, etc. (Rios, 1987).

O primeiro é o sentido amplo do termo e assinala a importância da adesão dos indivíduos na organização da sociedade. Do ponto de vista sociológico, participação é um conceito relacional e polissêmico, pois remete tanto à coesão social como à mudança social. A participação implica comportamentos e atitudes passivos e ativos, estimulados ou não. Na medida em que a ação mobiliza o sujeito do ponto de vista emocional, intuitivo e racional, a participação pode ser entendida como um princípio diretor do conhecimento, variável segundo os tipos de sociedade em cada época histórica.

No segundo sentido, mais estrito e de caráter político, participação sig-

nifica democratização ou participação ampla dos cidadãos nos processos decisórios em uma dada sociedade. Representa a consolidação, no pensamento social, de um longo processo histórico. Para os atenienses do século V a.c. a participação na *pólis* (cidade) era uma exigência da democracia (governo do povo, *demos*), independentemente do saber de cada um dos cidadãos sobre os assuntos de governo. Os homens livres que se abstinham de participar eram *idiótes* (idiotas), pois preferiam recolher-se à vida privada. Uma participação apática também era incompatível com o ideal de comunidade cidadã (Finley, 1988). Não por acaso o filósofo Aristóteles afirmou ser o homem um animal político – *ζῷον πολιτικόν*; esta concepção, apesar de excluir a história, declara a indissociabilidade de indivíduo, natureza e sociedade, e recusa, portanto, a idéia do indivíduo no estado de natureza, este ser abstrato, livre e racional pressuposto pela teoria do contrato

P

social na época das revoluções burguesas. O ideal democrático incorporado na cultura política burguesa foi, durante séculos, limitado aos homens de escolarização mais elevada e renda alta. Voto qualificado e associativismo restrito caracterizaram a democracia liberal até que os movimentos operários impuseram, em decorrência de prolongada luta, o regime de sufrágio universal e a liberdade de organização e expressão característica dos regimes democráticos vigentes a partir do século XX.

Participação tem, porém, um sentido especial, formulado por José Arthur Rios nos seguintes termos:

Lema e tópico central em programas e doutrinas reformistas generalizadas a partir dos anos 60, quando se pensou em contrapor à massificação, à centralização burocrática e aos monopólios de poder o princípio democrático segundo o qual todos os que são atingidos por medidas sociais e políticas devem participar do processo decisório, qualquer que seja o modelo político ou econômico adotado (Rios, 1987, p. 869).

Essa definição deixa patente que em matéria de ciência social todos os conceitos são alvos de interpretação à luz dos contextos nos quais foram ge-

rados. Como adverte Goldmann (1986), se todo fato social é histórico e vice-versa, não há fatos sociais sem as correspondentes doutrinas ou teorias por meio das quais se tornam conscientes. A primeira parte da frase pode ser entendida como uma crítica ao socialismo no contexto da ‘guerra fria’ (competição tecnológica e equilíbrio baseado no poder nuclear) entre EUA e URSS, países líderes dos dois sistemas, capitalista e socialista, em que se dividiu o mundo entre 1945 e 1989. Contudo, ao se examinar a segunda parte da frase, conclui-se que a crítica é extensiva àqueles países, situados no bloco capitalista, nos quais a burguesia nacional deteve um poder econômico e político tão concentrado que a democracia formal mal conseguia ocultar um governo ditatorial oligárquico em meio à sua situação generalizada de desigualdade e pobreza.

Nesse último contexto, a participação insere-se na proposta do governo dos Estados Unidos da América de ajuda econômica e social para a América Latina, efetuada entre os anos 1961 e 1970, na chamada Aliança para o Progresso. Como aponta Victor Vincent Valla, o programa reformista previa formas de participação voltadas para incluir populações no processo de industrialização e urbanização de países

capitalistas periféricos e dependentes, de modo a ampliar o mercado consumidor, aumentar a coesão social e atalhar, preventivamente, soluções revolucionárias como a tomada do poder pelos trabalhadores em Cuba, no ano de 1959, e a instauração do socialismo em 1961 (Valla, 1986). Durante esse período são cunhadas e encaminhadas diversas modalidades de participação, como ‘modernização’, ‘integração de grupos marginalizados’, ‘mutirão’ e ‘desenvolvimento comunitário’. Durante a ditadura militar no Brasil (1964-1984), foi criada pelo Exército a estratégia das Ações Cívico-Sociais, de atendimento às carências das populações ‘marginalizadas’ do desenvolvimento econômico permanente até nossos dias. Nos anos 1980, emerge a participação popular, distinta das anteriores por não estar mais vinculada ao processo de desenvolvimento capitalista e sim à formulação e implementação de políticas públicas afetas às classes trabalhadoras (Valla e Stotz, 1989; Valla, 1993).

Para esses autores, definir participação social implica entender as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem com o objetivo de “influenciar a formação, execução, fiscalização e avaliação de políticas públicas na área social (saúde, educação,

habitação, transporte, etc.)”. Tais ações expressam, simultaneamente, concepções particulares “da realidade social brasileira e propostas específicas para enfrentar os problemas da pobreza e exploração das classes trabalhadoras no Brasil” (Valla e Stotz, 1989, p. 6).

Percebe-se, portanto, como o conceito de participação, inclusive em sua acepção social, é solidário da problemática do poder, sob diferentes perspectivas políticas, mas sempre envolvendo uma ampliação ou restrição das necessidades individuais e coletivas dos que vivem às custas de seu próprio trabalho.

No sistema capitalista, o monopólio dos meios de produção estabelece uma distribuição primária da riqueza produzida que reproduz as condições de desigualdade, inclusive entre os próprios trabalhadores. A redistribuição da renda e a atenuação da desigualdade ocorrem apenas com a intervenção do Estado, diretamente como agente econômico ou indiretamente mediante impostos e taxas, tal como aconteceu na Europa no final da II Guerra Mundial sob o chamado Estado de Bem-Estar Social. Desde o final da década de 1970, porém, em decorrência da recessão econômica mundial e da ascensão eleitoral de governos conservadores com o argumento de que o Estado de Bem-Estar, ao

atender as demandas sociais, deprimia a capacidade de investimento e, conseqüentemente minava a base do sistema capitalista (Offe, 1984), esta situação praticamente foi revertida em benefício dos capitalistas. O sucesso deveu-se, dentre outras medidas denominadas neoliberais, ao primado novamente concedido às forças de mercado, à desestatização de setores econômicos, à descentralização da política pública para subníveis nacionais e à redução do gasto social.

O caso brasileiro parecia estar na contramão dessas tendências nos anos 1980-90, pois a Constituição de 1988 incorporou em seu texto demandas de cunho universalista em matéria de proteção social, a exemplo do direito à saúde. A convergência entre recessão econômica e democratização política, marcada pela onda de greves operárias entre 1978 e 1980, e pela participação em massa da população nas ruas entre 1982 e 1984, inviabilizou a adesão ao neoliberalismo por parte do primeiro governo civil após 20 anos de ditadura militar. Mas os avanços na universalização ficaram bastante comprometidos principalmente a partir de 1998, quando o governo de Fernando Henrique Cardoso introduziu a estabilização fiscal como princípio para ordenar o gasto social.

A propósito da participação social na saúde deve ser ressaltado que o texto da Constituição de 1988 é bastante limitado, pois ao se referir às diretrizes de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), menciona apenas ‘participação da comunidade’ que, na História do Brasil, faz parte de um ideário de participação limitada. O enfrentamento dessa limitação do texto constitucional evidencia-se na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”. Ao atribuir aos conselhos de saúde a função de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, o texto legal retoma a perspectiva ideológica da 8ª Conferência (Brasil, 1990). Esse processo é, na verdade, a culminação das lutas que caracterizaram o período da redemocratização política num amplo leque de experiências e reflexões de profissionais de saúde e lideranças populares, que nos anos 1976-1984 caracterizam a vertente popular da luta pelo direito à saúde (Stotz, 2005).

Uma avaliação inicial do processo de institucionalização do controle social do SUS com base nas conferên-



cias de saúde e da criação e atuação dos conselhos de saúde, feita por Stotz (2006) aponta para as dificuldades das conferências de saúde se constituírem em instâncias populares para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de governo (municipal, estadual e federal) conforme os termos da Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Tais dificuldades devem-se principalmente ao processo de sua convocação a partir do Estado e do encaminhamento ascendente de suas deliberações sem lograr consensos para a ação em cada nível de organização (municipal, estadual, federal). Quanto aos conselhos de saúde, a maioria não conseguiu cumprir a função de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente. Essa tem sido essencialmente uma função dos secretários municipais e estaduais de saúde. O formato das conferências contribui também para esse resultado.

Por outro lado, em que pesem os interesses e tentativas de capacitação de conselheiros para a fiscalização das políticas, principalmente no que diz respeito ao gasto em saúde, ainda se trata de um tema fora do alcance dos conselhos de saúde. Sabemos que a regulação na saúde, tanto do setor pú-

blico como do privado, se dá à margem das instâncias de controle social do SUS: é uma atribuição das comissões intergestoras bipartites (secretarias municipais e estaduais de saúde) e tripartites (secretarias municipais e estaduais e Ministério da Saúde).

As limitações apontadas têm como pano de fundo uma conjuntura adversa aos movimentos populares. Nos anos da década de 1990, houve uma desmobilização relativa desses movimentos num contexto de fragmentação das lutas e ‘demissão’ do Estado (Bourdieu, 2001). Entretanto, foi nessa conjuntura que aconteceu a criação de 90% dos conselhos de saúde no país, num processo de instituição do controle social a partir do Estado. Lembre-se, a propósito, que a criação dos conselhos de saúde passou a ser uma condição legal para a municipalização dos serviços com a transferência de recursos por meio dos fundos públicos (Carvalho, 1995).

As conferências de saúde e a estrutura dos conselhos, apesar das dificuldades e limitações apontadas, constituem um campo político que expressa, nas circunstâncias da conjuntura da saúde, uma aliança entre profissionais de saúde e usuários em contraposição à ofensiva neoliberal tal como referida na experiência da Inglaterra por Desmond S. King (1988).

## Para saber mais:

BOURDIEU, P. *Contrafogos 2: por um movimento social europeu*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. 53 p.

BRASIL. *Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm>. Acesso em: 04 dez. 2007.

CARVALHO, A. I. de. *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase; IBAM, p. 19-33. 1995.

FINLEY, M. I. *Democracia antiga e moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1988, 192 p.

FREIRE, P. *A educação na cidade*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

GOLDMANN, L. *Ciências Humanas e Filosofia. O que é a Sociologia?* 10ª ed. São Paulo: DIFEL, 1986. 118 p.

KING, D. S. O Estado e as Estruturas Sociais de Bem-Estar em Democracias Industriais Avançadas. *Novos Estudos*, 22: 53-76, out. 1988.

OFFE, C. A ‘ingovernabilidade’: sobre o renascimento das teorias conservadoras da crise. In: OFFE C. *Problemas estruturais do estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, p. 235-260. 1984.

RIOS, J. A. Participação. In: SILVA, B. (coord.). *Dicionário de Ciências Sociais*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora da FGV, p. 869-70, 1987.

STOTZ, E. N. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise da experiência nas décadas de 1970 e 1980. *Trabalho, Educação e Saúde*, v.3, n1. p. 9-30, 2005. Disponível em <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/> . Acesso em: 04 fev. 2007.

\_\_\_\_\_. Trajetórias, limites e desafios do controle social do SUS. *Saúde em Debate*, 30 (73/74): p. 149-160, 2006.

VALLA, V. V. *Educação e favela: políticas para as favelas do Rio de Janeiro, 1940-1985*. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986. 212 p.

\_\_\_\_\_. Participação popular e saúde: a questão da capacitação técnica no Brasil. In: VALLA, V. V. e STOTZ E. N. (Orgs.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, p 55-86, 1993.

\_\_\_\_\_ e STOTZ, E. N. *Participação popular e saúde*. Série Saúde e Educação. Petrópolis: Centro de Defesa de Direitos Humanos; Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina. 1989, 39 p.

## PEDAGOGIA DAS COMPETÊNCIAS

*Marise Nogueira Ramos*

A noção de competências é de tal forma polissêmica que poderíamos arrolar aqui um conjunto de definições a ela conferida. Uma das definições comumente usadas considera a ‘competência’ como o conjunto de conhecimentos, qualidades, capacidades e aptidões que habilitam o sujeito para a discussão, a consulta, a decisão de tudo o que concerne a um ofício, supondo conhecimentos teóricos fundamentados, acompanhados das qualidades e da capacidade que permitem executar as decisões sugeridas (Tanguy & Ropé, 1997). Outras definições, propostas por Zarifian (1999, p. 18-19) em sua principal obra sobre o tema são: “a competência é a conquista de iniciativa e de responsabilidade do indivíduo sobre as situações profissionais com as quais ele se confronta”; “a competência é uma inteligência prática das situações que se apóiam sobre os conhecimentos adquiridos e os transformam, com tanto mais força quanto a diversidade das situações aumenta”; “competência é a faculdade de mobilizar os

recursos dos atores em torno das mesmas situações, para compartilhar os acontecimentos, para assumir os domínios de corresponsabilidade”.

Ao ser utilizada no âmbito do trabalho, essa noção torna-se plural – ‘competências’ –, buscando designar os conteúdos particulares de cada função em uma organização de trabalho. A transferência desses conteúdos para a formação, orientada pelas competências que se pretende desenvolver nos educandos, dá origem ao que chamamos de ‘pedagogia das competências’, isto é, uma pedagogia definida por seus objetivos e validada pelas competências que produz.

A emergência da ‘pedagogia das competências’ é acompanhada de um fenômeno observado no mundo produtivo – a eliminação de postos de trabalho e redefinição dos conteúdos de trabalho à luz do avanço tecnológico, promovendo um reordenamento social das profissões. Este reordenamento levanta dúvidas sobre a capacidade de sobrevivência de profissões bem delimitadas, ao mesmo

P

tempo em que fica diminuída a expectativa da construção de uma biografia profissional linear, do ponto de vista do conteúdo, e ascendente, do ponto de vista da renda e da mobilidade social. Pode-se falar da crise do valor dos diplomas, os quais perdem importância para a qualificação real do trabalhador, promovida pelo encontro entre as competências requeridas pelas empresas e adquiridas pelo trabalhador, capazes de serem demonstradas na prática (Paiva, 1997).

Enquanto o conceito de qualificação se consolidou como um dos conceitos-chave para a classificação dos empregos, por sua multidimensionalidade social e coletiva, apoiando-se especialmente, mas sem rigidez, na formação recebida inicialmente, as competências aparecem destacando os atributos individuais do trabalhador. Segundo o discurso contemporâneo das empresas, o apelo às competências requeridas pelo emprego já não está ligado (ao menos formalmente) à formação inicial. Ou, em outras palavras, as práticas cognitivas dos trabalhadores, necessárias e relativamente desconhecidas, podem não ser representadas pelas classificações profissionais ou pelos certificados escolares. Essas competências podem ter sido adquiridas em empregos anteriores, em

estágios, longos ou breves, de formação contínua, mas também em atividades lúdicas, de interesse público fora da profissão, atividades familiares etc.

As competências, a partir de procedimentos de avaliação e de validação, passam a ser consideradas como elementos estruturantes da organização do trabalho que outrora era determinada pela profissão. Enquanto o domínio de uma profissão, uma vez adquirido, não pode ser questionado (no máximo, pode ser desenvolvido), as competências são apresentadas como propriedades instáveis dentro e fora do exercício do trabalho. Isso quer dizer que uma gestão fundada nas competências encerra a idéia de que um assalariado deve se submeter a uma validação permanente, dando constantemente provas de sua adequação ao posto de trabalho e de seu direito a uma promoção. Tal gestão pretende conciliar o tempo longo das durações de atividades dos assalariados com o tempo curto das conjunturas do mercado, das mudanças tecnológicas, tendo em vista que qualquer ato de classificação pode ser revisado. Assim, a extensão das práticas de avaliação e de validação executadas por especialistas detentores de técnicas relativamente independentes da atividade avaliada efetua-se por referência à instituição escolar,

dela separando-se simultaneamente, de uma maneira radical: com efeito, o diploma é um título definitivo, mesmo que seu valor possa variar no mercado, ao passo que a validação das aquisições profissionais – as competências – é sempre incerta e temporária (Tanguy & Ropé, 1997).

A abordagem profissional pelas competências pretende, então, liberar a classificação e a progressão dos indivíduos das classificações dos postos de trabalho, a partir da construção de um conjunto de instrumentos destinados a objetivar e a medir uma série de dados necessários à aplicação dessa lógica. Com isso, a evolução das situações de trabalho e a definição dos empregos ocorrem muito mais em função dos arranjos individuais do que das classificações ou da gestão dos postos de trabalho a que se referiam as qualificações. As potencialidades do pessoal são colocadas no centro da divisão do trabalho, tornando-se um instrumento indispensável das políticas da empresa.

Esse deslocamento da qualificação para as competências no plano do trabalho produziu, no plano pedagógico, outro deslocamento, a saber: do ensino centrado em saberes disciplinares para um ensino definido pela produção de competências verificáveis em situações e tarefas específicas e que visa

a essa produção, que caracteriza a ‘pedagogia das competências’. Essas competências devem ser definidas com referência às situações que os alunos deverão ser capazes de compreender e dominar. A ‘pedagogia das competências’ passa a exigir, então, tanto no ensino geral quanto no ensino profissionalizante, que as noções associadas (saber, saber-fazer, objetivos) sejam acompanhadas de uma explicitação das atividades (ou tarefas) em que elas podem se materializar e se fazer compreender, explicitação esta que revela a impossibilidade de dar uma definição a essas noções separadamente das tarefas nas quais elas se materializam.

A afirmação desse modelo no ensino técnico e profissionalizante é resultado de um conjunto de fatores que expressam o comprometimento dessa modalidade de ensino com o processo de acumulação capitalista, que impõe a necessidade de justificar a validade de suas ações e de seus resultados. Além disso, espera-se que seus agentes (professores, gestores, estudantes) não mantenham a mesma relação com o saber que os professores de disciplinas academicamente constituídas, de modo que a validade dos conhecimentos transmitidos seja aprovada por sua aplicabilidade ao exercício de ativida-

des na produção de bens materiais ou de serviços. A ‘pedagogia das competências’ é caracterizada por uma concepção eminentemente pragmática, capaz de gerir as incertezas e levar em conta mudanças técnicas e de organização do trabalho às quais deve se ajustar.

Essa redefinição pedagógica somente ganha sentido mediante o estabelecimento de uma correspondência entre escola e empresa. Para isso constroem-se os chamados referenciais, em alguns países, a exemplo da França, chamados de referenciais de diploma, para a escola, e de referenciais de emprego ou de atividades profissionais, para a empresa. No Brasil, esses referenciais se equivalem às diretrizes e aos referenciais curriculares nacionais produzidos pelo Ministério da Educação para a escola, enquanto no mundo do trabalho aplica-se a Classificação Brasileira de Ocupações, produzida pelo Ministério do Trabalho. Tais referenciais, que tomam as competências como base, são, supostamente, as ferramentas de comunicação entre os agentes da instituição escolar e os representantes dos meios profissionais. Constituem-se também como suportes principais de avaliação tanto na formação inicial e continuada quanto no ensino técnico, com o intuito de per-

mitir a correlação estreita entre a oferta de formação e a distribuição das atividades profissionais.

Além de atender o propósito de reordenar a relação entre escola e emprego, a ‘pedagogia das competências’ visa também a institucionalizar novas formas de educar os trabalhadores no contexto político-econômico neoliberal, entremeado a uma cultura chamada de pós-moderna. Por isto, a ‘pedagogia das competências’ não se limita à escola, mas visa a se instaurar nas diversas práticas sociais pelas quais as pessoas se educam. Nesse contexto, a noção de competência vem compor o conjunto de novos signos e significados talhados na cultura expressiva do estágio de acumulação flexível do capital, desempenhando um papel específico na representação dos processos de formação e de comportamento do trabalhador na sociedade.

Assim, o desenvolvimento de uma pedagogia centrada nessa noção possui validade econômico-social e também cultural, posto que à educação se confere a função de adequar psicologicamente os trabalhadores aos novos padrões de produção. O novo senso comum, de caráter conservador e liberal, compreende que as relações de trabalho atuais e os mecanismos de in-

clusão social se pautam pela competência individual.

A competência, inicialmente um aspecto de diferenciação individual, é tomada como fator econômico e se reverte em benefício do consenso social, envolvendo todos os trabalhadores supostamente numa única classe: a capitalista; ao mesmo tempo, forma-se um consenso em torno do capitalismo como o único modo de produção capaz de manter o equilíbrio e a justiça social. Em síntese, a questão da luta de classe é resolvida pelo desenvolvimento e pelo aproveitamento adequado das competências individuais, de modo que a possibilidade de inclusão social subordina-se à capacidade de adaptação natural às relações contemporâneas. A flexibilidade econômica vem acompanhada da psicologização da questão social.

A noção de competência situa-se, então, no plano de convergência entre a teoria integracionista da formação do indivíduo e da teoria funcionalista da estrutura social. A primeira demonstra que a competência torna-se uma característica psicológico-subjetiva de adaptação do trabalhador à vida contemporânea. A segunda situa a competência como fator de consenso necessário à manutenção do equilíbrio da estrutura social, na medida em que o

funcionamento desta última ocorre muito mais por fragmentos do que por uma seqüência de fatos previsíveis.

O processo de construção do conhecimento pelo indivíduo, por sua vez, seria o próprio processo de adaptação ao meio material e social. Nesses termos, o conhecimento não resultaria de um esforço social e historicamente determinado de compreensão da realidade para, então, transformá-la, mas sim, das percepções e concepções subjetivas que os indivíduos extraem do seu mundo experiencial. O conhecimento ficaria limitado aos modelos viáveis de interação com o meio material e social, não tendo qualquer pretensão de ser reconhecido como representação da realidade objetiva ou como verdadeiro.

A validade do conhecimento assim compreendido é julgada, portanto, por sua viabilidade ou por sua utilidade. Predomina, então, uma conotação utilitária e pragmática do conhecimento. Suas viabilidade e utilidade, muito além de serem consideradas históricas, são tidas como contingentes. Ou seja, não existe qualquer critério de objetividade, de totalidade ou de universalidade para julgar se um conhecimento ou um modelo representacional é válido, viável ou útil.

Com isto, o carácter histórico-ontológico do conhecimento é substituído pelo carácter experiencial. Essa

concepção de conhecimento, às vezes chamada de epistemologia experiencial ou epistemologia socialmente construtivista é, na verdade, uma epistemologia ‘adaptativa’, visto que seu fundamento axiológico vincula-se a essa função. As categorias objetivo e subjetivo se fundem indistintamente no processo de inteiração, superando proposições de certeza e de universalidade em benefício da particularidade, da indeterminação e da contingência do conhecimento. Em outras palavras, o sentido e o valor de qualquer representação do real dependeria do ponto a partir do qual se vê o real – relativismo – e de quem o vê – subjetivismo. Isto implica romper com a epistemologia moderna em favor de uma epistemologia que compõe o universo ideológico pós-moderno.

A ‘pedagogia das competências’ reconfigura, então, o papel da escola. Se a escola moderna comprometeu-se com a sustentação do núcleo básico da socialização conferido pela família e com a construção de identidades individuais e sociais, contribuindo, assim, para a identificação dos projetos subjetivos com um projeto de sociedade; na pós-modernidade a escola é uma instituição mediadora da constituição da alteridade e de identidades autônomas e flexíveis, contri-

buindo para a elaboração dos projetos subjetivos no sentido de torná-los maleáveis o suficiente para se transformarem no projeto possível em face da instabilidade da vida contemporânea. Atuar na elaboração dos projetos possíveis é construir um novo profissionalismo que implica preparar os indivíduos para a mobilidade permanente entre diferentes ocupações numa mesma empresa, entre diferentes empresas, para o subemprego, para o trabalho autônomo ou para o não-trabalho. Em outras palavras, a ‘pedagogia das competências’ pretende preparar os indivíduos para a adaptação permanente ao meio social instável da contemporaneidade.

#### Para saber mais:

CARDOSO, A. et al. Trajetórias ocupacionais, desemprego e empregabilidade. Há algo de novo na agenda dos estudos sociais do trabalho no Brasil? *Contemporaneidade e Educação*, Ano II, 1: 52-67, maio, 1997.

CASALI, A. et al. *Empregabilidade e Educação: novos caminhos no mundo do trabalho*. São Paulo: Educ, 1997.

DELUIZ, N. *Formação do Trabalhador: produtividade & cidadania*. Rio de Janeiro: Shape Ed., 1995.



DESAULNIERS, J. B. R. *Formação & Trabalho & Competências*. Rio Grande do Sul: Edipucrs, 1998.

HIRATA, H. Da polarização das qualificações ao modelo da competência. In: FERRETI, C. et al. (Orgs.) *Tecnologias, Trabalho e Educação: um debate multidisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 1994.

PAIVA, V. Desmistificações das profissões: quando as competências reais moldam as formas de inserção no mundo do trabalho. *Contemporaneidade e Educação*, Ano II, 1: 19-37, maio, 1997.

RAMOS, M. N. *Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001.

TANGUY, L. & ROPÉ, F. (Orgs.) *Saberes e Competências: o uso de tais noções na escola e na empresa*. São Paulo: Papirus, 1997.

ZARIFFIAN, P. *Objective Comptence*. Paris: Liasion, 1999.

## PEDAGOGIA DE PROBLEMAS

Suzana Lanna Burnier Coelho

P

A idéia da utilização pedagógica de problemas sobre algum assunto a ser resolvido pelos aprendizes não é nova. Stanic e Kilpatrick (1989) recuperam coleções de problemas tanto de manuscritos egípcios de 1650 a.C. quanto de documentos chineses de 1000 a.C. No âmbito da escola moderna, na virada do século XIX para o século XX, principalmente a partir das idéias de John Dewey, que tal proposta começa a ser sistematizada e implantada. Entretanto, sofre certo arrefecimento sendo retomada a partir dos anos 80 do século XX.

No Brasil, apesar do impacto das pedagogias progressistas em torno das décadas de 1950 e 1960 pouco se efetivou em termos de desenvolvimento de propostas e práticas curriculares baseadas em resolução de problemas nos termos propostos por Dewey. A partir dos anos 90, entretanto, diversas instituições de ensino superior vêm resgatando tal proposta, além de autores diversos nas áreas de didáticas específicas (de matemática, de química, de física etc). Esse movimento dos anos 90 iniciou-se no exterior, nas escolas médicas de McMaster, no Cana-

dá e de Maastricht, na Holanda, e ainda nas escolas de Albuquerque, de Harvard e do Hawái, nos Estados Unidos, entre outras. Mais recentemente, diversas escolas vêm resgatando essa perspectiva pedagógica, tanto na educação básica quanto na profissional e também na educação superior.

Atendo-nos apenas ao desenvolvimento moderno da metodologia, podemos constatar que, ao longo do século XIX, vai-se formando uma postura crítica da concepção dita tradicional de educação, voltada para a formação espiritual e moral do indivíduo. Zanotto e De Rose (2003) identificam quatro autores, representativos de abordagens diversas da problematização como atividade de ensino-aprendizagem: Dewey, Saviani, Paulo Freire e Ausubel. É importante perceber que podem haver diferentes abordagens metodológicas de tal atividade, dependendo da filiação filosófico-ideológica do autor ou de quem aplica tais propostas.

O pragmatismo de Dewey (1859-1952), grande filósofo americano da educação, que nos anos 30 do século XX propugnava uma educação estreitamente ligada às demandas concretas da vida social. Apesar de não utilizar com frequência o termo ‘resolução de problemas’, e sim falar de pensamento

reflexivo, a ‘pedagogia de problemas’ era, para Dewey, a essência do pensamento humano, uma vez que a

instrução em matéria que não se relacione com qualquer problema já abordado na própria experiência do estudante, ou que não seja apresentado para resolver um problema é pior do que inútil para propósitos intelectuais. Na medida em que não entra em qualquer processo de reflexão, é desnecessária; mantém-se em mente como madeiras e escombros sem préstimo, é uma barreira, um obstáculo no caminho do pensamento efectivo quando o problema surge (Dewey, 1910, p. 199)

Para Saviani, a problematização deve-se inserir na perspectiva do materialismo histórico-dialético, com seus requisitos de radicalidade, rigor e globalidade, dialeticamente articulados entre si, enfatizando o ‘sujeito cognoscente’.

Já Paulo Freire, mesmo que ressaltando, como Dewey, a origem real dos problemas propostos, destaca a necessidade de um compromisso com a transformação da realidade estudada, pela ação do sujeito. Daí sua ênfase recair sobre o ‘sujeito prático’, enfatizado pela abordagem sociocultural.

A perspectiva cognitivista, por sua vez, enfatiza o ‘sujeito aprendente’: aquele que aprende a aprender. Dentre

outros autores que trabalham nessa perspectiva, Ausubel ressalta a importância do desenvolvimento de capacidades mentais ou cognitivas e defende que a ação de problematizar é passível de aprendizagem e que, nesse processo, desenvolvem-se níveis altamente elaborados de atividade cognitiva.

É importante que se faça uma distinção entre uma ‘pedagogia de problemas’ e a adoção da ‘técnica de problemas’ no ensino. Uma ‘pedagogia de problemas’ implicaria, *stricto sensu*, a construção de um currículo baseado em problemas, ou seja, toda uma proposta de trajetória formativa centrada na resolução de problemas. Essa abordagem seria então o eixo norteador da organização dos tempos e espaços escolares, das disciplinas e das relações sociais no processo educativo. Tal abordagem implica uma organização multidisciplinar do currículo, confrontando os estudantes com situações-problema como as que encontrarão na ‘vida real’. Engel (1991) aponta para a necessidade de escolher conteúdos e métodos adequados a tal proposta, o que levaria à adoção, no currículo, dos seguintes princípios de aprendizagem:

- a aprendizagem será cumulativa: nenhum tópico será abordado de forma completa e definitiva, mas sim reintroduzido repetidamente;
- a aprendizagem deve ser integrada: os conteúdos não devem ser apresentados isoladamente, mas disponibilizados para estudo na medida em que se relacionam ao problema;
- a aprendizagem deverá ser progressiva: as habilidades requeridas vão-se transformando à medida que os alunos amadurecem.
- a aprendizagem será consistente: os objetivos da aprendizagem baseada em problemas deverão ser operacionalizados nas diversas facetas do currículo, como, por exemplo, na relação entre ensino e avaliação.

Já a ‘técnica de problemas’ é a aplicação mais ou menos esporádica de estratégias, recursos e procedimentos organizados em torno de uma determinada situação-problema, independente do tipo de organização curricular em que tal técnica é aplicada. Entre esses dois pólos, há, obviamente, um gradiente de opções de intensidades e intencionalidades de aplicação da lógica de resolução de problemas como estratégia de ensino-aprendizagem.

De qualquer forma, é necessária a definição, em primeiro lugar, do que sejam ‘problemas’ pedagogicamente relevantes, diferenciando-os de meros ‘exercícios’. Os exercícios seriam atividades de aprendizagem para as quais o sujeito já dispõe das estratégias de solução e en-



tão as aplica às situações propostas. Já o ‘problema’ é uma situação apresentada em um estado inicial, que se deseja avançar para outro estágio, mas não havendo, *a priori*, uma estratégia direta e óbvia para deslocar-se de um estado ao outro (Mayer, 1992). Destaca-se nessa concepção o caráter de ineditismo da situação para o sujeito, segundo o qual, a solução do problema nunca está imediatamente disponível, ainda que, ao se deparar com um problema, o sujeito recorra a esquemas que já possui e que lhe permitem formar uma representação apropriada da situação (Alves & Brito, 2003).

A partir dessa definição, podemos então analisar o processo de desenvolvimento de uma atividade baseada na solução de problemas. É vasta a literatura e são inúmeros os sítios da internet onde se encontra tal tipo de orientação. Dentre as diversas sugestões de procedimentos, encontram-se os famosos ‘Sete passos da aprendizagem baseada em problemas’:

1. Escolhe-se um coordenador e um secretário para cada sessão. O coordenador e o grupo lêem o problema. O coordenador pergunta se alguém não entendeu algum termo do problema. Tudo deve ser esclarecido nesse momento;

2. O coordenador pede ao grupo para expressar como eles compreende-

ram a apresentação do problema. Nesse momento, os estudantes não têm ainda indícios sobre a profundidade de conhecimentos inerentes à descrição do problema, mas isso ficará mais claro no decorrer do processo. Algumas respostas, assim, poderão ser inadequadas, mas isso não importa agora. O educador deverá resistir ao impulso de oferecer qualquer forma de explicação ou de transmissão de conhecimento, permitindo que as dúvidas invadam o pensamento dos alunos;

3. Desenvolve-se uma sessão de *brainstorming* para avaliar o que é conhecido (ou julgado conhecido) sobre o assunto (conhecimentos prévios);

4. Registram-se os pontos-chave do que foi discutido. Elabora-se então uma lista do que é sabido sobre o assunto, o que é desconhecido, o que está pouco claro e que precisa ser investigado em mais detalhes. Tudo isso é feito para ajudar o grupo a compreender os aspectos relativos ao problema;

5. O grupo deverá combinar seus objetivos de aprendizagem e tarefas que eles deverão colocar em prática antes do próximo encontro, o que será sistematizado pelo secretário e disponibilizado a todos;

6. Estudo individual – os membros do grupo coletam as informações identificadas no item 5. São possíveis dois

caminhos: cada aluno se encarrega de algumas das questões a serem estudadas ou então todos se encarregam de todas as questões. A segunda opção demanda mais tempo, entretanto, a primeira opção pode resultar em lacunas na compreensão e aprendizagem de alguns alunos. O educador deverá prover uma lista de referências para orientar os alunos em suas pesquisas;

7. O grupo se encontra pela segunda vez. São lidos os objetivos estabelecidos, e cada estudante tem a oportunidade de apresentar sua pesquisa para os demais. O secretário anota todas as informações relevantes. Isso pode ser feito na assembléia ou em pequenos grupos.

Em todos os encontros cada aluno deverá entregar uma folha com resumo de suas pesquisas e anotações para avaliação. O educador também pode identificar outros critérios para avaliar o aluno: participação nas discussões, papel como secretário ou coordenador, qualidade da pesquisa individual realizada, e outros. Para evitar ausência, a presença poderá ser valorizada na avaliação final.

Ao final do processo, o secretário prepara uma súmula da investigação e das conclusões, que deve ser disponibilizada para cada membro do grupo. Se houveram diversos grupos

de solução de problemas (muitas instituições subdividem as turmas em grupos com cerca de 12 alunos), poderá haver uma apresentação das descobertas de cada grupo. Nesse momento é interessante fazer uma discussão sobre os motivos de se ter chegado a diferentes soluções para o mesmo problema e o que se pode aprender de cada uma dessas diferentes soluções. O tutor pode, nesse momento, fazer uma exposição demonstrando como conceitos relativos a aspectos diversos do problema podem ser usados para analisá-lo. Essa exposição pode ajudar os estudantes a observar como conhecimentos relacionados a uma situação-problema podem ser transferidos para outras situações. O ciclo continua então com a apresentação de outro problema estimulante.

Vê-se, assim, que a proposta tem grandes potencialidades. Diversos artigos publicados em periódicos tanto na área da educação como em outras áreas de formação que também vêm utilizando a metodologia relatam experiências bem sucedidas com a mesma. Entretanto, como qualquer proposta pedagógica, a aprendizagem baseada em problemas tem suas limitações. Em primeiro lugar, os estudantes, habituados às aulas expositivas tradicionais podem se sen-

tir pouco confortáveis diante da proposta. Está a cargo dos professores convencê-los de que eles são pesquisadores em busca de informações e soluções para problemas que não têm, obrigatoriamente, uma ‘resposta certa’. Por isso é importante preparar os professores para adotar novas perspectivas em sala de aula, quando trabalhando com ambientes de ensino-aprendizagem baseados em problemas. Além disso, o ritmo do trabalho nessa perspectiva é diferente, o que traz de volta a velha tensão pedagógica entre volume de conhecimentos trabalhados e qualidade da aprendizagem. Há diversas maneiras de contornar essa limitação, provendo volume de conhecimentos, ainda que menos aprofundados, através de outras estratégias paralelas.

Do ponto de vista dos professores, transitar por novas abordagens pedagógicas pode gerar incertezas e certamente eles se verão diante de situações de imprevisibilidade e risco. Se os estudantes não são familiarizados com a metodologia, eles aprenderão menos no início, e essa familiaridade pode levar um ano e gastar mais energia do professor. Professores que se iniciam nessa abordagem poderão se sentir tentados a oferecer aos estudantes as variáveis-chave, excessiva in-

formação ou uma simplificação de problemas, mas descobrirão que cenários e problemas complexos aumentam o engajamento dos estudantes com a questão. Por outro lado, os professores se verão agora num ambiente de sala de aula estimulante, significativo, recompensador e que pode se transformar numa das experiências mais gratificantes dos docentes. Outros desafios são a construção de um banco de problemas relevantes e o gerenciamento de pessoas e grupos, uma vez que as turmas não são mais platéias que escutam, mas grupos que interagem ativamente com vistas a um resultado. O professor deve ser preparado para todas essas ações em sala.

Uma outra variante dessa metodologia é a da ‘problematização’ (Berbel, 1998). Sua especificidade é que, nesse caso, o problema não é apresentado aos alunos pelo professor ou tutor, mas sistematizado pelos próprios alunos a partir da observação da realidade social. Ainda que seja definido um tópico de estudo referente ao qual a ida dos alunos a campo será organizada, são os próprios alunos que identificarão dificuldades, carências, discrepâncias a serem transformadas em problemas que serão, por sua vez, analisados à luz da teoria, dando origem a projetos de intervenção prática. Essa

metodologia tem como ponto de destaque sua capacidade de preparar o estudante para tomar consciência de seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo, sendo assim uma das aplicações da pedagogia de Paulo Freire, já mencionada.

Optando-se pela ‘problematização’ ou pela aprendizagem baseada em problemas como metodologia estruturante de toda a proposta curricular ou, em outro caso, pela utilização esporádica e individualizada da técnica de problemas, possibilitamos, como foi visto, em distintos graus e direções, o desenvolvimento de inúmeras capacidades dos estudantes dificilmente estimuláveis através do método expositivo tradicional. Cabe a cada projeto pedagógico definir em que nível de abrangência a perspectiva será adotada e compete ainda prover a capacitação docente e os recursos (tempos, espaços e materiais) necessários à sua implementação que deve ser cuidadosamente planejada e avaliada.

Para concluir, não podemos deixar de lembrar os sérios alertas que nos faz Duarte (2001) quando, analisando as pedagogias do “aprender a aprender”, alerta para os riscos de se tomar tal perspectiva como a solução para os graves desafios da sociedade contem-

porânea e do mercado de trabalho. Duarte denuncia o uso de perspectivas pedagógicas por aqueles que pretendem manter o modelo social atual, excludente e concentrador, fora da crítica, centrando as discussões em propostas milagrosas de formação de indivíduos que estariam, a partir disso, capacitados para alcançarem sucesso na sociedade e no mercado de trabalho. Duarte também denuncia o velho risco de se enfatizarem as metodologias em detrimento do acesso a sólidos conteúdos teóricos e reafirma a necessidade de se integrarem conteúdo e forma e de que tal integração deve ter como referência as reais contradições da sociedade capitalista e de seu cada vez mais precário e reduzido mercado de trabalho.

### Para saber mais:

ALVES, E. V. & BRITO, M. R. F. Algumas considerações sobre a solução de problemas. In: Encontro Brasileiro de Estudantes de Pós-graduação em Educação Matemática, 2003, Rio Claro. *Anais...* Rio Claro, 2003.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface* –

*comunicação, saúde e educação*, 1(2): 139-154, fev., 1998.

DEWEY, J. *How We Think*. Boston: Heath, 1910.

DUARTE, N. *Sociedade do Conhecimento ou Sociedade das Ilusões? Quatro Ensaios Crítico-Dialéticos em Filosofia da Educação*. Campinas: Autores Associados, 2003.

ENGEL, C. E. Nor just a method but a way of learning. In: BOUD, D. & FELETTI, G. (Eds.) *The Challenge of Problem-Based Learning*. London: Kogan Page, 1991.

GAGNÉ, R. M. *Como se Realiza a Aprendizagem*. Tradução de T. M. R. Tovar. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 1974.

MAYER, R. E. *Thinking, Problem Solving, Cognition*. New York: W. H. Freeman and Company, 1992.

STANIC, G. M. A. & KILPATRICK, J. Historical perspectives on problem solving mathematics curricula. In: CHARLES, R. I. & SILVER, E. A. (Eds.) *The Teaching and Assessment of Mathematical Problem Solving*. Reston, VA: NCTM e Lawrence Erlbaum, 1989.

ZANOTTO, M. A. do C. & DE ROSE, T. M. S. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. *Educ. Pesqui.*, 29(1): 45-54, jan.-jun., 2003.

## PLANEJAMENTO DE SAÚDE

*Francisco Javier Uribe Rivera*

O Planejamento de Saúde surge na América Latina na década de 1960, sob a influência da teoria desenvolvimentista da Comissão Econômica para América Latina (Cepal). Esse último organismo internacional prega a partir de 1950 uma política de substituição de importações para os países da área, como condição para a superação do diagnóstico da deterioração dos termos de troca entre países

centrais e periféricos e para o logro do desenvolvimento. Nesse contexto, ao planejamento é atribuído o papel de elemento de racionalização da política substitutiva a ser operada pelo Estado. O desenvolvimento é visto inicialmente como expansão do crescimento econômico, mas a partir de 1960 ao mero crescimento é acrescentado o objetivo da redistribuição por meio do desenho racional e da implementação de políti-



cas sociais. Desse modo, o desenvolvimento integrado é o cenário discursivo em que aparece o Planejamento de Saúde, representado por um esforço metodológico desenvolvido pelo Centro de Desenvolvimento (Cendes), órgão criado na Venezuela (junto à Universidade Central) e apoiado pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS).

O método Cendes-OPAS (1965) é um enfoque sistêmico de Programação de Recursos de Saúde, atrelado a uma sorte de análises de custo-benefício. Contempla uma proposta de priorização dos danos à saúde que tende a privilegiar os danos que apresentam um custo relativo menor por morte evitada. O raciocínio básico do método é o da eficiência, evidenciado pela proposta de programação de recursos que consiste em um esforço de normatização econômica dos instrumentos (ou recursos nucleares) que realizam as atividades de saúde. Esse processo normatizador visa a aumentar as atividades e, simultaneamente, reduzir os custos, neste último caso, por meio de uma atuação sobre a composição quantitativa dos instrumentos ou sobre a combinação de recursos que compõem os instrumentos.

O método tem vários méritos, como por exemplo, o privilégio con-

cedido pela proposta de priorização de danos à prevenção; a proposta de uma atuação integrada, sistêmica; o estímulo à formulação de sistemas de custos, etc. Mas, a sua possibilidade de aplicação revelou-se muito precária devido ao baixo poder de interferência do Estado sobre o setor, dominado em boa parte por interesses privados.

A avaliação do método questionou a omissão dos aspectos políticos inerentes à problemática institucional do setor, como o financiamento, a falta de coordenação dos serviços, a baixa capacidade de regulação do Estado, a baixa capacidade de governo, o nível de privatização, etc. O fato é que esse método foi qualificado como excessivamente tecnocrático, economicista, representando uma ilustração do paradigma normativo do planejamento.

Todos os esforços realizados pelos organismos internacionais de pesquisa e ensino se centraram a partir de então na formulação de enfoques que situaram o planejamento como elemento auxiliar das políticas, como fenômeno político. O primeiro marco dessa evolução está representado pelo documento 'Formulação de Políticas de Saúde' (1975) do Centro Panamericano de Planejamento de Saúde (CPPS). Ele concebe o Planejamento como um processo que, embora

dominado pelo Estado, supõe a mobilização de vários atores, e, introduz a necessidade da análise de viabilidade política e da estratégia.

O Planejamento normativo cede o lugar ao Planejamento estratégico. Os dois maiores expoentes dessa corrente são: Carlos Matus (1993; 1997) e Mário Testa (1987).

Matus apresenta uma dupla contribuição:

- O modelo de processamento de problemas e soluções, que corresponde à sua proposta de planejamento estratégico. Apoiado nas teorias da situação, da produção social e da ação interativa, Matus constrói um protocolo de processamento de problemas que supõe 04 momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Com elementos de cálculo de cenários e um sofisticado instrumental de análise estratégica, o autor propõe um modelo de planejamento criativo, flexível e interativo.
- Uma proposta de direção estratégica para a administração pública, que consiste na reforma vertical da administração por meio da introdução de uma série conexa de subsistemas de gestão, que priorizam o planejamento criativo, a descentralização dos sistemas de condução e uma abordagem de gestão por objetivos ou operações e, por fim, a alta res-

ponsabilidade decorrente do monitoramento, da cobrança e a prestação de contas. Essa proposta deriva da formulação de uma teoria das macroorganizações, na qual a crise do planejamento expressa todo um sistema de baixa responsabilidade que caracteriza a administração pública latino-americana.

Testa acompanhou a evolução do planejamento de saúde desde o Cendes. Responsável, junto com Matus, pela crítica ao planejamento normativo, dedicou-se a formular uma proposta de explicação da problemática setorial (epidemiológica e organizativa), de natureza estratégica, que integra um diagnóstico administrativo, um diagnóstico estratégico e um diagnóstico ideológico. Testa evolui, na crítica a Matus, para a defesa de um enfoque de planejamento que não represente um excesso de formalização política. Esse enfoque teria um componente fortemente comunicacional, trazendo à tona a teoria do agir comunicativo habermasiano (1987). Testa postula a priorização de um tipo de atuação capaz de acentuar os traços democráticos da instituição, constituindo-se em um crítico contundente de formas autoritárias. O planejamento adota dentro dessa moldura o significado de práticas dialógicas a serviço do estabelecimento de consensos e de acordos

sobre compromissos, perdendo a imagem de uma metodologia muito estruturada.

No Brasil, autores como Mehry (1995) assinalam a existência de 04 correntes de planejamento/gestão em saúde:

- A corrente da gestão estratégica do Laboratório de Planejamento (Lapa) da Faculdade de Medicina de Campinas. Essa corrente defende um modelo de gestão colegiada e democrática, caracterizado pelas seguintes premissas: forte autonomia, colegiados de gestão, comunicação lateral e ênfase na avaliação para aumentar a responsabilidade. A proposta de um modelo de planejamento é a de uma caixa de ferramentas, que inclui o Pensamento Estratégico de Testa, o Planejamento Estratégico-situacional de Matus, elementos da Qualidade Total, a Análise Institucional, etc. Apesar da ênfase que a escola atribui ao Atendimento Básico, ela tem uma boa experiência na parte hospitalar, na qual tentaram implementar seu modelo de gestão. Mais recentemente, a corrente introduziu com base na Saúde Mental os conceitos de acolhimento e vínculo, tão caros a uma política de humanização. Crescentemente preocupada com os microprocessos de trabalho assistencial, a escola introduziu novos instrumentos de análise como os fluxogramas analisadores. Finalmente, é impor-

tante citar os aportes à integralidade que a escola faz por meio da formulação do conceito de Clínica do Sujeito, que integraria o melhor da clínica não degradada, um olhar voltado para a subjetividade dos usuários e outro para o contexto social de proveniência da problemática individual.

- A corrente do Planejamento Estratégico Comunicativo, representado por núcleos do Departamento de Administração e Planejamento de Saúde (DAPS) da Ensp/Fiocruz. Essa escola adere ao Planejamento Estratégico-situacional, mas não se limita a ele. Incorpora um enfoque de planejamento/gestão estratégica de hospitais, adaptado da França, especificamente de Michel Crémadez (1997). Também desenvolve toda uma reflexão de componentes de uma gestão pela escuta, como a liderança, a prática de argumentação ligada à negociação e à questão cultural, com alguma influência da escola da organização que aprende e de um ramo da Filosofia da Linguagem aplicada à gestão organizacional, representado por Flores (1989) e Echeverria (1994). O termo Comunicativo alude a uma aplicação da Teoria do Agir Comunicativo (TAC) de Habermas (1987) sob a forma de parâmetro de crítica do paradigma estratégico.
- A corrente da Vigilância à Saúde. Representada por um grupo heterogêneo do ponto de vista geográfico,

essa escola postula um modelo de vigilância à saúde fortalecido de modo a se poder pensar numa inversão do modelo assistencial. Esse modelo combate a velha atomização dos programas verticais da saúde pública, e defende a necessidade de uma sorte de integração horizontal dos vários componentes do sanitarismo. Em grande parte, essa possibilidade de coordenação seria ensejada pela utilização do planejamento situacional, oriundo de Matus, no processamento de problemas transversais. A Vigilância à Saúde se caracterizaria por esse tipo de integração, mas também pela busca de uma atuação intersetorial, na linha da promoção à saúde, que seria o paradigma básico da Vigilância, alternativo ao paradigma flexeriano da Clínica. Contemplaria como um dos seus alicerces assistenciais a rede básica de atendimento, e primordialmente o modelo de Médico de Família. Hoje em dia, uma das principais contribuições da escola é a proposta de Sistemas de Microrregionalização Solidária, como célula de um sistema regionalizado que avance na possibilidade de constituir sistemas integrados de saúde por oposição aos sistemas fragmentados.

- A escola da Ação Programática da Faculdade de Medicina da USP: esta corrente se evidencia pelas práticas experimentais de modificações das práticas assistenciais da rede básica de atendimento, enfatizando formas

multidisciplinares de trabalho em equipe. Em relação à técnica de programação, a escola sustenta a necessidade de uma abertura programática por grupos humanos amplos, para além de um recorte patológico estanque. Enseja assim condições para uma abordagem mais integrada do atendimento. A problemática da integração e da coordenação é destacada. Atribui-se, tal como na escola da Vigilância, uma importância crucial ao uso inteligente da Epidemiologia Clínica e Social, como disciplina útil na possibilidade de programação das práticas de serviços, incluindo os clínicos. Alguns professores dessa escola têm desenvolvido, da mesma forma que a escola da Ensp, uma preocupação importante pelo ramo da filosofia da linguagem dentro da vertente comunicativa de Habermas. A escola considera que a busca da integração entre serviços básicos e hospitalares depende do estabelecimento de uma rede eficaz de conversações, ou seja, de processos comunicativos.

Para saber mais:

CRÉMADEZ, M. *Le Management Stratégique Hospitalier*. Paris: Interéditions, 1997.

ECHEVERRIA, R. *Ontologia del Lenguaje*. Santiago: Dolmen, 1994.

FLORES, F. *Inventando la empresa del Siglo XXI*. Santiago: Hataché, 1989.

HABERMAS, J. *Teoría de la Acción Comunicativa*. Madrid: Taurus, 1987.

OPS-OMS. Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. *Publicación Científica* n° 111. Washington: Cendes-Venezuela, 1965.

OPS-CPPS. *Formulación de Políticas de Salud*. Santiago: CEPAL/ILPES, 1975.

MEHRY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates sobre planejamento de saúde no Brasil. In: GALLO, E. *Razão e*

*Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.

MATUS, C. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: Ipea, 1993.

MATUS, C. *Adeus, Sr. Presidente. Governantes e Governados*. São Paulo: Fundap, 1997.

TESTA, M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud. *Cuadernos Médico-Sociales*. Rosario, n. 38 (1ª parte) y 39 (2ª parte), 1987.

## PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

P

Denise Elvira Pires

**E**ste termo tem sido utilizado para designar perdas nos direitos trabalhistas ocorridas no contexto das transformações do mundo do trabalho e de retorno às idéias liberais de defesa do estado mínimo, que vêm surgindo, especialmente, nos países capitalistas desenvolvidos a partir da terceira década do século passado. Em termos genéricos refere-se a um conjunto amplo e variado de mudanças em relação ao mercado de trabalho, condições de trabalho, qualificação dos tra-

balhadores e direitos trabalhistas, no contexto do processo de ruptura do modelo de desenvolvimento fordista e de emergência de um novo padrão produtivo (Mattoso, 1995).

No final dos anos 60 do último século o modelo fordista de desenvolvimento entra em crise: cresce a insatisfação dos operários com a organização taylorista-fordista de execução de tarefas maçantes e repetitivas, ainda que bem pagas; explodem movimentos sociais, sindicais e extra-sindicais;

as empresas aumentam os preços gerando inflação, questionam os compromissos estabelecidos no *Welfare State*, e assumem políticas que prejudicam as conquistas trabalhistas. Deste processo emergem mudanças marca-das pela inovação tecnológica, por mudanças nas formas de organização e gestão do trabalho e pela descentralização da produção, invertendo-se a tendência de verticalização das empresas. Cresce a terceirização, flexibilizam-se as relações trabalhistas, bem como muda a estrutura vertical das instituições emergindo um modelo de rede, com forte colaboração interempresas e intersetorial. A empresa ou instituição mantém o que é central e terceiriza parte do seu processo de produção. Deste modo, o trabalho não é desenvolvido apenas pelo trabalhador assalariado e protegido pelos benefícios do Estado de bem-estar social. A flexibilização e estruturação de rede interempresarial possibilita que o processo de produção envolva trabalhadores submetidos a diversas formas de contratação, recebendo salários diferenciados para a realização de trabalhos semelhantes e sem os mesmos benefícios que os trabalhadores da empresa-mãe. A confecção de um produto pode resultar do trabalho desenvolvido de diversas formas: prestação de serviço, trabalho por

tempo determinado, trabalho *part-time*, assalariados de empresas terceiras, membros de cooperativas, e outras. Essa multiplicidade de formas de contratação difere da padronização fordista e tem sido chamada pelos defensores de ‘flexibilização’ (Piore & Sabel, 1984). No entanto, porque, majoritariamente, implica perdas de direitos, tem sido chamada tem pelos críticos de ‘precarização’. A literatura também registra que a ‘precarização do trabalho’, com múltiplas relações contratuais, tem contribuído para aumentar as dificuldades de representação e atuação sindical deixando os trabalhadores desprotegidos e mais vulneráveis às exigências gerenciais e patronais (Mattoso, 1995; Pires, 1998).

Esse processo tem ocorrido com maior intensidade na produção industrial e nos setores de ponta da economia, mas tem afetado, de modo diferenciado, todos os setores da produção na sociedade. É visível no setor de serviços em geral (Offe, 1991) e na saúde em particular.

Uma das mudanças recentes, no âmbito do trabalho em saúde no Brasil, é o crescimento do número de trabalhadores sem as garantias trabalhistas de que gozam os demais trabalhadores assalariados da instituição. Encontra-se: contratos temporários; trabalhadores

contratados para realizar atividades especiais (plantonistas em hospitais, por exemplo); flexibilização na contratação de agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família pelo governo brasileiro; e o trabalho temporário previsto no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde.

Como nos demais setores da produção, a terceirização também cresce na saúde e tem sido utilizada pelos empregadores tanto do setor público quanto do privado, para diminuir os custos com a remuneração da força de trabalho e para fugir das conquistas salariais e direitos trabalhistas dos trabalhadores efetivos da empresa-mãe (instituição-original) (Dieese, 1993; Pires, 1998; Pires, Gelbcke & Matos, 2004). No entanto, é importante considerar que a flexibilização nas formas de contratação, bem como a terceirização, não é sempre sinônimo de ‘precarização’, apesar de, no caso brasileiro, majoritariamente, essas iniciativas terem o sentido de redução dos custos com a força de trabalho e de ‘precarização’. Dependendo do contexto institucional e histórico em que os tipos de contratação ocorrem, flexibilizar pode não ser sinônimo de precarizar. Na Holanda, por exemplo, o trabalho *part-time* é um direito dos trabalhadores que foi conquistado em lei,

em 2000, como fruto de negociação sindical. Os trabalhadores podem optar pelo regime *part-time*; nestes casos, a remuneração corresponde às horas trabalhadas, mas não ocorre perda de direitos trabalhistas (Pires, 2004).

O Ministério da Saúde do Brasil reconhece a existência de múltiplas formas de trabalho precário em saúde e elabora, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, um “Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS” com estratégias definidas para a reversão do quadro. ‘Precarização’ é um termo amplo que se unifica pelo sentido de perda de direitos. Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), o trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei. Para as entidades sindicais que representam os trabalhadores que atuam no SUS, trabalho precário está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS.

### Para saber mais:

DIEESE. *Os Trabalhadores Frente à Terceirização*. São Paulo, maio 1993. (Pesquisa Dieese, n. 7).

MATTOSO, J. E. L. *A Desordem do Trabalho*. São Paulo: Página Aberta / Escrita, 1995.

OFFE, C. *Trabalho e Sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991. v.2 – Perspectivas.

PIORE, M. & SABEL, C. *The Second Industrial Divide? Possibilities for Prosperity*. New York: Basic Books, 1984.

PIRES, D. *Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998.

PIRES, D. *Relationship between New Technologies and the Health of Health Care Professionals: a study in a Dutch hospital*. Amsterdam, 2004. (Research Report)

PIRES, D. E.; GELBCKE, F. L. & MATOS, E. Current labour changes and their implications for the health care workforce. In: 7<sup>th</sup> World Conference on Injury Prevention and Safety Promotion, 2004, Viena. *Anais...* Viena, 2004, p. 612-613.

## PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Marina Peduzzi  
Lília Blima Schraiber

### Gênese do conceito

Pioneiramente, Maria Cecília Ferro Donnangelo (1975, 1976), no final da década de 1960, iniciou estudos sobre a profissão médica, o mercado de trabalho em saúde e a medicina como prática técnica e social. Utilizou como referenciais teóricos estudos sociológicos, o que lhe permitiu construir aná-

lises consistentes sobre as relações entre saúde e sociedade e entre profissão médica e práticas sociais no país, rompendo com a visão que o modo de executar a prática médica e as relações entre os indivíduos envolvidos (usuários, médicos e demais profissionais de saúde) seriam independentes da vida social (Mota, Silva & Schraiber, 2004; Schraiber, 1997). Esses estudos tiveram



vários desdobramentos, no Brasil e na América Latina, na área médica e nas demais áreas profissionais da saúde, constituindo-se importante referencial para o estudo do campo da saúde, sobretudo em relação a duas grandes temáticas: de um lado, as políticas e estruturação da assistência, que derivou em muitos estudos do sistema de saúde brasileiro, até o atual Sistema Único de Saúde (SUS); de outro, os estudos sobre o mercado, as profissões e as práticas de saúde. Esta segunda linha expandiu-se para a constituição de dois importantes conceitos: força de trabalho em saúde e ‘processo de trabalho em saúde’ (Schraiber, 1997). Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, discípulo e colaborador de Donnangelo, foi o autor que formulou o conceito de ‘processo de trabalho em saúde’, a partir da análise do processo de trabalho médico, em particular.

Mendes Gonçalves (1979, 1992) estuda a aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde. Segundo Marx (1994), no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Portanto, os

três elementos componentes do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho. Importante lembrar que o processo de trabalho e seus componentes constituem categorias de análise, portanto abstrações teóricas por meio das quais é possível abordar e compreender certos aspectos da realidade, no presente caso, as práticas de saúde, cujo trabalho constitui “a base mais fundamental de sua efetivação” (Mendes Gonçalves, 1992, p. 2).

No estudo do processo de trabalho em saúde Mendes Gonçalves (1979, 1992) analisa os seguintes componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes, e destaca que esses elementos precisam ser examinados de forma articulada e não em separado, pois somente na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho específico.

O objeto representa o que vai ser transformado: a matéria-prima (matéria em estado natural ou produto de trabalho anterior), e no setor saúde, necessidades humanas de saúde. O objeto será, pois, aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador. Segundo Mendes Gonçalves o objeto de trabalho

contém, potencialmente, o produto resultante do processo de transformação efetivado pelo trabalho, no entanto, não deixa essa qualidade potencial transparecer por si mesma, imediatamente, de modo que essa qualidade de produto precisa ser evidenciada ativamente no objeto. Portanto, um certo aspecto da realidade destaca-se como objeto de trabalho somente quando o sujeito assim o delimita, o objeto de trabalho não é um objeto natural, não existe enquanto objeto por si só, mas é recortado por um ‘olhar’ que contém um projeto de transformação, com uma finalidade. Esta representa a intencionalidade do processo de trabalho, o projeto prévio de alcançar o produto desejado que está na mente do trabalhador, ou seja, em que direção e perspectiva será realizada a transformação do objeto em produto.

Os instrumentos de trabalho tampouco são naturais, mas constituídos historicamente pelos sujeitos que, assim, ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto. O meio ou instrumento de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto (Marx, 1994). Mendes Gonçalves

(1979, 1992, 1994) analisa, no ‘processo de trabalho em saúde’, a presença de instrumentos materiais e não-materiais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, outros. Os segundos são os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais. Além disso, constituem ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual. O autor salienta que esses saberes são também os que permitem a apreensão do objeto de trabalho.

Objeto e instrumentos de trabalho só podem ser configurados por referência à sua posição relacional, intermediada pela presença do agente do trabalho que lhe imprime uma dada finalidade. Por meio da presença e ação do agente do trabalho torna-se possível o processo de trabalho – a dinâmica entre objeto, instrumentos e atividade. Portanto, o agente pode ser interpretado, ele próprio, como instrumento do trabalho e, imediatamente sujeito da ação, na medida em que traz, para dentro do processo de trabalho, além do projeto prévio e sua finalidade, outros projetos de caráter coletivo e pessoal, dentro de um certo campo de possíveis (Peduzzi, 1998).

O conceito ‘processo de trabalho em saúde’ diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna necessário introduzir alguns aspectos centrais do trabalho que é a grande categoria de análise da qual deriva o conceito de ‘processo de trabalho em saúde’.

O trabalho constitui o processo de mediação entre homem e natureza, visto que o homem faz parte da natureza, mas consegue diferenciar-se dela por sua ação livre e pela intencionalidade e finalidade que imprime ao trabalho. Portanto, o trabalho é um processo no qual os seres humanos atuam sobre as forças da natureza submetendo-as ao seu controle e transformando-as em formas úteis à sua vida, e nesse processo de intercâmbio, simultaneamente, transformam a si próprios. Todo trabalho produz algo que tem utilidade e pode ser trocado por outros produtos necessários. Contudo, no processo de produção da sociedade capitalista, são tornados radicalmente distintos o valor de

uso e o valor de troca. O valor de uso é produzido no trabalho concretamente realizado ou chamado trabalho concreto, o qual dá o sentido qualitativo do produto. O valor de troca corresponde ao valor que o produto adquire como mercadoria colocada em mercado, o que só se revela quando se contrapõem mercadorias de valores de usos diversos, pois o valor de troca não é algo inerente à mercadoria. O valor de troca faz aflorar a dimensão de trabalho abstrato, na qual o produto do trabalho perde sentido (utilidade) e assume um significado quantitativo de coisas produzidas em quantidade. É nesta dimensão que o agente de trabalho torna-se alienado do sentido desse trabalho, do produto dele e de si próprio como agente dessa produção. O trabalho é, portanto, uma transformação não só de objetos, mas do próprio trabalhador, e, nesse sentido, um movimento dialético de exploração/alienação e de criação/emancipação (Antunes, 1995, 1999, 2005).

## Desenvolvimento histórico

Embora o conceito de ‘processo de trabalho em saúde’ tenha sido desenvolvido inicialmente com base no

trabalho médico desde o início dos anos 80, passa a ser utilizado para o estudo de processos de trabalho específicos de outras áreas profissionais em saúde. Dentre estes, destaca-se a área de enfermagem que inicia a análise do processo de trabalho de enfermagem com a tese de Doutorado de Maria Cecília Puntel de Almeida, de 1984 (Almeida & Rocha, 1986), seguida de várias outras pesquisas com esta abordagem até a atualidade.

Embora Mendes Gonçalves tenha apontado para a categoria ‘necessidades’ e a categoria ‘saber’ como elementos do processo de trabalho desde sua formulação original, ao longo do desenvolvimento do conceito, este mesmo autor retoma estas categorias. Em seu texto de 1992, analisa a consubstancialidade entre trabalho e necessidades humanas, de modo que os processos de trabalho são também ‘re-produção’ das necessidades, ou seja, tanto reiteram as necessidades de saúde e o modo como os serviços se organizam para atendê-las quanto podem criar novas necessidades e respectivos processos de trabalho e modelos de organização de serviços. Já na categoria ‘saber’, o autor mostra que, ao expressar a intermediação entre ciência e trabalho, remete à dimensão tecnológica deste. Formula, então, o

saber como o recurso que põe em movimento os demais componentes do processo de trabalho. Será, pois, saber operante ou tecnológico – saber que tem sua origem ‘no’ e ‘através do’ processo de trabalho, fundamentando intervenção em saúde (Mendes Gonçalves, 1994; Schraiber, 1996; Peduzzi, 1998).

Um último aspecto a ser desenvolvido por Mendes Gonçalves e que terá muitas repercussões no campo da saúde, refere-se aos aspectos dinâmicos e relacionais do ‘processo de trabalho em saúde’. Se os primeiros estudos buscam, na referência da sociabilidade e historicidade do trabalho em saúde, suas articulações na estrutura social, a articulação do estudo do ‘processo de trabalho em saúde’ com abordagens teóricas, como Canguilhem (1982), Heller (1991) e a escola de Frankfurt (Habermas, 1994, 2001), permitirá, no dizer de José Ricardo Ayres (2002), tratar mais positiva e produtivamente os aspectos relacionais do trabalho em saúde, necessários para pensá-lo não apenas como estrutura de sociabilidade, mas como prática social.

Ao introduzir a análise da micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde e a tipologia das tecnologias em saúde (leve, leve-dura e dura), Emerson Elias Merhy (Merhy, 1997,

2002; Merhy & Chakhour, 1997) parte das contribuições de Mendes Gonçalves e de autores como Cornelius Castoriades, Felix Guatarri e Gilles Delleuze, da escola de análise institucional. Recuperando de Marx a concepção de trabalho vivo e trabalho morto, define este último como todos os produtos-meio que estão envolvidos no processo de trabalho e que são resultado de um trabalho anteriormente realizado, e aquele outro como trabalho instituinte, buscando compreender a potencialidade de esse trabalho vivo em ato questionar, no próprio processo de trabalho, a intencionalidade e a finalidade do trabalho em saúde e de seus modos de operar os modelos tecno-assistenciais. A dimensão processual e transformadora do trabalho vivo em ato na saúde é atribuída à característica desse trabalho que tem a sua essencialidade na ação. E como tal será fonte de tecnologias, na medida em que o trabalho em ato pode abrir linhas de fuga no já instituído.

### Emprego do conceito na área da saúde na atualidade

O estudo do 'processo de trabalho em saúde' representou desde sua

origem e continua representando importante abordagem teórico-conceitual para as questões sobre recursos humanos em saúde. Segundo Nogueira (2002), a noção clássica de trabalho e de processo de trabalho constitui relevante categoria interpretativa nos estudos sobre recursos humanos em saúde. Nesse sentido, destaca-se o Projeto Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADDRHU –, implantado em 1987, que, em sua primeira unidade didática, previa a caracterização da problemática de recursos humanos de saúde como parte do processo produtivo do setor saúde, em especial, como processo de trabalho (Santana & Castro, 1999).

A partir dos anos 90, um conjunto de questões novas estabelece um divisor de águas para a reflexão e pesquisa sobre o 'processo de trabalho em saúde': por um lado, aparecem questões relacionadas às novas formas de trabalho flexível e/ou informal e da regulação realizada pelo Estado, com foco nos mecanismos institucionais de gestão do trabalho; por outro, as questões da integralidade do cuidado e da autonomia dos sujeitos, cujo foco de análise se desloca para o plano da interação envolvendo a relação profissional - usuário ou as relações entre os profissionais (Nogueira, 2002). No que

se refere especificamente ao cuidado em saúde, destacam-se as contribuições do estudo sobre o trabalho vivo em ato (Merhy, 1997, 2002; Merhy & Chakhour, 1997) e sobre a intersubjetividade e a prática dialógica (Ayres, 2001, 2002).

Assim, na atualidade, o conceito ‘processo de trabalho em saúde’ é utilizado no estudo dos processos de trabalho específicos das diferentes áreas que compõem o campo da saúde, permitindo sua abordagem como práticas sociais para além de áreas profissionais especializadas. Também é utilizado nas pesquisas e intervenções sobre atenção à saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe de saúde, cuidado em saúde e outros temas, permitindo abordar tanto aspectos estruturais como aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, pois é nesta dinâmica que se configuram os processos de trabalho.

Questões bem atuais referentes ao ‘processo de trabalho em saúde’ abordam as mudanças do mundo do trabalho que se iniciam em meados dos anos 70 e suas repercussões no setor saúde, particularmente: a crescente incorporação tecnológica, o desemprego estrutural, a flexibilização e precarização do trabalho, entre outros fenômenos que ocorrem no mundo do trabalho em

geral e se reproduzem no setor saúde com especificidades (Peduzzi, 2003; Nogueira, Baraldi & Rodrigues, 2004; Antunes, 2005b).

### Para saber mais:

ALMEIDA, M. C. P. & ROCHA, J. S. Y. *O Saber da Enfermagem e sua Dimensão Prática*. São Paulo: Cortez, 1986.

ANTUNES, R. *Os Sentidos do Trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999.

ANTUNES, R. *O Caracol e sua Concha: ensaios sobre a morfologia do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2005.

ANTUNES, R. *Adens ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho*. São Paulo/Campinas: Cortez/Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1995.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1): 63-72, 2001.

AYRES, J. R. C. M. *Do Processo de Trabalho em Saúde à Dialógica do Cuidado: repensando conceitos e práticas em saúde coletiva*, 2002. Tese de Livre Docência, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.

- DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- HABERMAS, J. *Técnica e Ciência como Ideologia*. Lisboa: Edições 70, 1994.
- HABERMAS, J. *Teoría de la Acción Comunicativa, I*. Espanha: Taurus, 2001.
- HELLER, A. *Sociología de la Vida Cotidiana*. Barcelona: Pennsula, 1991.
- MARX, K. *O Capital*. 14.ed. São Paulo: Difel, 1994. v.1.
- MENDES GONÇALVES, R. B. *Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico*, 1979. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- MENDES GONÇALVES, R. B. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos)
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MENDES GONÇALVES, R. B. Prefácio. In: AYRES, J. R. C. M. *Epidemiologia e Emancipação*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. & CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MOTA, A.; SILVA, J. A. & SCHRAIBER, L. B. *Contribuições Pragmáticas para a Organização dos Recursos Humanos em Saúde e para a História da Profissão Médica no Brasil: obra de Maria Cecília Donnangelo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- NOGUEIRA, R. P. O trabalho em saúde: novas formas de organização. In: NEGRI, B.; FARIA, R. & VIANA, A. L. D. (Orgs.) *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp/IE, 2002.
- NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S. & RODRIGUES, V. A. Limites críticos das noções de precariedade e despreciação do trabalho na administração pública. In: BARROS, A. F. R. (Org.) *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- PEDUZZI, M. *Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação*, 1998. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
- PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho

em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 1(1): 75-91, 2003.

SANTANA, J. P. & CASTRO, J. L. (Orgs.) *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde: CADRHU*. Brasília/Natal: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/EDUFERN, 1999.

SCHRAIBER, L. B. Ciência, trabalho e trabalhadores em saúde: contribuições

de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves para a compreensão da articulação entre saber, prática e recursos humanos. *Divulgação em Saúde para Debate*, 14: 7-12, 1996.

SCHRAIBER, L. B. *Medicina Tecnológica e Prática Profissional Contemporânea: novos desafios, outros dilemas*, 1997. Tese de Livre Docência, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

## PROFISSÃO

Naira Lisboa Franzoi

A dificuldade de precisar conceitualmente o termo ‘profissão’ deve-se ao fato de que o mesmo assume diferentes conotações de acordo com a área de conhecimento e a tradição nacional e idiomática em que é empregado. Quando utilizado na sociologia anglo-americana, o termo (*profession*) é reservado para as profissões ditas sábias, ou seja, que pressupõem formação universitária, distinguindo-se de *occupations* – o conjunto dos empregos. Diferentemente, tanto na língua francesa quanto na portuguesa, o termo, sem o qualificativo *liberal* (ou *libérales*), designa tanto as ‘profissões sábias’ quanto o conjunto dos empregos reconhecidos na língua-

gem administrativa, principalmente nas classificações dos recenseamentos promovidos pelo Estado.

No Ocidente, as ‘profissões sábias’ e os ‘ofícios’ têm uma origem comum nas corporações, e o termo ‘profissão’ é tributário da ‘profissão de fé’ – juramento que faziam aqueles que passavam a pertencer à corporação. O trabalho, considerado uma arte, reunia nas corporações, onde se ‘se professava uma arte’, trabalhadores manuais e intelectuais, artistas e artesãos. Na rígida hierarquia da sociedade medieval, a oposição se dava entre aqueles que pertenciam às corporações de ofícios juramentados e os jornaleiros, que trabalhavam por dia. É só com a expansão



e a consolidação das universidades que se passa a fazer esta distinção entre as ‘profissões’, derivadas das *septem artes liberales*, aí ensinadas, e os ofícios, derivados das ‘artes mecânicas’ (Dubar, 1997).

Subjacente a essa oposição semântica está, de fato, uma oposição associada a “um conjunto de distinções socialmente estruturantes e classificadoras que se reproduziram através dos séculos: cabeça/mão, intelectuais/manuais, alto/baixo, nobre/vilão etc. (Dubar, 1997, p. 124). Ou seja, trata-se de uma disputa de poder na sociedade que se configura como uma luta política e ideológica pela distinção e pela classificação.

Pode-se considerar também, que, mais recentemente, o *Taft Hartley Act*, promulgado em 1947, nos EUA, foi, em parte, responsável pela consolidação dessa diferenciação, ao distinguir, por lei, as ‘profissões’ das ‘meras ocupações’. Enquanto as últimas davam apenas o direito organização sindical, as primeiras contemplavam um estatuto e o direito de organização em ‘associações profissionais’.

É a esse mesmo registro que se pode atribuir a distinção entre profissões e ocupações na sociologia das profissões tradicional, de inspiração funcionalista, fortemente referida nos estudos sobre a profissão médica. Ali-

mentada por tal tendência, a sociologia das ‘profissões’, até a década de 1960, de forma geral, apresentava os grupos profissionais como: a) comunidades homogêneas reunidas em torno dos mesmos valores e de um mesmo código de ética; b) detentores de um poder assentado sobre um conhecimento científico tomado como absoluto e dado.

Foi a partir dessa década que boa parte da literatura sobre as ‘profissões’ começou a esclarecer o caráter histórico e social do processo de hierarquização intra e entre grupos profissionais. Essa literatura permite um novo enfoque, que busca, nas ‘profissões sábias’ e nas ocupações em geral, o que têm de comum, e não tanto sua diferenciação. As novas abordagens passam a entender a formação dos grupos profissionais como uma disputa pelo monopólio de mercado, inserida na divisão social do trabalho, mostrando também que o caráter ‘mais’ ou ‘menos científico’ do conhecimento monopolizado por cada grupo profissional não é dado, mas socialmente construído.

O conhecimento formal e o papel legitimador que a ciência assume nas sociedades modernas definem a relação de poder que se estabelece entre as esferas de criação, transmissão e

aplicação do conhecimento formal. A educação formal requerida para o emprego em determinadas posições distingue as profissões das ocupações. Este sistema de credenciamento funciona como mecanismo de reserva de mercado de trabalho para os membros da profissão e exclusão dos demais. Portanto, as diferentes formas de acesso/controlado do saber produzem as diferenças entre o profissional e o leigo e as hierarquias no interior do grupo profissional (Freidson, 1998).

A história é rica em exemplos que ilustram essa construção social da legitimidade e hierarquia dos grupos profissionais. Na Idade Média, a linha que divide trabalhadores mais ou menos reconhecidos deixa de um lado os sapateiros e alfaiates, pertencentes a corporações, e de outro seus correspondentes femininos – costureiras e chapeleiras.

A história da constituição das profissões de saúde é emblemática. Antes da unificação da profissão, os médicos se dividiam entre os físicos, os cirurgiões e os apotecários. Os primeiros tinham seus estudos desenvolvidos nas universidades e dedicavam-se exclusivamente às consultas e prescrição de tratamentos; os segundos provinham das corporações de ofícios dos cirurgiões-barbeiros e açougueiros, e seu

trabalho envolvia purgas e sangrias, além das cirurgias; além disso, tinham originalmente como atividades a fabricação e comercialização de medicamentos. Esta divisão criava uma hierarquização dentro do grupo, de acordo com a maior ou menor ligação com o conhecimento erudito ou com a aplicação prática do conhecimento e com o comércio.

O atual debate sobre o projeto de lei, que ficou conhecido como “ato médico (ver as indicações de sítios na internet que tratam do tema), o qual pretende diferenciar as atribuições específicas dos médicos das de outros profissionais da saúde, põe em evidência o caráter histórico de que se reveste a hierarquização entre os grupos profissionais da área.

No processo de constituição das profissões, as instituições de formação, nos seus diferentes níveis e com seus diferentes mecanismos, assumem importante papel de legitimação, sendo o Estado um ator central na pactuação e regulação através, dentre outras ações, do reconhecimento dessas instituições e das credenciais por ele emitidas.

No caso do Brasil, o Estado pós-1930 investe na regulamentação das ocupações/profissões para, a partir dela, definir aqueles que seriam sujei-

tos de direitos, constituindo o que Santos (1979) chama de “cidadania regulada”. Para as ‘profissões regulamentadas’, a posse do diploma era suficiente. Para as não-regulamentadas, era necessária a comprovação na prática da competência, ou seja, “o ‘fechamento’ do mercado de prestação de serviços profissionais era, e continua a ser, o do credenciamento educacional, a posse do diploma de nível superior (Coelho, 2003). O que definia que uma ‘profissão’ fosse regulamentada era a mobilização de seus praticantes, através de uma associação, da persuasão de setores da sociedade de sua importância e da capacidade de *lobby* junto ao Congresso para a apresentação e a aprovação de projeto de lei de regulamentação.

É importante salientar que, pela legislação do país, os cursos de graduação em medicina, em odontologia e em psicologia, são os únicos, além dos cursos jurídicos, cuja criação, pelo Ministério da Educação, deve ser submetida manifestação do conselho da área, o Conselho Nacional de Saúde.

Desvelados esses processos, é possível ampliar o conceito de ‘profissão’, como o faz Hughes (1994), para quem o termo ‘profissional’ deve ser tomado como categoria da vida cotidiana ‘que não é descritivo, mas impli-

ca julgamento de valor e de prestígio’. O autor enfatiza a divisão do trabalho como ponto de partida de qualquer análise sociológica do trabalho humano, pois não se pode separar uma atividade do conjunto daquelas onde ela se insere e dos procedimentos de distribuição social.

Para sustentar seu argumento, Hughes mostra que o profissional é aquele que possui um ‘diploma’ (*licence*) e um ‘mandato’ que lhe são atribuídos pela sociedade. O diploma é a autorização legal para exercer atividades que outros não podem, através da qual o profissional é separado dos demais. O mandato é a obrigação legal de assegurar uma função específica, através do qual lhe é confiada uma missão. Esses dois atributos conferem ao profissional um poder sagrado e constituem as bases da divisão moral do trabalho, que implica uma separação entre funções essenciais (sagradas) e secundárias (profanas). Esse profissional detém um segredo, pelo qual deve se responsabilizar. Mas a ciência é apenas uma falsa justificativa para assegurar o poder dos profissionais e de suas associações – instituições destinadas a proteger o diploma e a manter o mandato de seus membros. Embora as figuras do médico e do advogado sejam emblemáticas, é possível estender es-

sas características a um vasto leque de profissionais. O autor estende essa mesma compreensão para aqueles cuja ocupação não adquiriu o *status* de ‘profissão’, mostrando que estes também reivindicam e a eles são atribuídos uma licença e um mandato. Assim, estabelece-se uma analogia entre ‘ocupações’ e ‘profissões’ e pode-se estender a noção de socialização profissional para as atividades assalariadas ‘comuns’. Esse tratamento dado ao conceito por Hughes e seus pares da assim chamada Escola de Chicago, ou interacionistas, é um avanço em relação sociologia clássica das ‘profissões’.

Ainda assim, Dubar (1997) considera que tal abordagem insuficiente para compreender o processo de socialização dos trabalhadores de forma geral, em especial, dos assalariados menos qualificados da grande empresa. O conceito de formas identitárias formulado pelo autor, no diálogo com as teorias anteriores, permite ampliar a compreensão da relação dos indivíduos, ou grupo de indivíduos, com o seu trabalho. Abre-se, assim, um produtivo caminho de estudos sobre o tema, pois, como alerta Freidson (1998), a complexidade do conceito não deve ser empecilho para tais estudos, cuja estratégia de análise é tomar as ocupações mais como casos

empíricos individuais que como espécimes de algum conceito fixo e mais geral.

No caminho aberto pelos autores, é possível verificar, mesmo dentre trabalhadores com inserção precária no mercado de trabalho, seu auto-reconhecimento como profissionais, na medida em que se identificam com determinados grupos e que consideram seus saberes e seu trabalho úteis socialmente (Franzoi, 2006).

### Para saber mais:

BARBOSA, M. L. de O. A sociologia das profissões: em torno da legitimidade de um objeto. *Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais*, 36: 3-30, 2. sem. 1993.

BECKER, H. S. The nature of a profession. In: BECKER, H. S. (Ed.) *Sociological Work: method and substance*. New Brunswick, NJ: Transaction Books, 1970.

CASTEL, R. *As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 2003.

COELHO, E. C. *As profissões Imperiais: medicina, engenharia e advocacia*. Rio de Janeiro: Record, 2003.

DUBAR, C. *A Socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. Porto: Porto Editora, 1997.

DURKHEIM, É. *Da Divisão do Trabalho Social*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

FRANZOI, N. L. Entre a formação e o trabalho: trajetórias e identidades profissionais. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2006.

FREIDSON, E. *Renascimento do Profissionalismo: teoria, profecia e política*. São Paulo: Edusp, 1998.

HUGUES, E. C. *On work, Race and the Sociological Imagination*. Chicago: The University of Chicago Press, 1994.

MACHADO, M. H. (Org.) *Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

MERTON, R. K. *The Student-Physician: an introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard University, 1957.

PARSONS, T. *Ensayos de teoría sociológica*. Buenos Aires: Paidós, 1967.

SANTOS, W. G. dos. *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

<<http://www.portalmedico.org.br/atomedico>> Acesso em: 27 ago. 2006.

<<http://www.portalcofen.gov.br>> Acesso em: 27 ago. 2006.

<<http://www.sedes.org.br/Instituto>> Acesso em: 27 ago. 2006.



# Q

## QUALIFICAÇÃO COMO RELAÇÃO SOCIAL

*Nadya de Araújo Guimarães*

**É** amplo (e antigo) o debate intelectual em torno da questão da ‘qualificação’. Têm-se discutido intensamente tanto a sua natureza ou mudanças no tempo, como as fontes e formas de produzi-la, com crescente interesse pelo nexos entre experiência e conhecimentos obtidos e aperfeiçoados no cotidiano de trabalho face àqueles desenvolvidos na vida fora do trabalho.

Nos anos 60, a produção acadêmica foi pródiga em formulações relativas ao tema face aos sinais de uma nova revolução tecnológica. A controvérsia antepôs, por um lado, hipóteses sobre a desumanização do trabalho, parcelarizado em face de uma tecnologia alienante (Friedman & Naville, 1966) e, por outro, as expectativas sobre a emergência de novas qualificações, passíveis de menor alienação e maior controle sobre o trabalho, em especial na nova classe operária, afluyente e potencialmente aristocrática (Mallet, 1963; Blauner, 1964).

A partir dos anos 70, esse debate ganhou novo colorido e intensidade. Eles foram os anos da chamada ‘bravermania’, para tomar de empréstimo a expressão ironicamente cunhada por Littler e Salaman (1982). Braverman (1974) sustentou as suas idéias numa releitura da concepção marxiana. Com efeito, Marx entendia que o trabalho – enquanto não alienado – expressaria e desenvolveria a criatividade e a habilidade do homem por ser um processo de transformação da natureza cujo resultado estaria previamente figurado pelo sujeito que, usando instrumentos, transformava seu objeto. Entretanto, diria ele, quando a força de trabalho se constituiu como mercadoria, o trabalhador (um proletário, juridicamente livre, mas privado dos meios de produção) tornou-se impotente por depender completamente do capitalista para forjar a sua sobrevivência. A subordinação tecida pelas relações mercantis se consolida-



ria na mesma medida em que a inovação permanente dos meios técnicos de trabalho reduzia os operários a meros apêndices das máquinas. Formal e realmente subsumidos, no dizer de Marx, os trabalhadores passariam a viver o ato de produzir não mais como expressão criativa de atividades auto-suficientes, mas com a negatividade própria ao seu caráter de trabalho alienado.

Essa foi a pedra de toque do argumento de Braverman. Desafiava-o a necessidade de explicar como a produção capitalista, calcada no trabalho humano, podia controlar tal autodeterminação subjetiva. Sua resposta: cindindo a unidade entre trabalho intelectual e trabalho manual, entre concepção e execução, do que resultaria a progressiva e irreversível expropriação das habilidades do produtor direto.

Desse modo, aquilo que a seu ver se constituía como fim último da atividade do capitalista – controlar o trabalho vivo – realizava-se mediante a expropriação do saber operário, na esteira do processo de ‘polarização da qualificação’, que desqualificava a ampla massa dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que sobrequalificava o pequeno contingente de técnicos superiores e os quadros gerenciais. A problemática da ‘qualificação’ aparecia,

assim, contaminada pela mesma negatividade que caracterizava a sua concepção do trabalho alienado. Nesse sentido, estudar a ‘qualificação’ equivalia a pesquisar a sua perda progressiva, uma vez que ela estaria reduzida a um mero instrumento consciente do controle gerencial despótico, tornado factível não somente pelos avanços tecnológicos, mas também pelas técnicas tayloristas da ‘administração científica do trabalho’.

Já os críticos da abordagem bravermaniana acreditavam que a transformação da capacidade de trabalho em trabalho efetivo não se daria de maneira automática, pelo mecanismo de coerção estrutural anteriormente descrito e fundado na expropriação do saber, na desqualificação e degradação do trabalho. Ao contrário, propugnavam que esse processo seria politicamente produzido por meio de aparatos que regulariam as relações sociais tecidas na produção (Burawoy, 1978, 1983). Tecnologia, organização, decisões de investimento e aparatos de produção tornam-se, eles próprios, objetos de luta, politizando-se a análise do processo de trabalho. Assim fazendo, os críticos compreendiam que as estratégias que asseguravam a realização do valor (como as estratégias de mercados, por exemplo)



poderiam ser tão ou mais importantes do que as que asseguravam a sua extração (Littler, 1990). Tornava-se, desse modo, muito difícil seguir sustentando a pertinência exclusiva dessas últimas, tanto quanto o seu fundamento necessário na expropriação do saber operário. Abria-se, assim, um novo campo para as discussões sobre o nexo entre trabalho e ‘qualificação’; seu fundamento deveria ser buscado nas relações políticas entre saberes e poderes. Tais relações refletiriam as experiências e qualidades que os sujeitos trariam consigo como um capital que lhes seria próprio e com o qual atuariam na barganha por sua inserção nos sistemas de classificação que organizariam as relações na firma.

Essa tradição colocou uma questão nova e instigante, deixando entrever a influência do pensamento weberiano: as habilidades e qualificações dos indivíduos poderiam ser consideradas como ‘ativos’ (*assets*), mobilizados nas relações econômicas de dominação e/ou de exploração. Nesse sentido, pessoas com altos níveis de ‘qualificação’ aufeririam maiores rendimentos não apenas por terem ‘qualificação’ mais elevada, mas pela manutenção dos diferenciais de ‘qualificação’ que as beneficiavam, estabelecendo uma forma particular de relação social com os que não

dispusessem dessas mesmas credenciais (Wright, 1985). Importaria, assim, identificar e explorar esses ativos de ‘propriedades’ individuais que estariam na base de diferenças constitutivas de grupos sociais e de hierarquias de poder; eles seriam importantes focos de organização das relações (e desigualdades) sociais na empresa. Isso faria da ‘qualificação’ uma arena política onde se disputariam credenciais que confeririam reconhecimento e assegurariam o acesso e a mobilidade.

Por outro lado, no início dos anos 80, outros estudiosos, como Piore e Sabel (1984), apontaram, também na contramão do argumento bravermaniano, que a crise econômica que se delineara desde os anos 70 representava não apenas a falência de um modelo de crescimento industrial fundado na produção em massa, mas o prenúncio de que a sua superação estaria vinculada à adoção de um novo paradigma tecnológico e organizacional. Tal paradigma estaria muito distante das rígidas linhas de produção em massa com seus exércitos de desinteressados trabalhadores pouco qualificados, usados para produzir bens padronizados. Ele seria, ao contrário, caracterizado por sistemas flexíveis de máquinas, voltadas para múltiplos propósitos, movidas por trabalhadores



polivalentes. Nesse novo cenário, os aspectos cognitivos ombreariam em importância com os aspectos atitudinais. O próprio conceito de ‘qualificação’, tradicionalmente associado aos componentes cognitivos, passaria a ser desafiado pela abordagem em termos de ‘competências’, que pretendia ultrapassar o mero debate sobre o ‘saber fazer’ e sua aquisição (Zarifian, 2001).

Mas, qual a amplitude dessa nova tendência? Significaria a chegada à antecâmara das formas do trabalho que recorriam a utopia da politécnica e da omnilateralidade? Os estudos desenvolvidos nos anos 90 em diante mostraram o quanto diversos poderiam ser – do ponto de vista da ‘qualificação’ – os efeitos da inserção do trabalhador em diferentes pontos das cadeias produtivas e de valor, crescentemente globalizadas (Gereffi & Korzeniewicz, 1994; Gereffi & Sturgeon, 2004); em seus elos mais longínquos, elas tendiam a reproduzir as antigas e supostamente ultrapassadas formas de organização do trabalho pautadas na desqualificação dos trabalhadores e na precarização das suas condições de trabalho.

A multiplicidade de ângulos suscitados até aqui revela a rica diversidade de dimensões que está contemplada na agenda de análise da ‘qualificação’. Vimos como esta pode associar-

se a um conjunto de características que se expressam nas rotinas de trabalho. Mas ela pode também estar referida ao grau de autonomia do trabalhador, sendo inversamente proporcional ao grau de controle gerencial. Pode ainda ser conceituada como base para a atribuição ou aquisição de posições em hierarquias de *status*.

É certo que a ‘qualificação’ foi inicialmente abordada (até por facilidade operacional) a partir do conjunto de características das rotinas de trabalho. Expressava-se empiricamente em termos do tempo de aprendizagem no trabalho ou do tipo de conhecimento que estaria na base das tarefas definidoras de uma dada ocupação. Mas, sempre quando tomada isoladamente e aprisionada numa visão objetivista, essa concepção correu o risco da reificação ao materializar a ‘qualificação’ num certo equipamento e posto e, assim fazendo, reduzir as habilidades do trabalhador a um mero ‘requerimento da tecnologia’, esquecendo que mesmo esta é fruto de uma construção sociocultural complexa.

Entretanto, há que reconhecer que as organizações operam com representações sistemáticas e formalizadas das tarefas e das habilidades requeridas daqueles que pretende recrutar. Por certo, é variável o grau de universalismo

com que essas regras são aplicadas, seja no recrutamento, seja na supervisão. Ademais, nem sempre os sistemas de classificação que norteiam o acesso e a permanência nos postos de trabalho estão fundados em critérios baseados em características de tipo aquisitivo, como o grau de escolarização ou a experiência profissional. Não raro, eles refletem o peso de características que os sociólogos denominam ‘adscritas’ (como o sexo biológico ou a cor da pele), as quais também fundamentam formas de classificação social com efeitos de inclusão ou de exclusão (Kergoat, 1982; Hirata, 2002). Diante desse fenômeno, cabe ter em conta tanto o que inicialmente se denominava como a ‘qualificação do posto de trabalho’ quanto uma outra dimensão igualmente relevante, qual seja a ‘qualificação do trabalhador’. Esta última remete a atenção do analista para a formação e a experiência mobilizadas pelo indivíduo no momento de executar uma tarefa. ‘Qualificação do posto de trabalho’ e ‘qualificação do trabalhador’ têm fontes distintas e, a depender do reconhecimento social que lhes seja conferido, podem (ou não) credenciar quem as possua.

Assim, por exemplo, os estudos sobre relações sociais de gênero nos cotidianos de trabalho, ao enfocarem

a temática da ‘qualificação’ das operárias, chamaram a atenção para o fato de que suas posições geralmente inferiores nas hierarquias organizacionais não resultavam de uma ‘qualificação’ precária ou inadequada, ou da ausência de motivação individual para obtê-la e credenciar-se à ascensão funcional. Embora as competências e habilidades dessas mulheres parecessem adequadas à execução de suas tarefas, elas não representavam uma ‘qualificação’. Isso porque tais qualidades não haviam sido obtidas através dos canais socialmente reconhecidos de formação da mão-de-obra, mas através da experiência de trabalho nas esferas ditas ‘reprodutivas’. Isso tornava ‘desqualificadas’ as suas portadoras, já que sua habilitação era considerada como ‘inata’. Mais ainda, e com frequência, nem mesmo as próprias trabalhadoras se reconheciam como qualificadas (Kergoat, 1982). Isso nos remete ao tema da chamada ‘qualificação tácita’ (Wood & Jones, 1984), fruto da vivência concreta de um indivíduo trabalhador. Baseada na experiência adquirida numa situação específica, ela é de difícil transmissão através da linguagem formalizada sendo, ao mesmo tempo, insubstituível, mesmo quando as novas tecnologias informatizadas buscaram internalizar no equi-



pamento a memória da experiência singular do trabalhador.

Finalizando, poder-se-ia dizer que a ‘qualificação’ é, a um só tempo, resultado e processo. Como resultado, ela expressa as qualidades, ou credenciais de que os indivíduos são possuidores. Mas não podemos esquecer que essa aquisição é socialmente construída: ela resulta de mecanismos e procedimentos sociais de delimitação, reconhecimento e classificação de campos, irreduzíveis em sua riqueza empírica à mera escolarização alcançada ou aos treinamentos em serviço realizados. Assim, os trabalhadores são considerados qualificados (ou desqualificados) em função da existência (ou não) de regras deliberadas de restrição à ocupação, socialmente produzidas, partilhadas e barganhadas. Essas regras devem ser cuidadosamente buscadas nos discursos e práticas dos escalões organizacionais, das instituições sindicais e dos próprios trabalhadores individuais.

#### Para saber mais:

BLAUNER, R. *Alienation and Freedom*. Chicago: University of Chicago Press, 1964.

BRAVERMAN, H. *Labor and Monopoly Capital*. New York: Monthly Review Press, 1974.

BURAWOY, M. Toward a marxist theory of the labor process: braverman and beyond. *Politics and Society*, 8(3/4): 247-312, 1978.

BURAWOY, M. Between the labor process and the state: the changing face of factory regimes under advanced capitalism. *American Sociological Review*, 48: 587-605, oct., 1983.

FRIEDMAN, G. & NAVILLE, P. *Tratado de Sociología del Trabajo*. México: Fondo de Cultura Económica, 1966.

GALLIE, D. *In Search of the New Working Class*. Londres: Cambridge University Press, 1978.

GEREFFI, G. & KORZENIEWICZ, M. (Eds.) *Commodity Chains and Global Capitalism*. Westport, Conn.: Greenwood Press, 1994.

GEREFFI, G. & STURGEON, T. J. *Globalization, Employment, and Economic Development: a briefing paper*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology-IPC Working Paper Series. jun., 2004.

HIRATA, H. *Nova Divisão do Trabalho?* São Paulo: Boitempo, 2002.

KERGOAT, D. *Les Ouvrières*. Paris: Le Sycomore, 1982.

LITTLER, C. The labour process debate: a theoretical review 1974-88. In: KNIGHTS, D. & WILLMOTT, H. (Eds.) *Labour Process Theory*. London: The Macmillan Press, 1990.

LITTLER, C. & SALAMAN, G. Bravermania and beyond: recent theories of the labour process. *Sociology*, 16(2): 215-269, 1982.

MALLET, S. *La Nouvelle Classe Ouvrière*. Paris: Éditions du Seuil, 1963.

PIORE, M. J. & SABEL, C. F. *The Second Industrial Divide*. New York: Basic Books, 1984.

WOOD, S. & JONES, B. Qualifications tacites, division du travail et nouvelles technologies. *Sociologie du Travail*, 4: 407-421, 1984.

WRIGHT, E. *Classes*. Londres: Verso, 1985.

ZARIFIAN, P. *Objetivo Competência*. São Paulo: Atlas, 2001.





# R

## RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

*Monica Vieira*

O conceito de ‘recursos humanos’ é próprio da área de administração e remete à racionalidade gerencial hegemônica que reduz o trabalhador à condição de recurso, restringindo-o a uma dimensão funcional. No entanto, na área da saúde, a questão dos ‘recursos humanos’ envolve tudo que se refere aos trabalhadores da saúde em sua relação com o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde (SUS – Mendes Gonçalves, 1993), configurando, assim, um dos seus subsistemas. Nesse sentido, esse é tanto um campo de estudo como de intervenção. A área de ‘Recursos Humanos em Saúde’ (RHS) abarca múltiplas dimensões: composição e distribuição da força de trabalho, formação, qualificação profissional, mercado de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício profissional, relações de trabalho, além da tradicional administração de pessoal.

### O processo de conformação da área de Recursos Humanos em Saúde

A noção de RHS pode ser, inicialmente, associada à década de 1950, com análises sobre a formação médica estimuladas pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Nos anos 60 iniciaram-se estudos para identificar a força de trabalho no setor e apenas na segunda metade da década seguinte teve início o progressivo processo de institucionalização da área. Nos anos 70 destaca-se o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), que teve como propósitos centrais capacitar pessoal de nível médio e elementar e apoiar a criação de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde nos estados (Paim, 1994).

R

Assim, desde a década de 1970 a Opas buscava definir linhas para formulação de propostas de educação contínua para as equipes de saúde, considerando a necessidade de que os trabalhadores do setor fossem capazes de analisar seu contexto de trabalho, identificar problemas, promover a participação e tomar decisões no processo de trabalho. Dessa forma, constituíram-se, nos anos 80, grupos de trabalho nos países das Américas com o objetivo de desenvolver novas abordagens em face do problema de capacitação profissional. O Programa de Desenvolvimento de RHS da Opas assumiu o papel de dinamizar esses esforços que buscavam viabilizar a transformação das práticas de saúde nos serviços, a partir da modificação nas práticas educativas.

No período anterior à formulação do SUS, a área de RHS teve pequena relevância, aparecendo como questão de menor repercussão no sistema de saúde nacional. Passa a adquirir maior nitidez com a VIII Conferência Nacional de Saúde, desencadeada pela Reforma Sanitária brasileira. Pode-se, inclusive, dizer que a estruturação da área de RHS seguiu as recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde. Naquele momento, que marcou a reformulação das políticas de saúde no

país, a complexidade da área de RHS ganha visibilidade, desencadeando um processo particular de análise de suas temáticas próprias.

No início da Reforma Sanitária, as questões mais sistematizadas da área de RHS restringiam-se à temática da formação de pessoal. As incursões analíticas acerca de outros aspectos, como planejamento da força de trabalho, mercado de trabalho e regulação do exercício profissional, eram apenas pontuais.

Esses primeiros estudos foram responsáveis pela denominação do que, posteriormente, veio a se chamar de RHS. Mendes Gonçalves (1993) chama a atenção para o caráter fragmentado, limitado teoricamente e com interpretações pouco explicativas dessa primeira ‘maré’ de estudos sobre a área.

Em 1986 foi organizada a Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, quando se define uma agenda específica sobre o tema, a partir de análises dos principais aspectos identificados na implantação do SUS. Tais aspectos foram, em grande parte, pautados pelas reivindicações dos trabalhadores da saúde, considerando-se a reorganização de suas práticas profissionais e de suas bases jurídico-legais. Entre essas questões destacavam-se a falta de incenti-



vos para a qualificação profissional, a própria visão burocrática da área de recursos humanos, a baixa remuneração dos trabalhadores, as desfavoráveis condições de trabalho e a ausência de uma política de recursos humanos que contemplasse um plano de cargos, carreira e salários no sentido de favorecer a implantação do SUS.

A Segunda Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em 1993, mostrou a existência de uma contradição na área de RHS, que, embora apontada como estratégica nos documentos de saúde pública, vinha sendo muito pouco valorizada, uma vez que sempre mencionada de forma superficial quando o assunto em pauta era os aspectos que fundamentalmente afetavam as políticas públicas de saúde no país.

## Sobre a gestão do trabalho no SUS

A dimensão da gestão do trabalho em saúde que integra o campo de RHS começa a ganhar visibilidade na segunda metade da década de 1990, no contexto de flexibilização das relações de trabalho. Desenha-se um cenário paradoxal, no qual os níveis crescentes de flexibilização das relações de trabalho convivem com discursos sobre

a emergência de um trabalho revalorizado, ou seja, com maiores níveis de autonomia e participação. No que se refere ao SUS, nesse cenário, coincidiram o aprofundamento da descentralização e a expansão das equipes de saúde, especialmente aquelas voltadas para a atenção básica. Esses aspectos acabaram por gerar enfrentamentos para a gestão municipal que ainda se defrontou com a homologação da Lei de Responsabilidade Fiscal, limitando os gastos com incorporação de força de trabalho.

O reflexo dessa política pode ser traduzido pela precarização das relações de trabalho, falta de regulação do sistema de ingresso nos serviços, alta rotatividade nos postos de trabalho e ausência de uma política salarial e de carreira que acabam por comprometer a profissionalização dos trabalhadores.

Numa sistematização das produções teóricas sobre RHS, Brito (2002) e Peduzzi e Schraiber (2000) apontaram o caráter interdisciplinar da área e a necessidade de promover um novo conceito de RHS. Esses autores identificaram a necessidade de análises acerca das dimensões antropológicas desses trabalhadores, de questões sobre qualidade e produtividade no trabalho e da construção de uma teoria própria do trabalho em organizações

de saúde. Também destacaram a lacuna de abordagens alternativas de gestão do trabalho, estudos acerca da dimensão subjetiva dos trabalhadores e de alternativas teórico-metodológicas que sustentem a complexidade do trabalho no cotidiano dessas organizações.

### Momento atual: um redirecionamento?

Nos últimos tempos, sujeitos políticos relacionados com a questão dos RHS (Abrasco, Conass, CNS) têm sinalizado a falta de priorização dessa temática, especialmente nos processos de reforma do Estado, desencadeados na década de 1990. Identifica-se, em documentos recentes, que a área vem sendo considerada como a mais complexa do SUS, recolocando a necessidade de um resgate da gestão do trabalho em saúde como política pública e igualmente a necessidade de valorização profissional e da regulação das relações de trabalho.

É assim que, em 2002, com a criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, explicita-se o papel do gestor federal quanto às políticas de formação, desenvolvimento, planejamento e gestão

da força de trabalho em saúde no país. As questões do trabalho retornam levando a uma reflexão sobre que modelo de Estado deve orientar as relações com a sociedade. As recentes diretrizes apontadas pela SGTES visam: regular a mobilidade profissional, valorizar a força de trabalho e gerar satisfação com o trabalho. Busca-se, ainda, uma melhor compreensão de processo de trabalho, a implementação da educação permanente, o reconhecimento das mesas de negociação como espaço democrático de equacionamento dos conflitos nas relações de trabalho além da instituição de processos de avaliação de desempenho com participação dos trabalhadores.

Parece que o momento atual aponta para um possível deslocamento da tradicional área de RHS em direção a uma concepção mais ampliada e necessariamente integrada acerca da gestão e qualificação do trabalho no SUS. Esse processo, ainda que visível apenas na esfera federal, deve transcender a alteração na denominação da estrutura ministerial responsável pela área, associando-se à busca de alternativas teórico-metodológicas que possam sustentar as reorientações demandadas.

Assim, as questões priorizadas na atual agenda da área de gestão do trabalho e da educação no SUS, como o pla-

no de cargos, carreiras e salários, a despreciação do trabalho, a mesa de negociação permanente, a estratégia de educação permanente, a avaliação de desempenho e os incentivos à produtividade, merecem ser contempladas ampliando-se os enquadramentos tradicionalmente utilizados pela área de ‘Recursos Humanos’.

### Para saber mais:

BRASIL/Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Desenvolvimento do sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL/Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: agenda positiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRITO, P. Presentación – El mundo del trabajo en el ámbito de la salud. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, Ano 8, 15: 5-14, 2002.

MENDES GONÇALVES, R. B. *A Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1993. (Relatório de seminário)

PAIM, J. S. *Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

PEDUZZI, M. & SCHRAIBER, L. B. *A Pesquisa na Área de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*. In: Workshop Mapeamento de Projetos de Pesquisa e Intervenção sobre Recursos Humanos em saúde, no âmbito nacional. São Paulo, maio 2000. (Mimeo.)

PIERANTONI, C. R. *Reformas da Saúde e Recursos Humanos: velhos problemas x novos desafios*, 2000. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Uerj.

## REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA EM SAÚDE

*Emerson Elias Merhy  
Túlio Batista Franco*

A ‘reestruturação produtiva’ é a resultante de mudanças no modo de produzir o cuidado, geradas a partir de inovações nos sistemas produtivos da saúde, que impactam o modo de fabricar os produtos da saúde, e na sua forma de assistir e cuidar das pessoas e dos coletivos populacionais.

Nem sempre, novas formas de organizar o processo de trabalho resultam em modos radicalmente novos de produzir o cuidado, que sejam capazes de impactar os processos de produção da saúde. As determinações para que uma ‘reestruturação produtiva’ se realize são diversas. Os vários sujeitos, que estão ligados à área da saúde, disputam, nos lugares onde se decide sobre a organização da política e dos serviços de saúde, seus interesses distintos, como os: corporativos, burocráticos, políticos e de mercado. Mas, no dia a dia dos serviços de saúde, também há uma disputa importante pelo modo de cuidar de indivíduos e de populações; por exemplo, em uma mesma equipe de saúde pode-se encontrar trabalhadores de saúde, da mesma pro-

fissão, que têm atitudes de escutar o que o usuário diz bem diferentes. Eles disputam lá no cotidiano maneiras distintas de fazer saúde.

Como consequência dessas disputas, o modelo tecnológico de produção da saúde pode caracterizar-se a partir de diversos dispositivos de mudança no modo de produzir saúde, que não necessariamente alteram o seu núcleo tecnológico. A mudança que provocam não é tão profunda no sentido de desviar a lógica da produção de saúde, modificando a hegemonia centrada no trabalho morto (os mais comuns, hoje, como aqueles que estão voltados para a produção de uma prática centrada na produção profissional de procedimentos duros, dependentes de equipamentos e máquinas, e que têm-se tornado um fim em si mesmo) para uma outra centrada no trabalho vivo em ato, que pode direcionar-se pela centralidade nos atos de produção de vínculos, acolhimento, atos de fala, em função da finalidade de cuidar do outro e responder ao mundo acerca de suas necessidades de saúde.

Por exemplo, a incorporação de novas tecnologias no trabalho em saúde na assistência hospitalar pode alterar o modo de produção do cuidado, e, assim, caracterizar uma forma de ‘reestruturação produtiva’, pois altera os processos de trabalho e impacto no modo de realizar atos de saúde, construindo a assistência. No entanto, o núcleo tecnológico dos processos de trabalho, criadores dos produtos, pode permanecer como antes, ‘trabalho morto centrado’, com grande captura do ‘trabalho vivo em ato’. Em relação ao Programa Saúde da Família, pode-se assistir ao mesmo fenômeno conservador, quando este não consegue alterar os processos de trabalho centrados na produção de procedimentos médicos, estruturados a partir dos seus atos prescritivos – buscando como finalidade mais a produção do procedimento do que qualquer outra coisa e comandando as ações dos outros trabalhadores. Desse modo, ele muda a forma de produzir saúde a partir dos grupos familiares e da referência no território, mas o núcleo tecnológico onde se processa o cuidado continua centrado em um grande predomínio do trabalho morto, que opera basicamente a construção de um modo de cuidar, focado na produção dos procedimentos em si.

Nesses dois exemplos citados, podem-se observar mudanças nos processos de trabalho e na forma de produzir o cuidado, mas não a ponto de alterar a lógica produtiva e de formar uma outra maneira de construção do cuidado.

As mudanças dos processos produtivos na saúde podem ser verificadas na incorporação de novas tecnologias de cuidar, nos processos produtivos, nas outras maneiras de organizar o processo de trabalho e, até mesmo, nas mudanças das atitudes dos profissionais no modo de cuidar do outro. Isto é, processos de subjetivação dos profissionais, que mexam nos seus modos de enxergar e de valorizar a vida do outro, também podem determinar uma certa ‘reestruturação produtiva’, desde que impactem o modo de produzir o cuidado. A ‘reestruturação produtiva’, como é um processo, inclusive que acontece no cotidiano do fazer a produção da saúde, pode ocorrer de forma desigual e em diversos graus de mudança, no interior dos processos de trabalho.

O debate em torno das tecnologias de trabalho em saúde teve como uma das primeiras referências a obra de Mendes Gonçalves (1994), que as define como “tecnologias materiais”

(máquinas e instrumentos) e “tecnologias não materiais” (conhecimento técnico). Mendes Gonçalves sugere, para nossa interpretação, que no trabalho em saúde há uma micro-política, pois os saberes tecnológicos (como a clínica e a epidemiologia) podem adquirir no mesmo serviço, dependendo do trabalhador e da organização do modelo assistencial onde atua, formatos tão diferentes que o modo de fazer o cuidado, no mesmo serviço, pode ser o oposto do outro. Nesta direção, podemos lançar mão de outras categorias para designar e compreender as tecnologias de trabalho: as centradas em máquinas e instrumentos, chamadas de ‘tecnologias duras’; as do conhecimento técnico (saberes), ‘tecnologias leve-duras’; e as das relações, “tecnologias leves”. Todas estas dimensões das tecnologias operam o ‘trabalho morto’ e o ‘trabalho vivo em ato’, compondo assim os distintos processos de produção da assistência à saúde, que definem o núcleo tecnológico do trabalho.

Verifica-se que, para além das máquinas e do conhecimento técnico, há algo nuclear no trabalho em saúde, que são as relações entre os sujeitos e o agir cotidiano destes. Essa permanente atuação no cenário de produção da saúde configura, então, a

“micropolítica do trabalho vivo em ato”. Trata-se sobretudo do reconhecimento de que o espaço onde se produz saúde é um lugar onde se realizam também os desejos e a intersubjetividade, que estruturam a ação dos sujeitos trabalhador e usuário, individual e coletivo. É onde o tipo de trabalhador e de coletivos de trabalho fazem a diferença, pois fazem de suas liberdades micropolíticas formas de ação ético-político direcionadas. E, assim, conforme compreendem o que é o outro, modificam seus modos tecnológicos de construir o cuidado, intervindo nas formas de uso de suas ferramentas conhecimento e equipamentos.

É possível haver, portanto, várias formas de ‘reestruturação produtiva’, sempre centradas na idéia de que há mudanças nos processos de trabalho e no modo de produzir o cuidado. Mas, se estas mudanças conseguem de fato alterar o núcleo tecnológico do cuidado, criando não só novos modos de produzir coisas antigas, mas produzindo novos produtos, entendemos que a ‘reestruturação produtiva’ alçou ao patamar de uma ‘transição tecnológica’. Este é o caso de um cuidado centrado nas tecnologias leves, que passam a organizar um modo de produção centrado no trabalho vivo em ato e

focado no mundo das necessidades do usuário, como determinação e decisão dos sujeitos que o operam (trabalhador e usuário), conformando um modo de produção totalmente novo. Por isso, a noção de ‘transição tecnológica’ não é obrigatoriamente um conceito do bem, pois há situações de ‘transição tecnológica’, que não levam em conta o mundo do usuário como seu objeto principal. É o que ocorreu no começo do século XX, quando houve uma ‘transição tecnológica’ para a medicina das especialidades, que continuou o procedimento de lógica centrada, em que o benefício do usuário era consequente e não nuclear.

A ‘transição tecnológica’ traz em si a idéia de que há mudanças de sentido na produção do cuidado; de que há, de fato, uma nova forma de conceber o próprio objeto e a finalidade do cuidado. Alterando de modo significativo a lógica de produção do cuidado, muda o núcleo tecnológico.

Vale chamar a atenção para o fato de que, hoje, há uma disputa por uma transição tecnológica na saúde que é do interesse do capital financeiro, aplicado no campo da saúde, que também procura superar a lógica procedimental, dando ênfase na valorização das tecnologias leves, como as relacionais de cuidado e as vinculadas às formas

de fazer a gestão dos processos de cuidar, mas que não estão olhando para o mundo das necessidades de saúde, individuais e coletivas, porque a sua finalidade é gerar processos produtivos de cuidar que controlem a incorporação de tecnologias duras, visando à obtenção de ganhos para o capital financeiro.

Essa situação nova vem criando um outro pólo de disputa no campo da saúde entre os grupos de interesses do capital vinculado ao complexo médico-industrial e os que compõem o complexo financeiro da saúde. É uma disputa entre interesses capitalistas distintos.

Hoje, é conhecido como atenção gerenciada (ou *managed care*) esse modo como o capital financeiro na saúde vem intervindo para realizar o seu controle e domínio do território de construção do cuidado em saúde, contrapondo-se de um lado ao interesse do modelo médico-hegemônico e do outro ao modelo centrado na defesa da vida, individual e coletiva, para o qual a vida é em si o patrimônio de investimento social.

Por isso, é interessante olhar com atenção o conjunto desses processos de reestruturação produtiva e de transição tecnológica, pois os grupos do capital financeiro vêm-se utilizando

intensamente de dispositivos muito semelhantes aos do modelo em defesa da vida para provocar uma ‘reestruturação produtiva’, na qual são acrescentados processos de subjetivação, que buscam um modo de agir no mundo do trabalho em saúde – também com predomínio do trabalho vivo em ato e das tecnologias leves no processo produtivo de cuidar e na gestão das linhas de cuidado – voltando-se, entretanto, para a produção de capital e não de mais vida. Assim, este movimento não é na direção do interesse do usuário, mas na do próprio mercado da saúde. Isso faz com que apareça no mercado um discurso em defesa da produção da saúde, mas de modo instrumental, pois o objetivo central é o lucro com o cuidado de grupos populacionais que não fiquem doentes ou não consumam atos de saúde e que no máximo são reconhecidos como simples

consumidores de um produto qualquer, como se não tratasse da área da saúde e de algo que pode interferir na qualidade do bem que temos – a nossa vida e a capacidade de vivê-la.

### Para saber mais:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/MS-BRASIL. *Duas Faces da Mesma Moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005. (Regulação e Saúde 4)

FRANCO, T. B. *Processos de Trabalho e Transição Tecnológica na Saúde*, 2003. Tese de Doutorado, São Paulo: Unicamp.

MENDES GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

PIRES, D. *Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil*. São Paulo: Editora Annablume, 1998.



# S

## SAÚDE

Madel Therezinha Luz

### Origens etimológicas do termo

Saúde, em português, deriva de *salude*, vocábulo do século XIII (1204), em espanhol *salud* (século XI), em italiano *salute*, e vem do latim *salus* (*salutis*), com o significado de salvação, conservação da vida, cura, bem-estar. O étimo francês *santé*, do século XI, advém de *sanitas* (*sanitatis*), designando no latim *sanus*: “são, o que está com saúde, aproximando-se mais da concepção grega de ‘higiene’, ligada deusa *Hygea*. Em seu plural de origem idiomática, o termo ‘saúde’ designa, portanto, uma afirmação positiva da vida e um modo de existir harmônico, não incluindo em seu horizonte o universo da doença. Pode-se dizer, deste ponto de vista, que ‘saúde’ é, em sua origem etimológica, um ‘estado positivo do viver’, aplicável a todos os seres vivos e com mais especificidade à espécie humana.

Em relação aos humanos, o estado de ‘saúde’, romano ou grego, implicaria um conjunto de práticas e hábitos harmoniosos abrangendo todas as esferas da existência: o comer, o beber, o vestir, os hábitos sexuais e morais, políticos e religiosos. Implicaria virtudes específicas ligadas a todas essas esferas, e também em vícios, que poderiam degradar o estado de harmonia, ensejando o adoecimento e, no limite, a morte.

A virtude capital ligada à ‘saúde’ seria a prudência, que não era certamente, como na cultura contemporânea, um vigilante cuidado ligado ao medo de adoecer, mas um agir equilibrado, como um ‘caminho do meio’, que evitaria os extremos, nocivos ao equilíbrio e, conseqüentemente, ao estado de ‘saúde’ do indivíduo, dos grupos e da sociedade, entre os quais não havia a separação característica da sociedade moderna. Em suma, o im-

S

portante a salientar aqui é que ‘saúde’, mais que um estado ‘natural’, é uma definição construída social e culturalmente. E nossa definição atual está muito longe de sua origem etimológica, tendo caminhado em sentido restritivo, senão oposto, ao longo dos últimos dois séculos.

### Definições e concepções de saúde e doença na modernidade ocidental

A preocupação social com a doença das populações, primeiramente, em função das pestes e guerras (frequentemente implicadas nas epidemias) que dizimam a Europa no alvorecer da idade moderna, nos séculos XIV a XVII, e posteriormente dos indivíduos, durante os séculos XVIII e XIX, prenuncia a relação peculiar da modernidade entre vida humana e política, que o filósofo Michel Foucault (2003) designou de biopoder. Pois ser a partir de políticas de ‘saúde’, isto é, de medidas de ‘combate’ (mais tarde, durante o século XX, de ‘prevenção’) às doenças coletivas e individuais, que instituições médicas, investidas do poder de Estado (polícia médica), como assinalou George Rosen (1994), definirão o estatuto do viver e suas normas no plano individual e coletivo.

Assim, nasce a ‘saúde pública’, com a dupla missão de combater e prevenir doenças coletivas, ou mesmo individuais, que, por contágio ou transmissão, ameacem a organização social e a ordem pública.

A medicina, de arte ou saber prático, associa-se aos saberes científicos ligados à matéria, em contínua revolução, transformando-se progressivamente, ela também, em ciência, em conhecimento das doenças, tornando-se seu centro de pesquisa as patologias em sua origem ou causalidade, seja no meio ambiente físico ou biológico, no exterior ou interior da denominada ‘máquina’ humana. Neste contexto, a terapêutica, como arte milenar da cura de seres humanos, sofre um progressivo deslocamento do olhar epistemológico, tanto no plano da produção de evidências (saber) como no da intervenção clínica (prática), tornando-se secundária diante da ciência diagnóstica. Combater as doenças não será mais necessariamente sinônimo de curar doentes. A clínica moderna, como assinala Foucault, será uma trajetória de busca à morte, ou do que pode matar, no interior do corpo humano. E a cultura incorpora, com o passar do século XX e as “vitórias da ciência, como define a imprensa, a visão de ‘saúde’ como ausência relativa ou total de do-

ença, em coletividades e indivíduos. Ter ‘saúde’, ser sadio, passa a significar não estar doente, não ser portador de patologia ou, mais positivamente, estar em ‘parâmetros de normalidade sintomática’. O estado de normalidade sintomática é, portanto, a definição institucional do estado de ‘saúde’ em nossa sociedade. Torna-se concepção hegemônica não apenas entre os profissionais de todas as formações ligadas ao saber biomédico, como na sociedade civil e nas instituições como um todo, sobretudo nos órgãos encarregados de formar a opinião pública, conhecidos como mídia. Hegemônico não significa, entretanto, único, mas dominante.

A partir do fim da Segunda Guerra Mundial, e durante a segunda metade do século XX, as recém-criadas organizações internacionais de ‘saúde pública’ – Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), sobretudo a OMS, de caráter mundial – propõem novas definições, de caráter mais positivo e abrangente que as veiculadas pelas instituições médicas: “estado de completo de bem-estar físico, mental e social”, por exemplo, por utópico que nos pareça, é uma definição que se propõe a superar, em termos de concepção, a visão mecânica do ho-

mem conjunto de partes, dominante nas especialidades médicas, buscando reassociar as dimensões em que se insere a vida humana: social, biológica e psicológica. Recentemente associou-se a dimensão ‘espiritual’ à definição, e não é sem fundamento supor que em futuro próximo a dimensão ‘ambiental’ fará também parte oficial da definição sanitária, completando assim o sistema de dimensões que encerram o viver humano em complexa teia de relações. As concepções implícitas nessa definição não apenas exprimem, mas ampliam o campo da ‘saúde pública’, indo assim ao encontro do campo inter ou transdisciplinar da ‘saúde coletiva’, em constituição há três décadas.

## Concepções holísticas ou vitalistas presentes na cultura da saúde

Além destas concepções, ligadas às instituições que definem socialmente a ‘saúde’, encontramos na cultura ocidental contemporânea outras, de natureza vitalista, ou ‘holísticas’, ligadas a paradigmas distintos dos dominantes na sociedade ocidental. Entre elas devem ser salientadas aquelas ligadas às medicinas orientais, como a medicina chinesa ou à medicina indiana

(M.T.C. e Ayurvédica), que definem ‘saúde’ como um estado de harmonia da força ou energia vital que circula em todos os órgãos (medicina chinesa), em todos os tecidos (medicina ayurvédica), tendo ela a capacidade de regular, por seu fluxo harmonioso, os eventuais desequilíbrios do ser humano, considerado por essas medicinas como um todo bio-sócio-psíquico-espiritual. Além dessas, temos as medicinas ocidentais homeopática e antroposófica, para as quais o ser humano é também uma totalidade interconectada com a natureza e os outros seres vivos, nos quais circula a energia vital. O adoecimento seria o efeito do desequilíbrio ou desarmonia desta energia. A ‘saúde’, neste caso, é um estado de harmonia energética, e sua conservação depende de hábitos e sentimentos saudáveis. Essas medicinas, e outras tradicionais, que incluem sistemas médicos indígenas, orientam-se por lógicas de intervenções terapêuticas e diagnósticas que não se enquadram no que denominamos medicina científica, atuando com outras lógicas, paradigmas, ou racionalidades. Final-

mente, temos definições vitalistas não filiadas a nenhum sistema médico, mas a saberes e práticas ‘populares’, onde ‘saúde’ é frequentemente definida como boa disposição para a vida diária e suas atividades, sobretudo o trabalho.

### Para saber mais:

Enciclopédia Mirador Internacional - São Paulo, Rio de Janeiro; Encyclopedia Britannica do Brasil Publicações Ltda, V. 18, Verbete Saúde, p. 10271-10274.

FOUCAULT, Michel - O nascimento da clínica; Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1977.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 18.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

LUZ, Madel Therezinha - Natural, Racional, Social - Razão médica e racionalidade científica moderna; São Paulo, HUCITEC, 2004 (2ª edição revista e prefaciada)

LUZ, Madel Therezinha - Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva - Estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo, HUCITEC, 2005 (2ª edição)

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Editora Unesp, 1994.

## SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

*Lígia Bahia*

A expressão ‘Sistema Único de Saúde’ (SUS) alude em termos conceituais ao formato e aos processos jurídico-institucionais e administrativos compatíveis com a universalização do direito à saúde e em termos pragmáticos à rede de instituições – serviços e ações – responsável pela garantia do acesso aos cuidados e atenção à saúde. Os termos que compõem a expressão ‘SUS’, espelham positivamente críticas à organização pretérita da assistência médico-hospitalar brasileira. ‘Sistema’, entendido como o conjunto de ações e instituições, que de forma ordenada e articulada contribuem para uma finalidade comum, qual seja, a perspectiva de ruptura com os esquemas assistenciais direcionados a segmentos populacionais específicos, quer recortados segundo critérios socioeconômicos, quer definidos a partir de fundamentos nosológicos. ‘Único’ referido à unificação de dois sistemas: o previdenciário e o do Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde, consubstanciada na incorporação do Instituto Nacio-

nal de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) pelo Ministério da Saúde e na universalização do acesso a todas ações e cuidados da rede assistencial pública e privada contratada e ao comando único em cada esfera de governo. ‘Saúde’ compreendida como resultante e condicionante de condições de vida, trabalho e acesso a bens e serviços e, portanto, componente essencial da cidadania e democracia e não apenas como ausência de doença e objeto de intervenção da medicina; a saúde, tomada como medida de determinações sociais e perspectiva de conquista da igualdade, contrapõe-se ao estatuto de mercadoria assistencial que lhe é conferido pela ótica economicista, tal como definida na VIII Conferência Nacional de Saúde é “a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde”.

S

## Histórico: o contexto de formulação e inscrição do sus na Constituição de 1988

O SUS foi formulado, na esteira da luta pela redemocratização do Brasil, por intelectuais, entidades de profissionais de saúde, estudantis e outras entidades da sociedade civil. Como expressão institucional da Reforma Sanitária, o SUS, entre outras referências, inspirou-se no processo de mudança no sistema de saúde italiano –denominado *Riforma Sanitaria* do qual se originou a Lei n. 833 de 1978 sobre a *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*. A convergência entre as mudanças teórico-conceituais acerca das concepções sobre as relações entre saúde, Estado e sociedade e as lutas pelas liberdades democráticas contra o regime militar confluíram para a formulação e tradução operacional da Reforma Sanitária Brasileira. O lema “saúde é democracia” embalou as proposições da Reforma Sanitária difundidas durante a preparação e realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. A efervescência dos movimentos sociais a partir da metade da década de 1970, a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

(Cebes), em 1976, as experiências locais alternativas de organização de serviços de saúde, a presença de sanitaristas no planejamento de instituições de saúde e, sobretudo, o intenso debate e a apresentação de reflexões, em fóruns dos movimentos sociais e nas arenas governamentais, sobre as alternativas à hegemonia dos interesses mercantis na assistência médica previdenciária, tornaram-se os ingredientes essenciais para a elaboração das diretrizes do SUS. Durante o I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados em 1979, o documento do Cebes intitulado “Saúde é Democracia” sinalizou para a necessidade de criação de um sistema único e para a necessidade de transformação das ações de saúde em bens sociais gratuitos sob responsabilidade do Estado a partir de uma base eficaz de financiamento. Tais premissas justapostas às aceções sistêmicas e universalistas sobre previdência e assistência social fundamentaram a inscrição do SUS como integrante das ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social no artigo 194 da Constituição de 1988.

## Fundamentos teóricos-políticos do SUS

O SUS resulta da formulação e legitimação de estratégias de reordenação do sistema de saúde brasileiro postas em disputa com teorias divergentes sobre as concepções sobre saúde-doença e distintos projetos de poder no campo da saúde. A partir da concepção histórico-estruturalista, os estudos sobre as relações entre medicina e sociedade enfatizaram a necessidade de desvendar os padrões de intervenção estatal específicos na área da saúde. As interpretações sobre as articulações entre saúde e política econômica buscaram evidenciar simultaneamente: 1) a natureza objetiva (histórico-material) da sociedade, a identificação de padrões, variações e matizes dos arranjos político-institucionais presentes no setor saúde no Brasil; 2) a identificação e análise da origem e das contradições entre projetos de atores singulares, suas projeções no Estado, visto não apenas como *locus* de preservação de legitimação, mas também como arena de disputa por hegemonia. O padrão dual de desenvolvimento social e econômico e seus rebatimentos sobre os níveis de desigualdade e indicadores de saúde,

em um contexto pautado pela emergência de demandas complexas em termos sociais, biológicos e geográficos questionavam as respostas estatais centradas em programas de controle de endemias, por meio da atuação do Ministério da Saúde ou do atendimento individual a determinadas categorias de trabalhadores, administrado pela Previdência Social. No final dos anos 70, o descompasso entre as receitas e as despesas com saúde e as críticas à natureza dicotomizada e fragmentada do sistema foram incluídos nas agendas de reivindicação dos movimentos sociais e nas pautas da grande imprensa. No período de transição democrática, a feição nacional e universalista da luta pela transformação do sistema de saúde e das condições de saúde da população brasileira viabilizou alianças com setores progressistas de diferentes orientações político-partidárias. Os compromissos com a produção de conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde, com o movimento por mudança no sistema de saúde e mudanças na sociedade brasileira lastrearam a formulação do SUS. No início da denominada Nova República, a coalizão suprapartidária e a mobilização social, essenciais para a inclusão

da Seguridade Social e do SUS como direitos de cidadania, tornaram exequível a nomeação de integrantes do movimento sanitário para cargos de direção no Ministério da Saúde e na Previdência Social, que, por seu turno, construíram as bases técnico-operacionais para a transferência de recursos humanos, financeiros e físicos e competências do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social para o Ministério da Saúde.

### Bases jurídico-legais do SUS

O direito à saúde elevado ao patamar de direito essencial em função de sua ligação intrínseca com o direito à vida e à dignidade da pessoa humana no âmbito da positivação dos direitos sociais atribuída pela Constituição de 1988, traduz-se no reconhecimento da saúde como direito público subjetivo de eficácia plena e imediata. A tutela estatal e o agir positivo, ao ensejarem a criação e efetivação de políticas públicas, fazem com que esses direitos adquiram caráter coletivo. O SUS, responsável pela garantia do exercício do direito à saúde, tem como suportes doutrinários o direito universal e dever do Estado (artigo 196 da Consti-

tuição Brasileira de 1988); a integralidade das ações de saúde; a descentralização, com direção única em cada esfera de poder e a participação da sociedade (artigo 198). Em termos operacionais, trata-se de um sistema unificado, regionalizado, com atribuições definidas por esfera de governo, financiamento compartilhado e áreas de competências e abrangência firmadas. A saúde passa a ter o estatuto de bem de relevância pública tal como previsto no artigo 197, que define a competência do poder público na regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde. O artigo 199 franqueia à iniciativa privada a participação nas atividades de saúde. As áreas de atuação e competência dos órgãos do sistema de saúde são definidas no artigo 200. Segundo este dispositivo, o controle, fiscalização, execução e ordenamento das políticas, ações e programas referentes a itens diversos, tais como alimentos, medicamentos, equipamentos, hemoderivados, saneamento básico, formação de recursos humanos para a saúde, ambientes de trabalho, desenvolvimento científico e tecnológico e meio ambiente são atribuições do SUS. O conteúdo constitucional do SUS é discriminado e detalhado em duas leis orgânicas, a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90.



A Lei 8.080/90 contém dispositivos relacionados com o direito universal, relevância pública, unicidade, descentralização, financiamento, entre outros, enfatizando a definição das atribuições de cada esfera de governo dentro do novo sistema. A Lei 8.142/90 dispõe sobre o caráter, as regras de composição, regularidade de funcionamento das instâncias colegiadas do SUS – o conselho e a conferência de saúde – e transferências intergovernamentais de recursos. Ao longo do tempo, a legislação ordinária foi complementada por decretos de autoria do poder executivo ou do legislativo e normas emanadas do Ministério da Saúde, entre as quais as normas operacionais básicas (NOBs) que determinaram as regras para o repasse dos recursos federais às esferas subnacionais.

### O processo de implementação dos princípios e diretrizes organizacionais do SUS

Os questionamentos à Constituição de 1988, especialmente quanto à generosa e abrangente perspectiva de organização de um sistema integrado

de seguridade social e ao apoio às propostas de organização de seguros baseados na relação contribuição-benefício sob regime de capitalização emanadas do receituário de ajuste fiscal, alteraram o curso de implementação do SUS. No início dos anos 90, a conjuntura adversa aos projetos de corte universalista contribuiu para a fragmentação das bases de apoio político, não observância das normas sobre as receitas e destinos do orçamento da ‘seguridade social’ e distintas velocidades da regulamentação de cada um de seus componentes: saúde, previdência e assistência social. A fragmentação da seguridade social e, em especial, o não cumprimento dos preceitos constitucionais relacionados com o financiamento da saúde limitaram a plena implementação do SUS. Em 1993, o então Ministério da Previdência e Assistência Social retirou as transferências destinadas à saúde a partir da contribuição sobre a folha de salários. Desde então, a resistência contra o subfinanciamento da saúde tem sido a tônica de entidades da sociedade civil, parlamentares e integrantes do poder judiciário e do ministério público, e a participação das esferas subnacionais, principalmente os municípios, tem sido crescente. A mobilização permanente em torno da garantia de recursos para

a saúde gerou compromissos governamentais com a estabilidade dos repasses tal como expressos na Emenda Constitucional 29. No que concerne ao desenho e à execução dos pactos intergovernamentais para consolidar o processo de descentralização e reorganizar as redes do sistema de saúde, os avanços são notáveis. Nos marcos da democracia e do federalismo, o SUS construiu uma estrutura institucional complexa para coordenar as ações dos três níveis de governo: as ações de saúde pública e os serviços de saúde estatais, filantrópicos e privados. As Comissões Gestoras Bipartite e a Comissão Tripartite, integradas por representantes das três esferas de governo, são instâncias de decisão compartilhada sobre políticas de saúde. Os governos locais tornaram-se essenciais na organização da atenção à saúde, e os representantes dos usuários, profissionais de saúde e gestores civis dispõem de instrumentos para formular políticas de saúde, controlar e fiscalizar a ação das instituições de saúde. Contabilizam-se ainda, entre os expressivos avanços da estruturação de um sistema único e descentralizado, os êxitos do impacto sobre o controle/redução de agravos relacionados com a oferta de atenção universal a grupos populacionais definidos. Contudo, o SUS, no que

concerne especialmente à oferta de assistência médico-hospitalar, não é universal. A preservação da segmentação das demandas condiciona e de certo modo legitima o subfinanciamento público para a atenção universal à saúde e desafia permanentemente a lógica da organização do SUS. A vigência da clivagem assistencial afeta a equidade do acesso aos serviços de saúde, os valores sobre a qualidade do que é público e a própria definição de SUS. Os usos correntes do termo SUS, como sinônimo de um convênio de repasse de recursos ou órgão de compra de serviços e não como sistema de saúde, restringem drasticamente sua natureza e atribuições constitucionais. Alternativamente, a imunidade do direito à saúde tal como previsto pela Constituição de 1988 às tentativas de desfigurá-lo, bem como os efeitos favoráveis da inclusão e universalização das ações de saúde conferiram ao SUS o estatuto de política de Estado e modelo exemplar de sistema de saúde na América Latina.

## O resgate do SUS constitucional

As avaliações sobre a persistência de problemas de saúde e elevadas de-

sigualdades econômico-sociais e no acesso a bens e serviços *vis-à-vis* o subfinanciamento, as distorções na estrutura dos gastos públicos e a subordinação das políticas sociais em face da ‘financeirização’ do orçamento público estimularam a realização do VIII Simpósio da Câmara Federal sobre Política Nacional de Saúde em 2005. O debate e a mobilização para o resgate do SUS constitucional implicam a defesa da seguridade social e a definição de uma política nacional de desenvolvimento e, portanto, revisão da política monetária. Recursos oriundos da desvinculação de receitas da União, inclusive das contribuições sociais e do elevado superávit fiscal, devem ser redirecionados para as políticas sociais. As iniciativas de criar e reunir um Fórum da Reforma Sanitária na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e a realização de reuniões conjuntas da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rede Unida, Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), Associação Nacional de Promotores do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa) e a Frente Parlamentar da Saúde permitiram ampliar e aprofundar a reflexão e as propostas de resgate do SUS constitucional. O documen-

to “SUS pra Valer: universal, humanizado e de qualidade”, assinado por essas entidades, elaborado no segundo semestre de 2006, contendo estratégias programáticas, reafirma a imprescindibilidade da compatibilização dos padrões de saúde dos brasileiros ao progresso tecnológico, cultural e político disponível. Por sua vez, as instituições responsáveis pela gestão do SUS definiram novas diretrizes para a descentralização no Pacto pela Vida, em Defesa do ‘SUS’ e de Gestão, proposto pelo Ministério da Saúde, Conselho de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) em 2006. Medidas como o reforço à organização das regiões sanitárias, a co-gestão, a base do financiamento tripartite como parâmetro para o planejamento e definição de responsabilidades sanitárias compartilhadas aproximam a trajetória do SUS real a do SUS constitucional. Os esforços para corrigir o rumo e o prumo da trajetória do SUS, quer oriundos da esfera da sociedade civil, quer gerados na esfera governamental, ainda que até agora tenham logrado contra-restar plenamente obstáculos estruturais, expressam a vitalidade e perenidade de seus princípios e diretrizes.

### Para saber mais:

SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: coletânea de leis e julgados da saúde*. 2.ed. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2003.

DALLARI, S. G. (Org.) *O Conceito Constitucional de Relevância Pública*. São Paulo: Organização Pan-Americana da Saúde, 1992.

ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

CAMPOS, G. W. de S. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: Hucitec, 1992.

TEIXEIRA, S. F. *O Estado Sem Cidadão: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

## SOCIABILIDADE NEOLIBERAL

André Silva Martins

**S**ociabilidade é uma expressão empregada na produção acadêmica em diferentes sentidos. Em geral, é relacionada às análises sobre os modos de viver e de ser em sociedade, em comunidades ou em pequenos grupos sociais. Historicamente, o conceito de sociabilidade vem sendo disputado por diferentes correntes de pensamento presentes no debate das ciências sociais.

Em autores clássicos encontramos importantes formulações que oferecem elementos para a compreensão do alcance teórico do conceito de sociabilidade e, de modo particular, do significado de sociabilidade neoliberal tão presente na atualidade.

As formulações de John Locke (1632 a 1704) representam um marco no pensamento político. Suas idéias serviram de base para as lutas da burguesia contra o absolutismo e mais tarde inspiraram a doutrina liberal, sobretudo em suas formulações sobre Estado. Em seus escritos políticos é possível localizar registros importantes para traçarmos a gênese do conceito em questão.

Para Locke todos os homens seriam iguais e independentes por natureza, ninguém poderia/deveria prejudicar ou ameaçar os ‘direitos naturais’ do outro, principalmente o ‘direito natural’ à propriedade, pois ela faria par-

te da constituição do próprio indivíduo, estando relacionada à condição de sobrevivência do ser e da humanidade. No pensamento lockeniano, liberdade e propriedade seriam, portanto, indissociáveis.

Para ele, a propriedade estaria ligada ao ‘estado de natureza’, teria surgido antes mesmo da sociedade. No pensamento lockeniano, a expansão da propriedade privada, mesmo criando a desigualdade entre os homens, não violaria o preceito da ‘lei natural’. A teorização de Locke indica ainda que o modo de vida (sociabilidade) seria constituído para o indivíduo e pelo indivíduo (seres isolados e racionais) e, num segundo plano, pelo ‘contrato social’, ou seja, um acordo coletivo entre indivíduos para preservar os ‘direitos naturais’ de cada um, formando, assim, a sociedade e o Estado (centro de poder). Considerando que o indivíduo vem antes da sociedade, a delimitação da sociabilidade envolveria dois planos: no primeiro pelo individualismo; num segundo plano, pelo contrato social, cujo foco seria a preservação da propriedade.

A perspectiva liberal de sociabilidade foi tratada também por outro importante formulador político, Adam Smith (1723 a 1790). Em alguns de seus escritos encontramos outras referên-

cias para delimitar a gênese do conceito. Suas formulações não se restringiram ao contexto de sua época, ultrapassaram o tempo, inspirando ações políticas para afirmar um padrão capitalista de sociabilidade.

Para Smith, os homens organizariam o seu modo de vida em sociedade com base em preceitos naturalmente preestabelecidos pela ordem natural das coisas, reafirmando as idéias de Locke. Os indivíduos seriam regidos por uma racionalidade baseada em interesses privados e na busca incessante do lucro, de maneira egoísta, mas produtiva, cujas repercussões seriam positivas para todos. A associação entre indivíduos obedeceria a uma lei natural e necessária de obtenção ou preservação do lucro. A ‘mão invisível’ do mercado seria a força ordenadora das relações sociais e das condutas individuais. Para legitimar o individualismo, Smith defendia que o somatório dos esforços de cada indivíduo de uma sociedade representaria um resultado positivo para toda a sociedade, uma vez que haveria um aumento geral da riqueza beneficiando a todos, ainda que indiretamente e de forma desigual. Partindo do pressuposto de que a propriedade, a liberdade e a vida existiriam naturalmente antes da organização dos homens em socieda-

de, Smith acreditava que as regras e as condutas pessoais deveriam ser preservadas e incentivadas como referências para o perfeito funcionamento de qualquer sistema social. O interesse próprio seria o ponto fundamental do ordenamento das relações sociais, envolvendo trabalho e vida em todas as suas dimensões. A esse respeito Smith argumentava que:

Numa sociedade civilizada o homem necessita constantemente da ajuda e cooperação de uma imensidade de pessoas, e a sua vida mal chega para lhe permitir conquistar a amizade de um pequeno número. Em quase todas as outras espécies animais, cada indivíduo, ao atingir a maturidade, é inteiramente independente, e, no seu estado normal, não necessita da ajuda de qualquer outro ser vigente. Mas o homem necessita quase constantemente do auxílio dos seus congêneres e seria vão esperar obtê-lo somente da sua bondade. Terá maior probabilidade de alcançar o que deseja se conseguir interessar o egoísmo deles a seu favor e convencê-los de que terão vantagem em fazer aquilo que ele deles pretende. Quem quer que propõe a outro um acordo de qualquer espécie, propõe-se conseguir isso. Dá-me isso, que eu quero, e terás isto, que tu queres, é o significado de todas as propostas desse gênero; e é por esta forma que obtemos uns dos outros a grande

maioria dos favores e serviços de que necessitamos. *Não é da bondade do homem do talho, do cervejeiro ou do padeiro que podemos esperar o nosso jantar, mas da consideração em que eles têm o seu próprio interesse. Apelamos, não para a sua humanidade, mas para o egoísmo, e nunca lhes falamos das nossas necessidades, mas das vantagens deles.* Ninguém, a não ser um mendigo, se permite depender essencialmente da bondade dos seus concidadãos. Até mesmo um mendigo não depende inteiramente dela (1981, p. 94/95, grifo nosso).

Nessa lógica, o individualismo marcaria o modo de vida dos homens e mulheres, sendo a base do equilíbrio social e do funcionamento de toda a sociedade.

Um terceiro intelectual importante para a compreensão do conceito de sociabilidade no capitalismo foi Friedrich August von Hayek (1899 a 1992). Ao atualizar as idéias de Locke e Smith para o século XX e fundar o que foi denominado de neoliberalismo, Hayek definiu que o mercado, centro das relações sociais, e o individualismo, principal marca da ação humana, deveriam ser recuperados com toda ênfase no mundo contemporâneo.

Hayek defendia que o mercado asseguraria uma superioridade a qualquer tipo de regulação econômica e política e a qualquer instituição social,

devendo servir de base para o ordenamento das sociedades e das condutas humanas. Isso possibilitaria que uma sociedade evitasse o massacre e o tolhimento do ser humano, permitindo, assim, a expansão de todas as potencialidades do ser.

Argumentava também que o individualismo não seria sinônimo de egoísmo e desconsideração com o outro. Em sua visão, o egoísmo seria uma qualidade humana ligada à própria dimensão da razão. Considerando que os indivíduos teriam uma capacidade limitada de absorver intelectualmente um conjunto de problemas, demandas e necessidades presentes no mundo, ou ainda de compreendê-los como uma totalidade, Hayek acreditava que não restaria outra opção a não ser valorizar a qualidade natural sem artificialismos. Nessa linha, os homens se organizariam em pequenos grupos para defender os interesses específicos e limitados, e nunca por interesses coletivos que pudessem representar mudanças substantivas na política e na economia. Na lógica hayekiana, os organismos sindicais e partidários de massa deveriam ser abolidos ou redefinidos, abandonando as bandeiras de lutas mais gerais.

A sociabilidade neoliberal proposta por Hayek abrangeria três aspectos

essenciais que deveriam ser difundidos nos processos educativos escolares e não-escolares: o individualismo como valor moral radical, o empreendedorismo e a competitividade.

Embora essas idéias ainda permeiem o mundo de hoje, são as formulações de Anthony Giddens (1938 a ...), em seu esforço para sistematizar o projeto da ‘nova social-democracia’ em nível mundial, que melhor traduzem a sociabilidade neoliberal no século XXI.

Considerando que a atual fase do capitalismo privilegia a ‘libertação psicológica’ dos indivíduos das pressões exercidas pelo mundo polarizado do passado e dos antagonismos entre capital-trabalho, o autor argumenta que o individualismo configura-se como um estilo de vida sem retorno e deve ser tomado como referência para recuperar a coesão cívica que teria entrado em crise com as políticas neoliberais de viés hayekiano.

A grande tarefa para educar a sociabilidade no século XXI seria a eliminação ou resignificação dos símbolos do passado, recriando, assim, a tradição. Para Giddens, o mundo continua reivindicando indivíduos empreendedores e competitivos, mas necessitaria também de indivíduos ‘colaboradores’. Considerando que o Estado

de bem-estar social e o Estado neoliberal, com sua ênfase no mercado, teriam gerado mais problemas do que soluções para a humanidade, ampliando tensões sociais graves, a saída seria para Giddens a criação de algo ‘novo’: a ‘sociedade de bem-estar’, sustentada pelo espírito empreendedor e voluntarioso dos novos tipos humanos.

Nesses termos, a sociabilidade neoliberal no século XXI incorpora as idéias de Locke, Smith e Hayek, e as atualiza com a idéia de cooperação ou colaboração social de caráter não-classista. Assim, em processos sociais moleculares, indivíduos em regime de cooperação, reunidos em pequenos grupos, atuam solidariamente em defesa do ‘bem-comum’. O resultado do processo seria a coesão cívica, algo positivo para cada indivíduo e para o conjunto da sociedade.

A sociabilidade neoliberal do século XXI (ou sociabilidade neoliberal da Terceira Via) é definida como a nova ‘cidadania ativa’, caracterizada pelo: empreendedorismo, competitividade, trabalho voluntário e colaboração social.

Numa perspectiva crítica, sociabilidade corresponde ao ‘conformismo social’ a que homens e mulheres são submetidos num determinado ordenamento político, econômico, so-

cial e cultural (Gramsci, 1999). Os seres humanos, coletivamente, produzem e reproduzem as condições objetivas e subjetivas de sua própria existência, portanto, não as recebem prontas da natureza. A produção da existência humana se desenvolve sob determinadas condições e por diferentes mediações em um dado contexto histórico. O ser humano é, portanto, o conjunto da natureza e da história, uma síntese das forças materiais e culturais presentes em um tempo (Gramsci, 1999; Marx & Engels, 1984).

A sociabilidade é uma construção histórica produzida coletivamente, envolvendo relações de poder e refletida em cada sujeito singular por diferentes mediações, expressando, assim, um ordenamento mais ou menos comum sobre as formas de sentir/pensar/agir. A sociabilidade neoliberal no século XXI indica que há um padrão predominante de percepções, pensamentos e comportamentos que deve ser seguido por todos que desejam ser considerados bons cidadãos e bons trabalhadores.

A sociabilidade neoliberal do século XXI vem permitindo que os sujeitos históricos entendam a exploração do capital sobre o trabalho como algo naturalmente constituído, que seu sucesso ou fracasso é unicamente de-



corrente do seu esforço (de sua capacidade empreendedora e competitiva) e que é possível promover o bem-comum com ações voluntárias, independentemente das condições socioeconômicas e das relações de poder existentes.

### Para saber mais:

LOCKE, J. Segundo tratado sobre o governo. In: *Locke* (Coleção Os Pensadores). São Paulo: Abril, 1978.

HAYEK, F. von A. *O caminho da servidão*. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura. Instituto Liberal, 1987.

GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere. Introdução ao estudo da filosofia. A filosofia de Benedetto Croce*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. vol. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

GIDDENS, A. *Para além da esquerda e da direita. O futuro da política radical*. São Paulo: Editora da Unesp, 1996.

\_\_\_\_\_. *A terceira via: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

KONDER, L. *Os sofrimentos do homem burguês*. São Paulo: Senac, 2000.

MARTINS, A. S. *Burguesia e a nova sociabilidade: estratégias para educar o consenso no Brasil contemporâneo*. Tese de Doutorado. (Doutorado em Educação). Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2007.

MARX, K.; ENGELS, F. *A ideologia alemã*. Tradução de Luis Cláudio de Castro e Costa. Introdução de Jacob Gorender. São Paulo: Moraes, 1984.

PAULANI, L. *Modernidade e discurso econômico*. São Paulo: Boitempo, 2005.

SENNET, R. *A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

SMITH, A. *Riqueza das Nações*. vol 1. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1981.

## SOCIEDADE CIVIL

*Virgínia Fontes*

A categoria de sociedade civil nasce com o mundo burguês, vinculado ao conceito de Estado. Antonio Gramsci, no século XX, critica e reformula o conceito. Na atualidade, tanto o conceito como as próprias entidades da sociedade civil são âmbito de intensas lutas sociais entre uma abordagem (e uma prática) de cunho liberal e uma abordagem (e uma prática) crítica.

Nas origens do pensamento liberal, Hobbes (1588-1674), pensador contratualista anglo-saxônico, descartou o pensamento religioso, analisou as instituições políticas como resultantes de acordo humano e definiu o Estado como um pacto (contrato). Adaptava o conhecimento da sociedade a uma ciência natural empiricista: partia de um pressuposto imediato – o indivíduo – e dele deduzia uma ‘natureza humana’ permanente, fixa, ‘natural’. Tais indivíduos seriam naturalmente egoístas, defendendo seu próprio interesse e tenderiam permanentemente à violência, à luta de todos contra todos. O pacto entre os indivíduos exi-

gia abrirem mão de sua violência ‘natural’, delegando unicamente ao Estado o poder, ou o controle da violência, agora legitimada, garantindo assim o direito à vida. Esse pacto não poderia ser rompido, pois o soberano doravante teria o direito de impô-lo contra qualquer ameaça. O Estado era considerado como um ‘sujeito’, contendo uma lógica própria e uma razão própria. Pouco depois, Locke (1632-1704) manteria essa noção de ‘natureza humana’, agregando a propriedade como seu atributo fundamental. Como decorrência, o Estado tornava-se o garantidor da propriedade. Hoje sabemos que nenhuma evidência histórica lastreia essa suposição de guerra contra todos. As sociedades sem Estado jamais foram marcadas por violência interna similar e, ao contrário, seus integrantes mantinham relações bem menos tensas. Rousseau (1712-1778) apontaria a propriedade privada como base das desigualdades sociais e da violência.

Ainda no pensamento liberal, o pacto estatal implica o surgimento si-

multâneo de duas novas categorias: uma sociedade política e uma sociedade civil. A sociedade política seria constituída pelas instituições do poder soberano (os órgãos do Estado), enquanto a sociedade civil seria a base da vida social. Introduce-se uma cisão insuperável entre o Estado e a sociedade: a sociedade seria ‘natural’, enquanto o pacto seria uma convenção a ser administrada; a sociedade civil seria o local da vida privada, enquanto a sociedade política se regeria por imperativos distintos (vida, segurança, propriedade, ordem e defesa externa constituiriam a razão de Estado); finalmente, e sua derivação mais problemática, o pacto, embora resulte de uma ação humana, não poderia por ela ser rompido, sob o risco de imediato retorno à barbárie (ou violência).

Para Hobbes, a sociedade civil se subordina ao Estado, o qual deteria todos os poderes (defende um Estado Absolutista). Com Locke (e com seus seguidores) a noção se modifica, pois a defesa da propriedade exigiria que o Estado acatasse as reivindicações dos proprietários: todos os homens integrariam a sociedade civil, mas somente os proprietários poderiam se manifestar plenamente. Os principais pensadores políticos liberais subsequentes se ocupariam sobre-

tudo do aperfeiçoamento das instituições governamentais, para melhor assegurar as necessidades e/ou exigências dos proprietários.

Ora, uma natureza humana concebida dessa maneira espelha a sociedade burguesa, na qual competem interesses individuais contraditórios, expressos na sociedade civil. Em contrapartida, o Estado – detentor da violência legítima – parece pairar acima da sociedade, assumindo uma dupla feição. Por sua distância de cada interesse singular, seria o garantidor do interesse de todos (a razão do Estado). Pela mesma razão, não deveria imiscuir-se nos interesses privados da sociedade civil (os interesses burgueses) que, ao contrário, deveria assegurar.

O conceito de sociedade civil e de Estado foi submetido à intensa crítica por Marx e Engels, no século XIX, que demonstram as razões históricas do surgimento de Estados e analisam o caso específico do Estado burguês e capitalista. Desmantelando a noção de ‘pacto’, demonstram como o Estado corresponde à necessidade de classes sociais dominantes para assegurar a reprodução de sua dominação. Assim, explicam a forma real do Estado, a sua aparência e, ainda, os discursos ideológicos ou as apologias do existente.

O Estado é a forma pela qual os diversos interesses das diferentes classes dominantes que historicamente existiram encontram uma forma de unificação interna e se impõem – pelo uso da violência, mas também do convencimento, por meio da ideologia – sobre todo o conjunto social (Marx e Engels, 2007). Não há nenhuma separação entre Estado e sociedade: ao contrário, o Estado resulta da relação entre classes sociais e, portanto, encontra sua razão de ser nesta relação. A aparência de separação – legitimada e reforçada pelos filósofos que sustentavam uma burguesia em ascensão – é a forma pela qual opera exatamente a ideologia. Supor um Estado com lógica própria, distinta daquela que permeia a vida social, permite justificar a perpetuação desta mesma forma de organização da vida social.

Marx e Engels demonstram que o pensamento liberal nascente, mais do que compreender o Estado burguês, tomava parte na luta burguesa contra as formas de Estado precedentes e as antigas classes dominantes. Os liberais consideravam como ‘natureza humana’ as características predominantes na sociedade burguesa; ocultavam a existência da relação social de exploração e subalternização entre as novas classes sociais, idealizando um formato

para Estado e autonomizando-o; desconsideravam o processo histórico que levou à instauração de Estados e, ainda mais grave, aboliam o futuro, apresentando o Estado burguês como necessidade eterna. Sua visão de mundo reiterava permanentemente a dominação burguesa e sua forma de Estado. Após sua crítica radical, Marx e Engels praticamente abandonam o conceito de sociedade civil, relegando-o ao passado liberal.

Caberá a Gramsci refundar o conceito, porém em estreita consonância com as bases críticas lançadas por esses autores. Para ele, o conceito de sociedade civil é inseparável da noção de totalidade, isto é, da luta entre as classes sociais, e integra sua mais densa reflexão sobre o Estado ampliado. Gramsci procurou compreender a organização das vontades coletivas e sua conversão em aceitação da dominação, por meio do Estado capitalista desenvolvido, em especial, a partir do momento em que incorpora, de modo subordinado, conquistas do tipo democratizante resultantes das lutas populares. Assim, a sociedade civil é indissociável dos aparelhos privados de hegemonia – as formas concretas de organização de visões de mundo, da consciência social, de *formas de ser*, de *sociabilidade e de cultura*, adequadas aos

interesses hegemônicos (burgueses). Assinala a ampliação dos espaços de luta de classes nas sociedades contemporâneas, em sua íntima vinculação com o Estado. Seu objetivo é contribuir para superar o terreno dos interesses (corporativo) e o de uma vontade plasmada pela vontade estatal, defendendo uma sociedade igualitária (Gramsci, 2000 e 2001).

Não há oposição entre sociedade civil e Estado, em Gramsci, pois a sociedade civil é duplo espaço de luta de classes: expressa contradições e ajustes entre frações da classe dominante e, ao mesmo tempo, nela se organizam também as lutas entre as classes. Os aparelhos privados de hegemonia (ou de contra-hegemonia) são organizações nas quais se elaboram e moldam vontades, e com base nas quais as formas de dominação (ou de luta contra ela) se irradiam para dentro e para fora do Estado. Aí subjaz o convencimento não apenas de maneira estática, mas como processo.

Para Gramsci, Estado ampliado significa maior convencimento, mas não elimina a coerção. Seu momento predominantemente consensual ocorre por intermédio da sociedade civil - aparelhos privados de hegemonia. Disseminam-se entidades associativas que formulam, educam e preparam seus

integrantes para a defesa de determinadas posições sociais e para uma certa sociabilidade. Sua estreita conexão com o Estado ocorre em duas direções – tais entidades associativas (ou grupos de entidades associativas) facilitam a ocupação de postos (eleitos ou indicados) no Estado e, em sentido inverso, atuam do Estado, da sociedade política, da legislação e da coerção, em direção ao fortalecimento e à consolidação de suas próprias diretrizes. Vê-se, assim, que o Estado está presente dentro e fora do âmbito das instituições diretamente governamentais, ao mesmo tempo em que sua direção é assegurada pelos setores capazes de formular diretrizes, generalizar sua defesa em ‘casamatas’ na sociedade civil, difundir sua visão de mundo (Gramsci sublinhava o papel de ‘partidos’ políticos assumido pelos jornais, ao que poderíamos agregar o conjunto da mídia na atualidade). A dominação de classes se fortalece, ao dirigir e organizar o consentimento, a começar por frações da classe dominante, e estendendo-se aos subalternos. Sistematiza-se a interiorização das relações sociais existentes como necessárias e legítimas, culturalmente sancionadas. O estreito vínculo entre sociedade civil e Estado explica como a dominação poreja em todos os espaços sociais, educando o

consenso e ocultando o dissenso, forjando um ser social adequado aos interesses (e valores) hegemônicos e aplicando a coerção aos renitentes.

Na atualidade, há intensas lutas na sociedade civil (no sentido formulado por Gramsci), que também se traduzem em disputas em torno do próprio conceito. Entidades mantidas por setores empresariais (como associações empresariais, fundações e *think tanks*) retomaram o conceito liberal e se apresentaram como ‘sociedade civil’, como se fossem distintas e contrapostas ao Estado (e aos governos) dos quais participam. O termo Organização Não-governamental, cunhado na ONU em 1945, fluido e ambíguo, contribuiu para diluir o sentido social dessas entidades. A expressão ONG, embebida na lógica liberal, enfatiza uma suposta cisão entre a vida social e o Estado, velando suas relações. Obscurece as diferenças entre suas matrizes sociais e, sobretudo, o vínculo com as classes sociais. De lá para cá ocorreu enorme expansão de associações de cunho internacional. Também nos setores populares, entre os trabalhadores, expandiam-se as lutas e, com elas, as entidades organizativas, nacionais ou internacionais (desde sindicatos até associações com os mais variados objeti-

vos), genericamente denominados de ‘novos’ movimentos sociais.

O forte impulso de mundialização do capital a partir da década de 1980 acompanhou-se de propostas de redefinição para o conceito de sociedade civil que procuraram rejuvenescer sua matriz liberal. Partindo da divisão bipolar do liberalismo tradicional (Estado *vs* sociedade civil), propunham uma divisão tripolar, com a coexistência de setores (mundos ou esferas) estanques na vida social: sociedade civil (voluntária e virtuosa), mercado (competitivo) e Estado (burocracia). Essa argumentação abandonava explicitamente a compreensão da totalidade da vida social e, portanto, a dinâmica das relações sociais sob o capitalismo, que crescentemente unificava sob seu comando o conjunto da existência. Em seu formato atual, amplamente difundido, identifica sociedade civil e ‘terceiro setor’ (Montaño, 2003). Nesse mesmo registro, no Brasil, a defesa de entidades ‘privadas porém públicas’ atingia três objetivos: 1) contribuía para eliminar as conquistas populares no interior do Estado (redução das políticas públicas universais), reclamando recursos públicos para tais entidades privadas; 2) como apologia das ‘qualidades’ de eficiência e eficácia do mercado quando devotado ao ‘bem públi-

co'; e, 3) como a admissão da propriedade privada e do Estado como insuperáveis.

O âmbito direto da associação de trabalhadores, como sindicatos, foi alvo de intenso ataque sob o período neoliberal, mas também as demais entidades e associações populares se encontraram sob condições de luta profundamente desiguais, frente aos copiosos financiamentos despejados por setores empresariais e entidades internacionais (Garrison, 2000). A partir da década de 1980 no Brasil, disseminou-se uma intensa mercantilização da filantropia que redundou numa efetiva política de contenção e apassivamento de suas reivindicações (Fontes, 2006). Na década de 1990, reconfigurou-se uma pedagogia da hegemonia de novo tipo – de 'terceira via' (Neves, 2005). O Estado, longe de encolher, ampliava-se através de extensa rede capilar de 'parcerias' privado-públicas e de FASFIL – Fundações e Associações Sem Fins Lucrativos (BRASIL, 2005) – formuladoras e executoras de políticas públicas, em inúmeros casos com recursos igualmente públicos.

Tais remodelações do conceito de sociedade civil, aprofundando seu sentido liberal, divulgavam uma apreensão do mundo segmentada, isolan-

do as formas associativas do chão concreto da produção e reprodução da vida social, das formas renovadas de subordinação do trabalho e dos trabalhadores e abandonavam a crítica da totalidade social. Ao mesmo tempo, participaram ativamente da reconfiguração da hegemonia do grande capital contemporâneo.

Em contrapartida, a análise das formas concretas das organizações e entidades constitutivas da sociedade civil – tal como formulada por Gramsci – permite avançar criticamente na compreensão da expansão capitalista no mundo e no Brasil contemporâneos. Diversos estudos revelam a imbricação crescente entre aparelhos privados de hegemonia de base empresarial e Estado, tanto em sua configuração histórica (por exemplo, Mendonça, 1998; Bianchi, 2001) como em seus modos de manifestação atual (Martins, 2007), demonstrando como a sociedade civil – assim como o Estado ao qual se vincula – permanecem espaço de acirrada luta social e, também, luta de classes.

### Para saber mais:

BIANCHI, A. *Hegemonia em construção. A trajetória do PNBE*. São Paulo: Xamã, 2001.



BOBBIO, N. *Estado, governo, sociedade. Para uma teoria geral da política*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 4. ed., 1992.

BRASIL. IBGE. *As Fundações e Associações Sem Fins Lucrativos no Brasil*, 2005. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/fasfil/2005/>. Acesso em: 05 nov. 2008.

COUTINHO, C. N. *Gramsci. Um estudo sobre seu pensamento político*. Nova edição ampliada. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p. 83, 1999.

DURIGUETTO, M. L. *Sociedade civil e democracia. Um debate necessário*. São Paulo: Cortez, 2007.

FONTES, V. Sociedade Civil no Brasil contemporâneo: lutas sociais e luta teórica na década de 1980. In: NEVES, L. M. W.; LIMA, J. F. (Orgs.). *Fundamentos da Educação Escolar no Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2006.

GARRISON, J. W. *Do confronto à colaboração. Relação entre a Sociedade Civil, o Governo e o Banco Mundial no Brasil*. Brasília: Banco Mundial, 2000.

GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. 6. vol. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999-2001.

LOSURDO. *Hegel, Marx e a tradição liberal. Liberdade, Igualdade, Estado*. São Paulo: Unesp, 1998.

MARTINS, A. S. *A Burguesia e a Nova Sociabilidade – estratégias políticas para educar o consenso no Brasil contemporâneo*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Educação. Niterói: UFF, 2007.

MARX, K.; ENGELS, F. *A ideologia alemã*. São Paulo: Boitempo, 2007.

MENDONÇA, S. R. de. *Agronomia e poder no Brasil*. Niterói: Vício de Leitura, 1998.

MONTAÑO, C. *Terceiro Setor e questão social*. São Paulo: Cortez, 2. ed., 2003.

NEVES, L. M. W. (Org.). *A nova pedagogia da hegemonia. Estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005.

POULANTZAS, N. *O Estado, o poder, o socialismo*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.



# T

## TECNOLOGIA

*Gaudêncio Frigotto*

**M**ais do que tratar da compreensão etimológica ou do senso comum do termo ‘tecnologia’, torna-se crucial, no atual contexto histórico do capitalismo, entendê-la como uma prática social cujo sentido e significado econômico, político, social, cultural e educacional se definem dentro das relações de poder entre as classes sociais. Isto nos permite compreender porque a promessa iluminista do poder da ciência, técnica e ‘tecnologia’ – para libertar o gênero humano da fome, do sofrimento e da miséria – não se cumpriu para grande parte da humanidade e, no mesmo sentido, nos permite compreender o caráter mistificador e falso do determinismo tecnológico tão em voga atualmente na propalada sociedade globalizada e do conhecimento. Da mesma forma, entender a ‘tecnologia’ como uma prática social nos permite, também, não cair no sentido oposto mediante uma visão de pura negatividade da ‘tecnologia’ por

ter-se tornado, nas atuais condições do capitalismo, cada vez mais privatizada pelo capital e, conseqüentemente, mais excludente e destrutiva.

Vamos tratar, inicialmente, das diferentes acepções que assume o termo ‘tecnologia’ e a não necessária linearidade entre ciência, técnica e ‘tecnologia’. Em seguida, abordaremos a dupla dimensão da ‘tecnologia’: sua dominante negatividade dentro do capitalismo hoje existente e sua virtualidade se liberada de sua concepção e uso como propriedade do capital.

Numa extensa obra sobre o conceito de ‘tecnologia’ o filósofo brasileiro Álvaro Vieira Pinto (2005) nos elucida a complexidade do tema e o desafio de apreender as diferentes mediações e significados. Destaca, este autor, quatro sentidos mais usuais do conceito de ‘tecnologia’. O primeiro e mais geral é seu sentido etimológico: ‘tecnologia’ como o *‘logos’* ou tratado da técnica. Estariam englobados, nesta

T

acepção, “a teoria, a ciência, a discussão da técnica, abrangidas nesta última acepção as artes, as habilidades do fazer, as profissões e, generalizadamente, os modos de produzir alguma coisa” (Pinto, 2005, p. 2219). O segundo sentido de ‘tecnologia’ é tomado, no senso comum e no linguajar corrente, como sinônimo de técnica ou de *know-how*. O terceiro sentido, que também aparece freqüente, relaciona-se ao ‘conjunto de técnicas de que dispõe uma sociedade’. Refere-se mais especificamente ao grau de desenvolvimento das forças produtivas de uma determinada sociedade. Por fim, um quarto sentido, ligado a este último, que é o de ‘tecnologia’ como ‘ideologia da técnica’.

Estes diferentes sentidos tendem, em nossa cultura, a serem tomados de forma fragmentária e linear. Assim, passa-se a idéia de que a ciência se constituiria como um conhecimento puramente racional de onde emanaria o saber tecnológico, e este, como explicita a primeira acepção anteriormente exposta, se constituiria na epistemologia das diferentes técnicas, estas mais ligadas ao fazer humano prático. Tal linearidade, como mostra Carlos Paris, partindo das raízes biológicas da técnica, não procede. Pelo contrário,

há entre ciência, técnica e ‘tecnologia’ uma relação complexa, uma unidade do diverso. Anaxágoras já nos trazia esta perspectiva dialética quando afirmou: “somos inteligentes porque temos mãos”. Ou seja, o “*homo faber* não só vai dilatando o âmbito e a perfeição de sua técnica, mas iluminando o *homo sapiens*” (Paris, 2002, p. 104).

Seguindo o fio condutor traçado por Marx desde os *Manuscritos Econômicos e Filosóficos* nos quais indica que “o homem nasce de sua própria atividade vital, objeto de sua vontade e de sua consciência” (Marx, 1972, p. 111), tendo, na práxis, a categoria da unidade dialética entre ação e pensamento e teoria e atividade prática, a análise de Paris nos conduz a uma síntese, na qual saber técnico, tecnológico e científico, em suas especificidades, relacionam-se e fecundam-se dialeticamente.

Deste modo, “os instrumentos adquirem uma nova função a serviço não da ação, mas do conhecimento, da dilatação do âmbito de nossos sentidos e de uma maior precisão” (Paris, 2002, p. 2001). “(...) o conhecimento fundamenta as possibilidades da técnica, e esta, por sua vez, leva ao conhecimento humano conceitos, experiências e materiais, como os aparatos científicos que contribuem para o desenvolvimento do saber” (2002, p. 222).

A não linearidade não elide a existência de especificidade entre as atividades humanas. Assim, pode-se estabelecer uma clara distinção entre inovações técnicas e tecnológica.

As primeiras pressupõem um aperfeiçoamento numa linha estabelecida de energia e de materiais – como ilustraria o desenvolvimento da navegação à vela; as segundas implicam saltos qualitativos, pela introdução de recursos energéticos e materiais novos – assim na arte de navegar, o aparecimento dos navios a vapor e depois os movidos por combustíveis fósseis e por energia nuclear. (Paris, 2002, p. 119)

Tomando a ‘tecnologia’ como uma relação e prática social e tendo como horizonte que até o presente, como assinalava Marx em sua obra, a humanidade vive sua pré-história humana marcada pela desigualdade de classes, impõe-se uma dupla superação: o fetiche do determinismo tecnológico e da pura negatividade da ‘tecnologia’ sob o capitalismo.

O fetiche do determinismo tecnológico consiste exatamente no fato de tomar-se a ‘tecnologia’ como força autônoma das relações sociais, das relações, portanto, de poder e de classe. A forma mais apologética deste fetiche aparece, atualmente, sob as

noções de ‘sociedade pós-industrial’, ‘sociedade do conhecimento’ e ‘era tecnológica’ que expressam a tese de que a ciência, a técnica e as ‘novas tecnologias’ nos conduziram ao fim do proletariado e a emergência do ‘cognitariado’, e, conseqüentemente, à superação da sociedade de classes sem acabar com o sistema capital, mas, pelo contrário, tornando-o um sistema eterno.

Como sinaliza Carlos Paris, a manipulação ideológica do avanço tecnológico pretende nos apresentar a imagem de um mundo em que os grandes problemas estão resolvidos, e, para gozar a vida, o cidadão só precisa apertar diversos botões ou manejar objetos de apoio (Paris, 2002, p. 175). Mas, como prossegue o autor, na verdade, se trata de uma epiderme embelezada que encobre uma imensa maioria de seres humanos que sequer conseguem satisfazer suas necessidades elementares. Esta manipulação ideológica, por outro lado, passa a idéia que o desenvolvimento dos países dependentes e subdesenvolvidos é mera questão de comprar dos países centrais a ‘tecnologia’ produzida ou desenvolver capital humano (Landes, 1969; Altvater, 1995; Arrighi, 1998).

Todavia, como observa Marx, “a máquina, triunfo do ser humano sobre as forças naturais, converte-se, nas

mãos dos capitalistas, em instrumento de servidão de seres humanos a estas mesmas forças”; “(...); a máquina, meio infalível para encurtar o trabalho cotidiano, o prolonga, nas mãos do capitalista (...); “a máquina, varinha de condão para aumentar a riqueza do produtor, o empobrece, em mãos do capitalista” (Marx apud Paris, 2002, p. 235).

Sob esta lógica, a ‘tecnologia’, de possibilidade de dilatação da vida, tem-se transformado, de forma cada vez mais brutal, em monstruosa *Esfinge* de nosso tempo que vorazmente destrói o direito e ameaça as bases da vida: “Essa nova e Esfinge não é já a natureza indômita, hostil revestida de símbolos matriarcais, que assaltava o cidadão Édipo fora dos muros da cidade, mas a própria técnica que se ergue ameaçadora no recinto do mundo que acreditávamos haver forjado para nosso bem-estar” (Paris, 2002, p. 162).

A ‘tecnologia’, como força dominantemente do capital, acaba atuando numa lógica crescente de ‘produção destrutiva’. Para manter-se e para prosseguir, o sistema capital funda-se cada vez mais num metabolismo do desperdício, da ‘obsolescência planejada’, na produção de armas, no desenvolvimento do complexo militar, na destruição da natureza, e na

produção de ‘trabalho supérfluo’, vale dizer desemprego em massa (Mèzsàros, 2002).

Cabe, todavia, ressaltar que isso não pode nos conduzir ao viés, também freqüente, de uma visão de ‘pura negatividade da tecnologia’ em face à sua subordinação aos processos de exploração e alienação do trabalhador e como força cada vez mais diretamente produtiva do metabolismo e da reprodução ampliada do capital. Isto conduz a uma armadilha para aqueles que lutam pela superação do sistema capital de relações sociais por encaminhar o embate para um âmbito exclusivamente ideológico e/ou por reforçar a tese de que a travessia para o socialismo se efetiva pela indignação em face à degradação e miséria social – ‘tese do quanto pior melhor’.

Os dois vieses – o fetiche do determinismo tecnológico e a pura negatividade da ‘tecnologia’ sob o capitalismo – decorrem de uma análise que oculta o fato de que a atividade humana, que produz a ‘tecnologia’ e seus vínculos imediatos ou mediatos com os processos produtivos, define-se e assume o sentido de alienação e exploração ou de emancipação no âmbito das relações sociais determinadas historicamente. Ou seja, a forma histórica dominante da ‘tecnologia’ que

se constitui como força produtiva destrutiva e alienadora do trabalho e do trabalhador, sob o sistema capital, não é uma determinação a ela intrínseca, mas, como a mesma, é dominantemente decidida, produzida e apropriada na lógica da propriedade privada e da reprodução ampliada do capital.

Esta compreensão nos conduz, então, ao fato de que a ciência, a técnica e a ‘tecnologia’ são alvo de uma disputa de projetos de modos de produção sociais da existência humana antagônicos. A superação do capitalismo somente pode ser arrancada pela luta de classes, partindo da identificação e exploração, no plano histórico, de suas insanáveis e cada vez mais profundas contradições. O conhecimento científico, técnico e tecnológico é parte crucial desta disputa hegemônica e condição *sine qua non*, da sociedade socialista ou sociedade com democracia de fato.

Seria possível dizer que o marxismo é a teoria e a prática socialistas de sociedades especificamente tecnológicas. Ou seja, se o trabalho humano que transforma a natureza tendo em vista objetivos coletivos humanos é de importância fundamental para concepção marxista de PRÁXIS, a tecnologia é o produto: artefatos que encerram valor e têm valor de uso (...) Marx ressalta que

é a tecnologia, e não a natureza, que tem importância fundamental: ‘a natureza não fabrica máquinas, locomotivas, ferrovias, telégrafo elétrico, máquina de fiar automática, etc. Tais coisas são produtos da indústria humana; material natural transformado em órgãos da vontade humana que se exerce sobre a natureza ou da participação humana na natureza. *São órgãos do cérebro humano, criados pela mão humana: o poder do conhecimento objetificado*’ (Grundrisse apud Bottomore, 1998, p. 371).

O embate é, pois, para a superação da propriedade privada apropriada dos meios e instrumentos de produção e de vida pelo sistema capital para que a ‘tecnologia’ signifique não meio de ampliação da exploração do trabalho, de mutilação de direitos, de vidas e do meio-ambiente, mas possa se constituir efetivamente em extensão de sentidos e membros humanos para dilatar o tempo livre; vale dizer, tempo para desenvolvimento das qualidades propriamente humanas para todos os humanos. Uma ‘tecnologia’ de cuidado com a vida e, por consequência com as bases materiais e ambientais da mesma.

T

### Para saber mais:

ALTVATER, E. *O Preço da Riqueza: pilhagem ambiental e a nova (des)ordem mundial*. São Paulo: Unesp, 1995.

ARRIGHI, G. *A Ilusão do Desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

BOTTOMORE, T. *Dicionário do Pensamento Marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

GRAMSCI, A. *Maquiavel, a Política e o Estado Moderno*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

LANDES, D. *Prometeu Desacorrentado*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1969.

MARX, K. *Manuscritos de Economia y Filosofia*. Madri: Alianza, 1972.

MARX, K. *O Capital*. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MÈSZÀROS, I. *Para Além do Capital*. Campinas: Boitempo, 2002.

PARIS, C. *O Animal Cultural*. São Carlos: Editora da UFSCAr, 2002.

PINTO, A. V. *O Conceito de Tecnologia*. Rio de Janeiro: Editora Contraponto, 2005. v I e II.

## TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Lília Blima Schraiber

André Mota

Hillegonda Maria Dutilh Novaes

### Gênese do Conceito

Difícil será falar da gênese do conceito ‘tecnologia’ sem referir o conceito de ‘técnica’. Difícil também será separar o que a história reuniu: técnica e tecnologia na produção de ‘trabalho’.

No campo da saúde, observa-se uma redução usual da tecnologia a equipamentos, e mais, a equipamentos médicos. No entanto, a tecnologia deve

ser compreendida como conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, que põem em movimento uma ação transformadora da natureza. Sendo assim, além dos equipamentos, devem ser incluídos os conhecimentos e ações necessárias para operá-los: o saber e seus procedimentos. O sentido contemporâneo de tecnologia, portanto, diz respeito aos recursos materiais e imateriais dos atos técnicos e dos

processos de trabalho, sem, contudo, fundir estas duas dimensões. Além disso, dado o grande desenvolvimento do saber técnico-científico dos dias atuais, este componente saber da tecnologia ganha qualidade estatuto social adicionais. Ao buscar precisar melhor estas condições, para explorá-las no trabalho em saúde, os estudos de Lília B. Schraiber referem-se à tecnologia como saber que, se já tem a grande qualidade de propiciar atos técnicos (transformações das coisas por sua intervenção manual), é construído, valorizado e visto, sobretudo, pelo que possui de conhecimento complexo: “um conhecimento do tipo teoria. Diremos: uma teoria sobre práticas ou modos de praticar (...)” (Schraiber et al., 1999). Alguns autores chamam este saber de teoria científica das técnicas ou tecnologia – a ciência das técnicas (Gama, 1986; Lenk, 1990); outros, simplesmente ciência, sem diferenciar as ciências tecnológicas das ciências básicas, em razão da grande aproximação histórica entre ciência e técnica (Granger, 1994).

Técnica (*technê*), dirá Ricardo L. Novaes (1996), é o termo grego para designar uma ‘ordem de produção’ que pressupõe um engendramento, uma criação de modos de fazer, ‘engenho e arte’. Trata-se, assim, de

um saber-fazer que é simultaneamente um fazer e um saber. Embora juntos na técnica, estas esferas foram alvo de valorização e desenvolvimento desigual ao longo da história, conferindo à própria técnica ora um sentido maior de saber, ora de produzir algo, sem nunca deixar de ser uma ação manual do homem.

No primeiro sentido, técnica é tomada na qualidade de engenho humano: “faculdade da arte, de criação daquilo que ela própria (a Natureza) não engendra, não importando os motivos pelos quais não o faz” (Novaes, 1996, p. 25). O saber, neste caso, está diretamente ligado à própria obra a ser criada (saber poiético). Atualizando-se na modernidade como saber do tipo científico, essa mudança irá conferir à técnica o sentido de uma intervenção manual cujo fundamento passa de um saber mais imediato e prático para, principalmente, um saber progressivamente complexo e produzido para o mundo prático, mas não imediatamente neste mundo prático: a Ciência moderna e seu modo de produzir conhecimentos com o estatuto de verdade. Em um segundo sentido, quando se toma a técnica da perspectiva de um fazer, é valorizada por produzir produtos, um ‘ofício’, um fazer que é gasto de energia do homem, e, pois, trabalho. É dele que deriva o pro-

duto ou “uma obra exterior ao agente, ainda que intelectualmente maquinada” (Novaes, 1996, p. 26).

A partir dos séculos XV e XVI, com a valorização do trabalho (ato de produzir produtos) e, enquanto parte do desenvolvimento histórico do capitalismo, ocorrem mudanças das relações entre a filosofia e a ciência, o trabalho manual e o intelectual, a teoria e a técnica, culminando com o abandono da concepção de ciência como verdade desinteressada em prol de sua aceção de conhecimento que nasce para o atendimento das coisas necessárias à vida (Rossi, 1989), resultando, no século XIX, na enorme importância do trabalho para a conformação da vida econômica e social.

Essa rearticulação ciência-técnica corresponde ao movimento que redispõe socialmente os artistas, os experimentadores e engenheiros, os médicos, em especial os cirurgiões-barbeiros, os artesãos e os trabalhadores manuais, camponeses e posteriormente fabris, estabelecendo novas configurações e hierarquias entre as artes mecânicas e as liberais. Ao mesmo tempo, os saberes técnicos são apropriados como conhecimento erudito até que a ciência moderna, já nos séculos XVIII e XIX, separa e rejeita o saber prático, restando o trabalhador manual da gran-

de indústria, por exemplo, como um agente de trabalho sem saber (‘útil’) (Schraiber et al., 1999).

De tal modo este caráter técnico ficou associado à ciência (na noção científico-tecnológica), que tanto mais valorizamos a ciência quanto mais presente uma aplicação, uma razão tecnológica regendo a produção de conhecimento (Ayres, 1995). Neste processo, sobretudo a partir do grande desenvolvimento dos equipamentos na segunda metade do século XX, a própria técnica revestiu-se de ciência (conhecimento complexo), tendencialmente expulsando saberes de outro tipo (Habermas, 1990). Esta associação atual da técnica com a ciência evita valorizarmos saberes práticos, ou artes (técnicas) diversas da técnica científica moderna.

No campo da saúde, todo este movimento de reorientação e nova qualificação da técnica dirá respeito à emergência do trabalho médico moderno, e corresponde, na esfera do trabalho manual em sua conexão com a técnica, à transformação dos ofícios, ofícios das ‘artes de curar’. Surge a ‘terapia clínica’ que reúne diagnose com intervenção manual, quando a medicina da modernidade, como nos aponta Roberto Passos Nogueira (1977), forja o médico clínico, seja este o da clíni-



ca médica ou da clínica cirúrgica, ao integrar cirurgiões-barbeiros com os físicos (os praticantes da medicina interna), unificando, respectivamente, artesãos de um ofício com médicos da erudição e da diagnose. Este movimento também é o do saber médico, quando a medicina das espécies patológicas passa a ser a clínica anatomo-patológica (Foucault, 1977), um conhecimento sobre o corpo voltado à sua (útil) reparação. Os médicos clínicos passam a ser também agentes de uma técnica e a usarem, além da erudição e do raciocínio para o diagnóstico, suas mãos.

Este movimento tecnificador dá aos médicos novos sentidos para o uso de equipamentos: alguns, oriundos das precedentes artes de cura, gregas ou medievais, são ‘reaproveitados’; outros, novos, são criados ainda no século XIX. Mas também na medicina, dentro do movimento histórico mais global, será na segunda metade do século XX que se verifica a grande criação e incorporação de equipamentos e medicamentos. Constitui-se, então, a ‘tecnologia em saúde’, que é, sobretudo, ‘tecnologia de curar’.

De sua origem na modernidade a seu estabelecimento como conceito já nos anos 70-80 do último século, a ‘tecnologia em saúde’ é confundida

com a própria tecnologia da medicina, e, num claro movimento de sobrevalorização da possibilidade de intervir, ou da criação desta possibilidade, até mais que a própria utilidade da técnica e seu produto, significou para muitos uma espécie de ‘bem em si mesmo’, corporificado na existência de equipamentos e de medicamentos. Os primeiros, principalmente, passam a ser o grande referente da noção de tecnologia. Será somente quase ao final daquele século que se busca definir saúde em sua positividade, a fim de conhecer os procedimentos de sua promoção – ‘tecnologias de saúde’ –, de forma separada, ainda que complementar e interdependente, dos procedimentos da medicina.

## Desenvolvimento histórico do conceito

A partir da década de 1980 do século XX, desenvolvem-se abordagens que enunciam dois segmentos da ‘tecnologia em saúde’: os conceitos de ‘tecnologias de produto’ (equipamentos, medicamentos) e ‘tecnologias de processo’ (procedimentos). Estas abordagens constituem respostas à indiferenciação com que vinham sendo tratados esses componentes da



tecnologia, mascarando a origem sócio-histórica das tecnologias de produto, que, conforme Novaes (2006), articulam-se de formas específicas em contextos históricos particulares, construindo processos complexos e ramificados em todas as etapas de sua criação e uso: pesquisa, desenvolvimento, inovação e incorporação e utilização nos serviços de saúde. Autores como Bruno Latour (2000) rejeitam o que consideram uma abordagem reducionista no estudo das tecnologias que desconecta as contingências sociais da operacionalização técnica.

No Brasil, os estudos de Maria Cecília F. Donnangelo (1975; Donnangelo & Pereira, 1976), dedicados à análise da medicina como prática técnica e social, abrem as oportunidades para a construção de um quadro teórico que não só examinará o proceder das intervenções nas práticas de saúde como perseguirá neles a historicidade e a socialidade dessas práticas, emergindo uma teoria do trabalho em saúde (Mendes Gonçalves, 1992). Voltada para o ‘processo de trabalho’, primeiro em medicina e posteriormente em saúde pública, nesta, o conceito de ‘tecnologia em saúde’ ganhará novo estatuto. Apontará Mendes Gonçalves, em sua tese de douto-

rado de 1986 e publicada em livro, em 1994, a necessidade referente às práticas de saúde tomadas como trabalho social de aprofundar o conhecimento das ‘características internas’ (intratécnica) dessas práticas, consubstanciadas com suas ‘características externas’ (o contexto sócio-histórico de sua produção). E a tecnologia passa a ser entendida como “o conjunto de *saberes e instrumentos* que expressa, no processo de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social” (Mendes Gonçalves, 1994, p. 32).

Assim, da perspectiva da historicidade, este olhar, de referência marxista, contrapõe-se à tradição de conceber a medicina como prática tão antiga quanto a própria humanidade em seus propósitos e renovada, não pelos diferentes contextos sociais, mas tão-somente pela evolução dos conhecimentos e técnicas, consubstanciada essencialmente nos equipamentos. Já da perspectiva da socialidade, a teoria do trabalho em saúde rompe com a visão de que o modo de operar a prática e as relações correspondentes entre os indivíduos envolvidos seria situação derivada das tecnologias materiais. Ao contrário, o modo de vida em sociedade está inscrito no modo de ser

das práticas em saúde, produzindo uma configuração geral de tais práticas, a qual é recriada em arranjos particulares nas especificidades das técnicas. Este lado ‘interno’ são os processos de trabalho, arranjos da técnica em medicina na organização social da produção dos serviços de saúde e que dão conta das múltiplas determinações de seu trabalho como também social. Este ‘interno’ são recriações, e não tão-somente reflexos de seu ‘exterior’ (as políticas de saúde, os mercados de trabalho, a economia política do complexo médico-industrial, as ideologias ocupacionais, corporativas e as culturas profissionais, os movimentos sociais de reivindicação de direitos, de acesso e de consumo etc). Tais recriações estão condensadas no saber que orienta esses modos de produzir, técnica e socialmente, os cuidados. Este saber é definido como saber tecnológico ou saber operante do trabalho médico. ‘Tecnologia em saúde’ aparece, então, desdobrada em duas novas concepções: o saber que preside o modo de produzir os cuidados em saúde – ‘saber tecnológico’ em saúde – e o arranjo dos elementos técnicos plasmado em um modo de produzir – os modelos tecnológicos de organização do trabalho ou, simplesmente, ‘modelos tecnológicos do trabalho’ em saúde.

Dessa formulação, deriva, em estudos voltados para a política de saúde, a noção de modelos tecno-assistenciais, ou, mais usual, modelos assistenciais em saúde.

Encontra-se também na produção de Mendes Gonçalves a identificação de dois específicos saberes tecnológicos em saúde da modernidade. Trata-se da epidemiologia, saber tecnológico do trabalho de saúde pública, e da clínica, saber tecnológico do trabalho de assistência médica. De origem comum, são estes saberes recriações técnicas específicas de aproximação das necessidades de saúde (adoecimentos), na vertente populacional ou coletiva, o primeiro, e na vertente individual, o segundo (Mendes Gonçalves, 1994). Detalhando, no mesmo estudo de investigação histórica do trabalho em saúde pública em São Paulo, os modos de produzir intervenções correspondentes a diferentes contextos sócio-históricos, o autor identifica o controle do meio e das populações com a polícia sanitária e o campanhismo, como o primeiro ‘modelo tecnológico’ da saúde pública paulista, presidida pelo ‘saber tecnológico’ da epidemiologia de base bacteriológica, nos anos 1890-1920. Um segundo ‘modelo tecnológico’ se fará presente pelo privilegiamento do

T

controle de doentes pelos dispensários e centros de saúde, tendo a educação sanitária como seu ‘saber tecnológico’ maior, no período 1920-1960. Após 1960, o controle integrado do meio e dos doentes pela territorialização dos centros de saúde terá, na programação em saúde, uma tentativa de ‘saber tecnológico’ da integração médico-sanitária, ao se introduzir a assistência médica como parte das atribuições das instituições de saúde pública (Schraiber, 1990).

No estudo que explora o trabalho de assistência médica, publicado em 1993, Schraiber aponta as transformações históricas da ‘tecnologia médica’, ao passar a medicina, de um ‘arranjo tecnológico do tipo artesanal, correspondente ao ‘modelo tecnológico’ do pequeno produtor de consultório privado do período liberal de exercício da profissão, para um ‘modelo de medicina tecnológica’, em arranjos de base progressivamente tecnicistas, com o empresariamento da assistência médica após os anos 60, no Brasil. Explorando, em estudo posterior, mais de perto a clínica como ‘saber tecnológico’ (Schraiber, 1997), a autora demonstra sua passagem de um saber reflexivo e pouco aparelhado para um uso mais mecânico e

repetitivo do conhecimento científico. Nesse sentido, passagem da clínica engenho e arte para o algoritmo clínico dos protocolos contemporâneos. Apontando que a clínica mantém-se, não obstante a maior valorização do científico, como um duplo técnico, isto é, saber operante que combina, nos contextos de trabalho, o uso do conhecimento científico com aquele de ordem prática, a autora encontra na medicina contemporânea tanto a mecanização e a rotinização da ação profissional, a que designa por ‘técnica-tecnológica’, quanto a criação e a inovação, que seria a ‘técnica-arte’.

Uma outra terminologia classificatória para tratar essas características de rotinização *versus* criação, que remete também à distinção entre recursos materiais e saberes, encontra-se nos estudos de Emerson Elias Merhy (1997, 2002), ao propor: as ‘tecnologias leves’, que associa a relações de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão; as ‘tecnologias leves-duras’, que seriam os saberes já estruturados, tais como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo; e as ‘tecnologias duras’, quais sejam, as máquinas, as normas e as estruturas organizacionais.

## Emprego do conceito na área da saúde na atualidade

Diversos são os desdobramentos dessas elaborações primeiras acerca da ‘tecnologia em saúde’ no Brasil. De tal modo, porém, elas próprias e as produções que se tomam como seus desdobramentos são contemporâneos, que a partição entre o que é emprego atual e o que foi desenvolvimento histórico dessa ‘tecnologia em saúde’ fica algo artificial. Contudo, tomou-se aqui a inflexão que se dá a partir da conceituação de tecnologia que passa a incluir os saberes e as possibilidades que daí emergem de criação do novo: as ‘inovações tecnológicas’ em saúde, seja nas práticas da assistência médica, ou nas da saúde pública. Uma primeira dessas inovações surge exatamente na e para a articulação entre essas práticas: são as diversas elaborações em torno da noção de integralidade, com as conseqüentes ‘tecnologias de integração’ das práticas de saúde.

Cabe aqui uma observação, no sentido de que se toda inovação tecnológica tem por base um pensamento crítico acerca das práticas de saúde, nem todo pensamento crítico que se tece acerca dessas práticas configura-se como tecnologias ou resulta nelas. Assim, muito da reflexão acerca

da integralidade dos cuidados ou dos próprios sentidos do cuidar em saúde pertence à esfera da filosofia ou da teoria crítica nas ciências humanas e sociais. Para ganhar sentido tecnológico, as proposições devem configurar concreta e materialmente arranjos de trabalho. Algumas o fazem, voltando-se, em particular, para a atenção primária em saúde, cuja necessidade de inovação está em sua inserção em uma dada forma de organização social da produção dos serviços (e de sua distribuição): o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, modelo tecnológico de grandes exigências de integralidade (Pinheiro & Mattos, 2001, 2003, 2005). Nesse empreendimento, surgem as noções de ‘tecnologias simplificadas’ e ‘tecnologias próprias’. A primeira noção corresponde à identificação da atenção primária como arranjo tecnológico convencional apenas desprovido de tecnologia material relevante, daí ser simplificado. Já as tecnologias próprias buscam denotar o específico dessa atenção, apontando o caráter complexo do ‘saber tecnológico da integração das ações’ (Schraiber, Nemes & Mendes Gonçalves, 1996) e operando uma distinção entre a complexidade da tecnologia material e aquela assistencial, na produção dos cuidados.

T

Há, ainda, as inovações correlatas ao trabalho gerencial, com seus saberes tecnológicos: o planejamento, a organização e administração, a avaliação dos serviços de saúde. São proposições tecnológicas buscadas na tríade planejamento-produção de informação-avaliação e que podem ser mais voltadas à organização da produção dos trabalhos ou mais voltadas às interações entre sujeitos ali presentes. Nesta última direção, destaca-se o estudo de Ricardo Rodrigues Teixeira (2003) com a proposição das ‘redes de conversações’, tecnologia em que o autor insere o acolhimento como esfera interativa e comunicacional do trabalho em saúde.

#### Para saber mais:

ARENDT, H. *A Condição Humana*. 10.ed. Rio de Janeiro: Ed Forense-Universitária, 2001.

AYRES, J. R. C. M. *Epidemiologia e Emancipação*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3): 16-29, 2004.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Ed Pioneiras, 1975.

DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

GADAMER, H-G. *The Enigma of Health: the art of healing in a scientific age*. Califórnia: Stanford University Press, 1996.

GAMA, R. *A Tecnologia e o Trabalho na História*. São Paulo: Nobel/Edusp, 1986.

GIANNOTTI, J. A. *Trabalho e Reflexão: ensaios para uma dialética da sociabilidade*. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

GRANGER, G. G. *A Ciência e as Ciências*. São Paulo: Unesp, 1994.

HABERMAS, J. *O Discurso Filosófico da Modernidade*. Lisboa: Publicações D. Quixote, 1990.

HABERMAS, J. *Técnica e Ciência como Ideologia*. Lisboa: Edições 70, 1994.

LATOUR, B. *Ciência em Ação: como seguir engenheiros e cientistas sociedade afora*. São Paulo: Unesp, 2000.

LENK, H. *Razão Pragmática: a filosofia entre a ciência e a práxis*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.

MARX, K. *O Capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

MENDES GONÇALVES, R. B. *Medicina e História: raízes sociais del trabajo médico*. México: Siglo Veinteuno, 1984.

MENDES GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. *Cadernos Cefor*, n. 1, 1992. (Série Textos)

MENDES GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo*

de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debate do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.) *Razão e Planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

NOGUEIRA, R. P. *Medicina Interna e Cirurgia: a formação social da prática médica*, 1977. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: IMS/Uerj.

NOVAES, R. L. Sobre a técnica. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, III(1): 24-49, 1996.

NOVAES, H. M. D. Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI. *Saúde Pública*, 40: 133-140, 2006. (Número Especial)

PAIM, J. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Org.) *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 2004.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 1(1): 75-92, 2003.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco, 2001.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco, 2003.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco, 2005.

ROSSI, P. *Os Filósofos e as Máquinas 1440-1700*. São Paulo: Cia das Letras, 1989.

SCHRAIBER, L. B. (Org.) *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SCHRAIBER, L. B. *O Médico e seu Trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L. B. *Medicina Tecnológica e Prática Profissional Contemporânea: novos dilemas, outros desafios*, 1997. Tese de Livre-Docência, São Paulo: Faculdade de Medicina da USP.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. & MENDES GONÇALVES, R. B. (Orgs.) *Saúde do Adulto: programas e ações em unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SCHRAIBER, L. B et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2): 221-242, 1999.

SILVA JR., A G. *Modelos Tecnoassistenciais: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

TEIXEIRA, C. *O Futuro da Prevenção*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma

rede de conversações. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Abrasco, 2003.

## TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE

Grácia Maria de Miranda Gondim  
Maurício Monken

*Localizar significa mostrar o lugar. Quer dizer, além disto, reparar no lugar.*

*Ambas as coisas, mostrar o lugar e reparar no lugar, são os passos preparatórios de uma localização.*

*Mas é muita ousadia que nos conformemos com os passos preparatórios.*

*A localização termina, como corresponde a todo método intelectual, na interrogação que pergunta pela situação do lugar.*

(Heidegger, 1998)

Ao se buscar definir a ‘territorialização em saúde’, precede explicitar a historicidade dos conceitos de território e territorialidade, suas significações e as formas de apropriação no campo da saúde pública e da saúde coletiva. Pretende-se com isso,

situar os diferentes usos do termo territorialização (teórico, prático e metodológico) pelo setor saúde, destacando sua importância no cenário atual da reorganização da atenção, da rede de serviços e das práticas sanitárias locais.

O termo território origina-se do latim = *territorium*, que deriva de terra e que nos tratados de agrimensura aparece com o significado de ‘pedaço de terra apropriada’. Em uma acepção mais antiga pode significar uma porção delimitada da superfície terrestre. Nasce com dupla conotação, material e simbólica, dado que etimologicamente aparece muito próximo de terra-territorium quanto de terreo-territor (terror, aterrorizar). Tem relação com dominação (jurídico-política) da terra e com a inspiração do



medo, do terror – em especial para aqueles que, subjugados à dominação, tornam-se aliçados da terra ou são impedidos de entrar no ‘territorium’. Por extensão, pode-se também dizer que, para aqueles que têm o privilégio de usufruí-lo, o território inspira a identificação (positiva) e a efetiva ‘apropriação’ (Haesbaert, 1997, 2005; Souza & Pedon, 2007).

A concepção de território que mais atende às necessidades de análise das ciências sociais e humanas é a sóciopolítica. Só é possível falar em demarcação ou delimitação em contextos nos quais exista uma pluralidade de agentes (Nunes, 2006). Portanto, a noção de território é decorrência da vida em sociedade, ou ainda, “os territórios [...] são no fundo, antes relações sociais projetadas no espaço, que espaços concretos” (Souza, 1995, p.87).

Em uma sociedade política os indivíduos se articulam por meio de relações reguladas e possui princípios mínimos de organização. Essa organização só se viabiliza quando existe um *poder* habilitado a coordenar todos aqueles que se encontram em um determinado espaço. Por isso, quando se analisam os coletivos humanos ao longo da história, só se destaca a noção de território a partir das primeiras sociedades políticas. Com isso, corrobo-

ra-se a hipótese de que um elemento indissociável da noção de poder é o território, dado que não há organização sem poder (Nunes, 2006).

Raffestin (1993) entende o território como todo e qualquer espaço caracterizado pela presença de um poder, ou ainda, “um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder” (p. 54). E ainda, o poder “surge por ocasião da relação”, e “toda relação é ponto de surgimento do poder” (p. 54). Quando coexistem em um mesmo espaço várias relações de poder dá-se o nome de ‘territorialidades’, de modo que uma área que abriga várias territorialidades pode ser considerada vários territórios.

A territorialidade para Robert Sack (1986) é uma estratégia dos indivíduos ou grupo social para influenciar ou controlar pessoas, recursos, fenômenos e relações, delimitando e efetivando o controle sobre uma área. A territorialidade resulta das relações políticas, econômicas e culturais, e assume diferentes configurações, criando heterogeneidades espacial, paisagística e cultural - é uma expressão geográfica do exercício do poder em uma determinada área e esta área é o território.

O território configura-se no espaço, a partir de uma ação conduzida por



um ator sintagmático - aquele que realiza um programa, em qualquer nível da realidade. Ao se apropriar de um espaço, de forma concreta ou abstrata, “[...] o ator ‘territorializa’ o espaço” (Raffestin, 1993, p.143). Significa que o território materializa as articulações estruturais e conjunturais a que os indivíduos ou os grupos sociais estão submetidos num determinado tempo histórico, tornando-se intimamente correlacionado ao contexto e ao modo de produção vigentes. Esse aspecto processual de formação do território constitui a ‘territorialização’ (Gil, 2004).

O processo de territorialização pode ser entendido como um movimento historicamente determinado pela expansão do modo de produção capitalista e seus aspectos culturais. Dessa forma, caracteriza-se como um dos produtos socioespaciais das contradições sociais sob a tríade economia, política e cultura (EPC), que determina as diferentes territorialidades no tempo e no espaço - as desterritorialidades e as reterritorialidades. Por isso, a perda ou a constituição dos territórios nasce no interior da própria territorialização e do próprio território. Ou seja, os territórios encontram-se em permanente movimento de construção, desconstrução e reconstrução (Saquet, 2003).

A constituição dos territórios na

contemporaneidade se expressa, segundo Santos (1996), com base em dois movimentos: das horizontalidades e das verticalidades. As horizontalidades serão os domínios de contigüidades, constituídos por uma continuidade territorial, enquanto as verticalidades seriam formadas por pontos distantes uns dos outros, resultado de uma interdependência hierárquica dos territórios, conseqüente do processo de globalização econômica. As intensas mudanças econômicas e políticas, decorrentes das verticalidades - mundialização do capital e o modelo neoliberal de organização do Estado trouxeram impactos negativos sem precedentes na organização dos territórios, nas estruturas produtivas e sociais dos países em desenvolvimento, desenhando um cenário de profundas desigualdades sociais, com a exclusão de parcela significativa da população ao direito à vida e à cidade (Tavares & Fiori, 1993; Antunes & Alves, 2004).

No setor saúde os territórios estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviço que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania. Sua organização e operacionalização no espaço geográfico nacional pautam-se pelo pacto federativo e por instrumentos

normativos, que asseguram os princípios e as diretrizes do Sistema de Saúde, definidos pela Constituição Federal de 1988. Não obstante os avanços na saúde nos últimos 20 anos, alicerçados em bases teóricas sólidas da Reforma Sanitária, o setor padece de problemas organizacionais, gerenciais e operacionais, demandando uma nova reorganização de seu processo de trabalho e de suas estruturas gerenciais nas três esferas de gestão do sistema, de modo a enfrentar as desigualdades e iniquidades sociais em saúde, delineadas pela tríade econômico-política globalização, mundialização e neoliberalismo.

No cenário da crise de legitimidade do Estado, o ponto de partida para a reorganização do sistema local de saúde brasileiro foi redesenhar suas bases territoriais para assegurar a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade da atenção. Nesse contexto, a territorialização em saúde se coloca como uma metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, desenhando novas configurações loco-regional, baseando-se no reconhecimento e esquadramento do território segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde

e acesso às ações e serviços de saúde (Teixeira et al., 1998).

Para alguns autores, a territorialização nada mais é do que um processo de “habitar um território” (Kastrup, 2001, p. 215). O ato de habitar traz como resultado a corporificação de saberes e práticas. Para habitar um território é necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos - não só cognitivos, não só técnicos, não só racionais - mas políticos, comunicativos, afetivos e interativos no sentido concreto, detectável na realidade. (Ceccim, 2005b). Essa abordagem remete, fundamentalmente, à importância da territorialização para os processos formativos em saúde com foco na aprendizagem significativa e nos contextos de vida do cotidiano.

Entende-se, portanto, que o território da saúde não é só físico ou geográfico: é o trabalho ou a localidade. “O território é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho” (Ceccim, 2005a, p.983). Os territórios estruturam *habitus*, e não são simples e nem dependem de um simples ato de vontade



sua transformação que inclui a luta pelo amplo direito à saúde. A tarefa de confrontar a força de captura das racionalidades médico-hegemônica e gerencial hegemônica requer impor a necessidade de singularização da atenção e do cuidado e a convocação permanentemente dos limites dos territórios (Rovere, 2005).

Encontra-se em jogo um processo de territorialização: construção da integralidade; da humanização e da qualidade na atenção e na gestão em saúde; um sistema e serviços capazes de acolher o outro; responsabilidade para com os impactos das práticas adotadas; efetividade dos projetos terapêuticos e afirmação da vida pelo desenvolvimento da autodeterminação dos sujeitos (usuários, população e profissionais de saúde) para levar a vida com saúde. Essa territorialização não se limita à dimensão técnico-científica do diagnóstico e da terapêutica ou do trabalho em saúde, mas se amplia à reorientação de saberes e práticas no campo da saúde, que envolve desterritorializar os atuais saberes hegemônicos e práticas vigentes (Ceccim, 2005a).

A territorialização pode expressar também pactuação no que tange à delimitação de unidades fundamentais de referência, onde devem se estruturar

as funções relacionadas ao conjunto da atenção à saúde. Envolve a organização e gestão do sistema, a alocação de recursos e a articulação das bases de oferta de serviços por meio de fluxos de referência intermunicipais. Como processo de delineamento de arranjos espaciais, da interação de atores, organizações e recursos, resulta de um movimento que estabelece as linhas e os vínculos de estruturação do campo relacional subjacente à dinâmica da realidade sanitária do SUS no nível local. Essas diferentes configurações espaciais podem dar origem a diferentes padrões de interdependência entre lugares, atores, instituições, processos e fluxos, preconizados no Pacto de Gestão do SUS (Fleury & Ouverney, 2007).

A saúde pública recorre à territorialização de informações, há alguns anos, como ferramenta para localização de eventos de saúde-doença, de unidades de saúde e demarcação de áreas de atuação. Essa forma restrita de territorialização é vista com algumas restrições, principalmente entre os geógrafos. Alegam ser um equívoco falar em territorialização da saúde, pois seria uma tautologia já que o território usado é algo que se impõe a tudo e a todos, e que todas as coisas estão necessariamente territorializadas. Essa crítica é bem-vinda, enriquece o deba-

te teórico e revela os usos limitados da metodologia, constituindo-se apenas como análise de informações geradas pelo setor saúde e simples espacialização e distribuição de doenças, doentes e serviços circunscritos à atuação do Estado (Souza, 2004).

Uma proposta transformadora de saberes e práticas locais concebe a territorialização de forma ampla – um processo de habitar e vivenciar um território; uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.), viabilizando o “território como uma categoria de análise social” (Souza, 2004, p. 70); um caminho metodológico de aproximação e análise sucessivas da realidade para a produção social da saúde.

Nessa perspectiva, a territorialização se articula fortemente com o planejamento estratégico situacional (PES), e juntos, se constituem como suporte teórico e prático da Vigilância em Saúde. O PES, proposto por Matus (1993) coloca-se no campo da saúde como possibilidade de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social

e histórica. Contempla a formulação de políticas, o pensar e agir estratégicos e a programação dentro de um esquema teórico-metodológico de planificação situacional para o desenvolvimento dos Sistemas Locais de Saúde. Tem por base a teoria da produção social, na qual a realidade é indivisível, e tudo o que existe em sociedade é produzido pelo homem. A análise social do território deve contribuir para construir identidades; revelar subjetividades; coletar informações; identificar problemas, necessidades e positividade dos lugares; tomar decisão e definir estratégias de ação nas múltiplas dimensões do processo de saúde-doença-cuidado. Os diagnósticos de condições de vida e situação de saúde devem relacionar-se tecnicamente ao trinômio estratégico ‘informação-decisão-ação’ (Teixeira et al., 1998).

A proposta da territorialização, com toda crítica que ainda perdura nos campos da saúde coletiva e da geografia por sua apropriação tecnicista e prática objetivante, coloca-se como estratégia central para consolidação do SUS, seja para a reorganização do processo de trabalho em saúde, seja para a reconfiguração do Modelo de Atenção. Como método e expressão geográfica de intencionalidades humanas, permite a gestores, instituições, profissionais

e usuários do SUS compreender a dinâmica espacial dos lugares e de populações; os múltiplos fluxos que animam os territórios e as diversas paisagens que emolduram o espaço da vida cotidiana. Sobretudo, pode revelar como os sujeitos (individual e coletivo) produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência – o trabalho, a moradia, a alimentação, o lazer, as relações sociais, a saúde e a qualidade de vida, desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde.

#### Para saber mais:

ANTUNES, R. ALVES, G. As Mutações no Mundo do Trabalho na Era da Mundialização do Capital. *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 25, n. 87, p. 335-351, mai./ago. 2004.

BRASIL. MS/DAB. *Diretrizes Operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília, 2006.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), p. 975-986, 2005a.

CECCIM R. B. Debate (Réplica). *Comunic. Saúde, Educ.* v.9, n.16, p.161-177. set. 2004/fev. 2005b.

FLEURY, S. M.; OUVENEY, A. M. *Gestão em redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007, 204p.

GADAMER, H. G. *Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes. 3ª ed. 1997.

GIL, I. C. Territorialidade e desenvolvimento contemporâneo. *Revista Nera*. Ano 7, n. 4, jan./jul. 2004.

HAESBAERT, R. Des-caminhos e perspectivas do território. In: RIBAS, A. D.; SPOSITO, E. S.; SAQUET, M. A. (Orgs.). *Território e desenvolvimento: diferentes abordagens*. Francisco Beltrão: Unioeste, p. 87- 120, 2005.

HAESBAERT, R. *Des-territorialização e identidade: a rede “gaúcha” no Nordeste*. Niterói: Ed. UFF, 1997.

HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo*. Vol. I e II. (1ª ed. em alemão 1927). Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

KASTRUP, V. Aprendizagem, arte e invenção. *Psicol. Estud.*, v. 6, n.1, p.17-25, 2001.

MATUS C. *Política, planejamento & governo*. Tomos I e II. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, 1993.

MUSGROVE, P. La equidad del sistema de servicios de salud. Conceptos, indicadores e interpretacion. *Bol. Ofic. Sanit. Panamer*, 95: 525-46, 1983.

NUNES, P. H. F. *A Influência dos recursos naturais na transformação do conceito de território*. *Questiones Constitucionales*, num 15, Julio-Diciembre, 2006.

RAFFESTIN, C. *Por uma geografia do poder*. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.

ROVERE, M. Comentários estimulados por la lectura del artículo “educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário”. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 9 (16):p. 169-171, 2005.

SACK, R. *Human territoriality: Its theory and history*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SANTOS, M. *Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SAQUET, M. A. *Os tempos e os territórios da colonização italiana*. Porto Alegre: EST edições, 2003.

SOUZA, E. A.; PEDON, N. R. Território e Identidade. *Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros – Seção Três Lagoas*. Três Lagoas, v. 1, n.º 6, ano 4, nov. 2007.

SOUZA, M. A. Uso do Território e Saúde. Refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: Ana Maria Girotti Sperandio. (Org.). *O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis*. 1ª ed. Campinas: IPES Editorial, v. 2, p. 57-77, 2004.

TAVARES, M. C.; FIORE, J. L. *(Des)ajuste global e modernização conservadora*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

TEIXEIRA C. F.; PAIM J. S. VILLASBÔAS A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiol SUS*, 7: p. 7-28, 1998.

## TRABALHO

Gaudêncio Frigotto

T

Com a afirmação de que o trabalho é uma categoria ‘antidiluviana’, fazendo referência ao conto bíblico da construção da arca de Noé, Marx nos permite fazer, ao mesmo tempo, três distinções em relação ao trabalho humano: por ele, diferenciamo-nos do reino animal; é uma condição necessá-

ria ao ser humano em qualquer tempo histórico; e o trabalho assume formas históricas específicas nos diferentes modos de produção da existência humana. Estas distinções nos permitem tanto superar o senso comum e a ideologia que reduzem o trabalho humano à forma histórica que assume

sob as relações sociais de produção capitalistas (compra e venda de força de trabalho, trabalho assalariado, trabalho alienado) quanto perceber a improcedência das teses que postulam o fim do trabalho.

Diferente do animal, que vem regulado e programado por sua natureza e, por isso, não projeta sua existência, não a modifica, mas se adapta e responde instintivamente ao meio, os seres humanos criam e recriam, pela ação consciente do trabalho, a sua própria existência. Embora o homem também seja um ser da natureza ao constituir-se humano se diferencia dela assumindo uma autonomia relativa como espécie do gênero humano que pode projetar-se, criar alternativas e tomar decisões (Konder, 1992; Antunes, 2000).

Antes, o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporeidade, braços, pernas, cabeça e mãos, a fim de se apropriar da matéria natural numa forma útil à própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele

modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. (Marx, 1983, p. 149)

Sob esta concepção ontológica ou ontocriativa, o trabalho, como nos mostra Kosik (1986, p. 180), “é um processo que permeia todo o ser do homem e constitui a sua especificidade”. Por isso, o mesmo não se reduz à ‘atividade laborativa ou emprego,’ mas à produção de todas as dimensões da vida humana. Na sua dimensão mais crucial, o trabalho aparece como atividade que responde à produção dos elementos necessários e imperativos à vida biológica dos seres humanos como seres ou animais evoluídos da natureza. Concomitantemente, porém, responde às necessidades de sua vida intelectual, cultural, social, estética, simbólica, lúdica e afetiva. Trata-se de necessidades, que, por serem históricas, assumem especificidades no tempo e no espaço. “Com justa razão se pode designar o homem que trabalha, ou seja, o animal tornado homem através do trabalho, como um ser que dá respostas. Com efeito, é inegável que toda a atividade laborativa surge como solução de respostas ao carecimento que a provoca” (Lukács, 1978, p. 5).

Na mesma compreensão da concepção ontocriativa de trabalho, tam-



bém está implícito o sentido de propriedade – intercâmbio material entre o ser humano e a natureza, para poder manter a vida humana. Propriedade, no seu sentido ontológico, é o direito do ser humano, em relação e acordo solidário com outros seres humanos, de apropriar-se, transformar, criar e recriar pelo trabalho – mediado pelo conhecimento, ciência e tecnologia – a natureza para produzir e reproduzir a sua existência em todas as dimensões anteriormente assinaladas.

Estas diferentes dimensões circunscrevem o trabalho humano na esfera da necessidade e da liberdade, sendo ambas inseparáveis. A primeira diz respeito a um quanto de dispêndio de tempo e de energia física e mental do ser humano, mediado por seu poder inventivo de novas técnicas e saltos qualitativos tecnológicos, para responder às necessidades básicas de sua reprodução biológica e preservação da vida num determinado tempo histórico. A segunda é definida pelo trabalho na sua dimensão de possibilidade de dilatar as capacidades e qualidades mais especificamente humanas com o fim em si mesmas (Manacorda, 1964, 1991).

Tempo livre de efetiva escolha, gozo, fruição e criação, que não se confunde com férias ou descanso de fim de semana, mas uma conquista histó-

rica. O trabalho humano, como insiste Kosik, não se separa da esfera da necessidade, mas, “ao mesmo tempo a supera e cria nela os reais pressupostos da liberdade (...) A relação entre necessidade e liberdade é uma relação historicamente condicionada e variável” (Kosik, 1986, p. 188). É a partir desta elementar constatação que percebemos a centralidade do trabalho como práxis que possibilita criar e recriar, não apenas os meios de vida imediatos e imperativos, mas o mundo da arte e da cultura, linguagem e símbolos, o mundo humano como resposta às suas múltiplas e históricas necessidades.

O que acabamos de realçar nos permite demonstrar que as teses sobre o fim do trabalho e uma vida dedicada puramente ao ócio não têm o menor fundamento. É a mesma coisa que afirmar que a vida humana desapareceu da face da Terra ou que todos os seres humanos se metamorfosearam em anjos e já não precisarão mais mover-se e buscar seus meios de vida. Outra coisa é o desaparecimento de formas históricas de como o trabalho se efetiva nos diferentes modos sociais de produção da existência humana.

Tomado o trabalho humano em concepção ontocriativa o mesmo se

constitui em um princípio formativo ou educativo e se impõe num plano ético (esfera de valores históricos universais) como um direito e um dever. O trabalho como ‘princípio educativo’ deriva do fato de que todos os seres humanos são seres da natureza e, portanto, têm a necessidade de alimentar-se, proteger-se das intempéries e criar seus meios de vida. É fundamental socializar, desde a infância, o princípio de que a tarefa de prover a subsistência e outras esferas da vida pelo trabalho é comum a todos os seres humanos, evitando-se, dessa forma, criar indivíduos, grupos ou classes sociais que naturalizam a exploração do trabalho de outros. Estes, na expressão de Gramsci, podem ser considerados ‘mamíferos de luxo’ – seres de outra espécie que acham normal explorar outros seres humanos.

O trabalho como princípio educativo, então, não é, primeiro e sobretudo, uma técnica didática ou metodológica no processo de aprendizagem, mas um princípio ético-político. Realçamos este aspecto, pois é frequente reduzir o trabalho como princípio educativo à idéia didática ou pedagógica do ‘aprender fazendo’. Para aprofundar a compreensão desta questão, indicamos a leitura de Saviani (1994) e Frigotto (1985). Isto não elide a expe-

riência concreta do trabalho dos jovens e adultos, ou mesmo das crianças, como uma base sobre a qual se desenvolvem processos pedagógicos ou mesmo a atividade prática como método pedagógico, tal como nos mostra Pistrak (1981), na sua obra clássica sobre o trabalho como elemento pedagógico. Como princípio educativo, o trabalho é, ao mesmo tempo, um dever e um direito. Dever por ser justo que todos colaborem na produção dos bens materiais, culturais e simbólicos, fundamentais à produção da vida humana. Um direito por ser o ser humano um ser da natureza que necessita estabelecer, por sua ação consciente, um metabolismo com o meio natural transformando em bens para sua produção e reprodução.

Por fim, o trabalho na sua essência e generalidade ontocriativa (Lukacs, 1978), não pode ser confundido com as formas históricas que o trabalho assume – trabalho servil, escravo e assalariado. Do mesmo modo, a propriedade, como direito de todos os seres humanos de dispor dos bens que lhes permite produzir sua existência, não pode ser confundida com a propriedade privada capitalista. É crucial que se distinga a propriedade que temos de determinados objetos ou coisas, que são para o uso de quem as possui –

casa, carro, terra etc. –, da propriedade privada, que é um capital utilizado para incorporar trabalhadores assalariados que produzam para quem tem este capital. A acumulação e o lucro, no capitalismo, como assinalamos anteriormente, advém de uma relação contratual da compra e venda da força de trabalho entre forças desiguais: quem detém capital e quem detém apenas sua força de trabalho. Estar de um lado ou de outro não é uma questão de escolha, mas resultado de um processo histórico que precisa ser apreendido. A dificuldade de perceber a exploração reside no fato de que o capital compra o tempo de trabalho dos trabalhadores numa transação e contrato sob o pressuposto da igualdade e liberdade das partes. Na realidade, trata-se apenas de uma igualdade e liberdade formal e aparente. Mesmo que venha sob os auspícios da legalidade de um contrato, pela assimetria de poder entre o capitalista e o trabalhador, constrangido a vender sua força-de-trabalho, materializa-se um processo de alienação – vale dizer, uma apropriação indevida, um roubo legalizado.

Com efeito, no modo de produção capitalista, o trabalho daqueles desprovidos de propriedade de meios e instrumentos de produção é reduzido à sua dimensão de força-de-trabalho.

Uma mercadoria especial que os proprietários dos meios e instrumentos de produção (capitalistas) compram e gerenciam de tal sorte que o dispendio da mesma pelo trabalhador, no processo produtivo, pague o seu valor de mercado (em forma de salário ou meios de subsistência) e, além disso, produza um valor excedente ou mais-valia que é apropriado pelo comprador. O capital apropria-se privadamente também da ciência e da tecnologia e as incorpora ao processo produtivo como trabalho objetivado (trabalho vivo do trabalhador transformado em trabalho morto) com o fim de ampliar o lucro como veremos no verbete ‘tecnologia’.

No plano da ideologia, a representação que se constrói é a de que o trabalhador ganha o que é justo pela sua produção, pois parte do pressuposto de que os capitalistas (detentores de capital) e os trabalhadores que vendem sua força de trabalho o fazem numa situação de igualdade e por livre escolha. Apaga-se, portanto, o processo histórico que até o presente mantém o gênero humano cindido em classes desiguais e que permite a exploração de uns sobre outros.

### Para saber mais:

ANTUNES, R. *Adeus ao Trabalho: ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez Editora, 1995.

ANTUNES, R. *Os Sentidos do Trabalho*. 3.ed. Campinas: Boitempo, 2000.

FRIGOTTO, G. Trabalho como princípio educativo: por uma superação das ambigüidades. *Boletim Técnico do Senac*, 11(3): 1-14, set.-dez., 1985.

FRIGOTTO, G. *Educação e Crise do Capitalismo Real*. 5.ed. São Paulo: Editora Cortez, 2003.

GRAMSCI, A. *A concepção dialética da história*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978

KONDER, L. *O Futuro da Filosofia da Práxis*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1992.

KOSIK, K. *Dialética do Concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

LUKÄCS, G. As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem. *Temas de Ciências Humanas*, 4: 1-18, 1978.

MANACORDA, M. *Il Marxismo e L'Educazione*. Roma: Armando A., 1964.

MANACORDA, M. *Marx e a Pedagogia Moderna*. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1991.

MARX, K. *O Capital*. São Paulo: Abril, Cultural, 1983. v.I.

SAVIANI, D. O trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias. In: FERRETI, C. et al. (Orgs.) *Novas Tecnologias, Trabalho e Educação: um debate multidisciplinar*. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

## TRABALHO ABSTRATO E TRABALHO CONCRETO

Ramon Peña Castro

São termos utilizados pelo filósofo alemão Karl Marx (1818-1883) para formular a sua teoria crítica do capitalismo. Seu ‘objetivo’ declarado não é explicar como é o capital (objeto de estudo da economia política burguesa), mas sim ‘porque o capital existe’. Para isso, Marx desenvolve o seguinte

esquema argumentativo: 1) A ‘mercadoria representa a existência molecular do capital’ porque toda a produção capitalista toma a forma de mercadoria; 2) A mercadoria é, em primeiro lugar, um ‘valor uso’, um objeto externo, cujas qualidades materiais ou virtuais a tornam útil para satisfazer “deter-

minadas necessidades do estomago ou da fantasia”; em segundo lugar, é um ‘valor de troca’, (cujo nome em dinheiro se chama preço), uma relação quantitativa que pressupõe alguma substância comum, não perceptível empiricamente, de forma imediata; 3) Essa substância comum é o ‘trabalho humano abstrato’; trabalho despido de suas especificidades e considerado como simples despesa de energias humanas, físicas e intelectuais.

A partir da mercadoria, considerada existência molecular do capital, Marx define sua dupla realidade, a unidade valor de uso e valor de troca, como formas de expressão de uma unidade mais profunda: o trabalho no seu ‘duplo caráter’, ‘trabalho concreto’ (que se manifesta no valor de uso) e ‘trabalho abstrato’ (que se manifesta no valor de troca).

Segue-se daí que, ao considerar a mercadoria como forma molecular do capital, o ‘duplo caráter do trabalho’ contido nela reúne qualidades necessárias para servir como hipótese-chave para o entendimento de todos os fenômenos econômicos, pois permite distinguir claramente o lado técnico-material, do lado histórico-social. E isto se aplica em todas as categorias utilizadas para entender e explicar o sistema capitalista: mercadoria, dinheiro,

capital, salário, lucro, juro, acumulação de capital, PIB, desenvolvimento tecnológico, qualificação do trabalhador etc. Eis aí resumida a gênese e a insubstituível importância teórico-metodológica dos conceitos ‘trabalho abstrato’ e ‘trabalho concreto’. Cabe, ainda, referir brevemente alguns outros aspectos correlacionados a esses conceitos.

Na medida que a produção e o intercâmbio de mercadorias se desenvolvem até abranger a quase totalidade dos produtos, quando inclusive a própria capacidade ou força humana de trabalho torna-se mercadoria, o valor, expressão do ‘trabalho abstrato’, passa a ser representado pelo dinheiro, uma mercadoria especial (material ou simbólica) que serve de equivalente universal ou expressão única do valor de troca de todas as mercadorias, por meio de suas várias funções: medida de valor, meio de circulação, meio de reserva e meio de pagamento. O dinheiro se transforma em capital quando o seu possuidor se apossa dos meios de produção e, para acioná-los, adquire a mercadoria força de trabalho daqueles trabalhadores que, carecendo de meios de produção e meios de vida, vêem-se forçados a vender, por um tempo determinado, essa sua única mercadoria.



O valor de toda mercadoria é o ‘trabalho abstrato’, não só direto, mas também indireto, empregado na sua produção. O ‘trabalho abstrato’ não é simplesmente trabalho de indivíduos genéricos, é o trabalho alienado da sociedade burguesa. A alienação econômica do trabalhador assalariado consiste, substancialmente, em despossuí-lo do controle do trabalho e do produto do trabalho. Assim, não é o trabalhador alienado quem usa os meios de produção, base material do capital; são os meios de produção, são as ‘coisas’, funcionando como capital, que usam o trabalhador, que mandam e exploram o trabalho assalariado. “O capital não é uma coisa, mas uma relação social”, na qual o trabalho vivo serve de ‘meio’ ao trabalho morto, acumulado, para manter e aumentar o seu valor.

O poder explicativo dos conceitos ‘trabalho abstrato’ e ‘trabalho concreto’, ou seja, ‘o duplo caráter do trabalho’, pode ser mais bem exemplificado na mercadoria força de trabalho, cujo valor de uso é ‘trabalho concreto’ desenvolvido pelo trabalhador alienado no processo de valorização do capital. Como toda mercadoria, a força de trabalho é unidade de valor de uso e valor de troca. O valor de troca da força de trabalho aparece,

necessariamente, na forma mistificada de ‘preço do trabalho’, chamado salário. Tal mistificação decorre do fato de que o salário é pago em troca da realização de uma determinada quantidade de trabalho criador de novo valor em quantidade superior ao custo da força de trabalho. A diferença entre seu custo e o valor por ela produzido, mediante o consumo capitalista do seu valor de uso, constitui a mais-valia. Assim analisando mais de perto o que acontece que o valor de uso da força de trabalho, incorporada e posta em ação como parte do capital produtivo, verificamos que o trabalho concreto, vivo, subjacente na força de trabalho desempenha, a um só tempo, nada menos do que três funções: 1) conserva, transferindo-o ao novo valor de uso que produz, a parte do valor dos meios de produção utilizados e consumidos produtivamente (o ‘trabalho abstrato’ indireto, morto, chamado ‘capital constante’); 2) reproduz o próprio valor na parte equivalente do valor do novo produto (capital variável); 3) produz um acréscimo de valor, chamado justamente de mais-valia.

Cabe insistir em três ou quatro aspectos importantes:

- A abstração é um procedimento cognoscitivo de acesso à generalização. (É algo que todos prati-

camos, inconsciente e continuamente, quando usamos palavras que nomeiam ações, qualidades ou estados considerados separados dos seres ou objetos a que pertencem (exemplos: trabalho, vegetal, humano, material, imaterial, vivo, morto, etc).

- O processo de abstração que se manifesta no valor de troca ou preço das mercadorias é um processo social real. O trabalho abstrato é a propriedade que adquire o trabalho humano quando é destinada a produção de mercadorias e, por isso, somente existe na produção de mercadorias. O conceito de trabalho abstrato não é uma invenção cerebrina, mas a representação ou reflexo no pensamento de uma propriedade social real. Isto implica que o trabalho abstrato e sua expressão, o valor é também real, porque o trabalho produtor de mercadorias cria valor materializado na mercadoria que expressa seu valor de troca ou preço (quando uma mercadoria especial torna-se equivalente universal ou dinheiro).

- O trabalho abstrato e, subsequentemente, o valor constituem a essência ou natureza social mais profunda de todos os fenômenos econômicos do capitalismo, mas esta essência resulta velada, inevitavelmente, pela forma mercantil-monetária que lhes

confere uma existência dupla: técnico-material e histórico-social. Para entender e explicar essa dualidade mistificadora a Economia Política Crítica ou marxista elaborou um sistema conceitual próprio. Assim, para explicar o valor de troca, aquilo que torna equiparáveis e intercambiáveis mercadorias qualitativamente diferentes, Marx não se conforma, como acontece com os clássicos ingleses (Petty, Smith e Ricardo) com a referência ao trabalho como simples ação humana sobre a natureza. Ele procura a sua “natureza misteriosa” no dispêndio de energias humanas, físicas e intelectuais, num sistema histórico-social definido pela propriedade privada dos meios de produção, separados do trabalho e, onde por tanto, a divisão social do trabalho, a sociedade como tal, somente pode existir com a da troca de valores, “cuja medida intrínseca” é o trabalho abstrato, direto e indireto, definido por um complexo mecanismo social, cuja explicação corresponde a teoria do valor e dos preços de produção.

### Para saber mais:

MARX, K. *O Capital*. 20.ed. Tradução de Reginaldo Sant’Anna. Rio de Janeiro:



Civilização Brasileira, 2005. (Livro 1, cap.1)

ROSDOLSKY, R. *Gênese e Estrutura de O Capital (estudos sobre os Grundrisse)*. Tradução de César Benjamin. Rio de Janeiro: Uerj/Contraponto, 2001.

BIANCHI, M. *A Teoria do Valor: dos clássicos a Marx*. Lisboa: Edições 70 Livraria Martins Fontes: São Paulo, s. d.

ATTAC. *Le Petit Alter. Dictionnaire altermondialiste. Mille et une nuits*. Fayard.Paris, 2006

SHAIKH, Anwar. *Valor, Acumulación y Crisis*. Edições RyR, Buenos Aires, dic. 2006 [www.razonyrevolucion.org.ar]

## TRABALHO COMO PRINCÍPIO EDUCATIVO

Maria Ciavatta

**P**rincípios são leis ou fundamentos gerais de uma determinada racionalidade, dos quais derivam leis ou questões mais específicas. No caso do trabalho como princípio educativo, a afirmação remete à relação entre o trabalho e a educação, no qual se afirma o caráter formativo do trabalho e da educação como ação humanizadora por meio do desenvolvimento de todas as potencialidades do ser humano. Seu campo específico de discussão teórica é o materialismo histórico em que se parte do trabalho como produtor dos meios de vida, tanto nos aspectos materiais como culturais, ou seja, de

conhecimento, de criação material e simbólica, e de formas de sociabilidade (Marx, 1979).

Além dessa questão mais geral, há de se considerar o trabalho na sociedade moderna e contemporânea onde a produção dos meios de existência se faz dentro do sistema capitalista. Esse se mantém e se reproduz pela apropriação privada de um tempo de trabalho do trabalhador que vende sua força de trabalho ao empresário ou empregador, o detentor dos meios de produção. O salário ou remuneração recebida pelo trabalhador não contempla o tempo de trabalho excedente ao valor



contratado que é apropriado pelo dono do capital.

Historicamente, o ser humano utiliza-se dos bens da natureza por intermédio do trabalho e, assim, produz os meios de sobrevivência e conhecimento. Posto a serviço de outrem, no entanto, nas formas sociais de dominação, o trabalho ganha um sentido ambivalente. É o caso das sociedades antigas e suas formas servis e escravistas, e das sociedades modernas e contemporâneas capitalistas. As palavras *trabalho*, *labor* (inglês), *travail* (francês), *arbeit* (alemão), *ponos* (grego) têm a mesma raiz de fadiga, pena, sofrimento, pobreza que ganham materialidade nas fábricas-conventos, fábricas-prisões, fábricas sem salário. A transformação moderna do significado da palavra deu-lhe o sentido de positividade, como argumenta John Locke que descobre o trabalho como fonte de propriedade; Adam Smith que o defende como fonte de toda a riqueza; e Karl Marx para quem o trabalho é fonte de toda a produtividade e expressão da humanidade do ser humano (De Decca, 1985).

Em termos cronológicos, essa ambivalência do termo ganha forma a partir do século XVI, se considerarmos o Renascimento e a transformação do sentido da palavra trabalho como a

mais elevada atividade humana e o nascimento das fábricas; ou a partir do século XVIII, se considerarmos o industrialismo e a Revolução Industrial nos seus primórdios na Inglaterra (De Decca, op. cit.; Iglesias, 1982). Marx (1980) vai realizar o mais completo estudo dos economistas que o precederam e a mais aguda crítica ao modo de produção capitalista e às contradições implícitas nas relações entre o trabalho e o capital.

Desenvolve os conceitos de valor de uso e de valor de troca presentes na mercadoria. Os valores de uso são os objetos produzidos para a satisfação das necessidades humanas, como bens de subsistência e de consumo pessoal e familiar. Definem-se pela qualidade, são as diversas formas de usar as coisas, de transformar os objetos da natureza, gerando cultura e sociabilidade.

Mas os mesmos objetos, as mesmas mercadorias que têm uma existência histórica milenar, quando se tornam objeto de troca, quantidades que se equivalem a outras, tempo de trabalho que tem um equivalente em salário, inserem-se em relações sociais de outra natureza. Criam-se vínculos de submissão e exploração do produtor e de dominação por parte de quem se apropria do produto e do tempo de traba-

T

lho excedente. Esse gera uma certa quantidade de valor que vai propiciar a acumulação e a reprodução do capital investido inicialmente pelo capitalista (Marx, op. cit., 1º. cap.).

O *fetichismo da mercadoria*, o seu caráter misterioso, como diz Marx, provém da própria forma de produzir valor. “A igualdade dos trabalhos humanos fica disfarçada sob a forma da igualdade dos produtos do trabalho como valores; a medida, por meio da duração, do dispêndio da força humana do trabalho toma a forma de quantidade de valor dos produtos do trabalho; finalmente, as relações entre os produtores, nas quais se afirma o caráter social de seus trabalhos, assumem a forma de relação social entre os produtos do trabalho” (ibid., p. 80).

Essa separação do trabalhador de seu próprio fazer é o que Marx (2004) chamou de *alienação* (ou *estranhamento*, dependendo da interpretação do tradutor do original alemão). O conceito veio a ser desenvolvido posteriormente por autores marxistas (dos quais citamos Meszáros, 1981; Antunes, 2004; Kohan, 2004; Lessa, 2002). O fenômeno da alienação do trabalho e do trabalhador da riqueza social que ele produz foi expresso e criticado de forma contundente por Marx ao analisar as condições de pri-

vação e sofrimento dos trabalhadores e de seus filhos nos primórdios da Revolução Industrial. Ainda hoje, em todo o mundo, milhões de trabalhadores são submetidos a salários de fome, insuficientes para uma vida digna para eles e suas famílias.

No Brasil, diante da penúria e das más condições de vida e de trabalho de operários e de trabalhadores do campo, ao final da Ditadura civil-militar, nos anos 1980, foram muito discutidas as propostas da educação na Constituinte de 1988 e os termos da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB). Os pesquisadores e educadores da área trabalho e educação tiveram de enfrentar uma questão fundamental: se o trabalho pode ser alienante e embrutecedor, como pode ser princípio educativo, humanizador, de formação humana?

No entanto, desde o início do século XX, com a criação das Escolas de Aprendizes e Artífices em 1909, havia a evidência histórica da introdução do trabalho (das oficinas, do artesanato, dos trabalhos manuais) em instituições educacionais. E existia a experiência socialista do início do mesmo século, introduzindo a educação politécnica com o objetivo de formação humana em todos os seus aspectos, físico, mental, intelectual, prático,

laboral, estético, político, combinando estudo e trabalho.

Vários autores se debruçaram sobre o tema porque tratava-se de defender uma educação que não tivesse apenas fins assistenciais, moralizantes, como aquelas primeiras escolas. Também que não se limitasse a preparar para o trabalho nas fábricas, a exemplo da iniciativa do Sistema Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai), criado no governo de Getúlio Vargas, em 1943. Criticava-se, ainda, o tecnicismo voltado ao mercado de trabalho, a adoção do industrialismo pelo sistema das Escolas Técnicas Federais, criado no mesmo período Vargas.

De outra parte, a idéia de educação politécnica sofria ataques por sua inspiração socialista, implantada pelo regime comunista da Revolução Russa de 1917 que, tendo por base a obra de Marx, buscava a combinação da instrução e do trabalho. Segundo Manacorda (1989), o marxismo reconhece a “função civilizadora do capital”; não rejeita, antes aceita “as conquistas ideais e práticas da burguesia no campo da instrução ...: universalidade, laicidade, estatalidade, gratuidade, renovação cultural, assunção da temática do trabalho, como também a compreensão dos aspectos literário, intelectual, moral, físico, industrial e

cívico”. Mas Marx faz dura crítica à burguesia por não assumir de forma radical e conseqüente a união instrução-trabalho (p.296).

O *Manifesto Comunista* (Marx, 1998) é claro quando recomenda: “educação pública e gratuita para todas as crianças. Abolição do trabalho infantil nas fábricas na sua forma atual. Combinação da educação com a produção material etc.” (p. 31). Em *O Capital*, Marx (1980), explicita a idéia de educação politécnica ou tecnológica: “Do sistema fabril, como expõe pormenorizadamente Robert Owen, brotou o germe da educação do futuro que combinará o trabalho produtivo de todos os meninos além de uma certa idade com o ensino e a ginástica, constituindo-se em método de elevar a produção social e de único meio de produzir seres humanos plenamente desenvolvidos” (p. 554).

Assim sendo, a discussão sobre o trabalho como princípio educativo esteve associada à discussão sobre a politecnia e sua viabilidade social e política no país. Historicamente, como demonstra a análise de Fonseca (1986), sempre predominou o conservadorismo das elites, reservando para si a formação literária e científica. Para os trabalhadores prevaleceu a oferta de educação elementar e não univer-

salizada para toda a população. Além disso, o dualismo educacional se expressa na destinação dos filhos dos trabalhadores ao trabalho e ao preparo para as atividades manuais e profissionalizantes.

Essa discussão e sua expressão político-prática retornaram nos anos neoliberais de 1990, com a exarcação do Decreto n. 2.208/97. Contrariando a LDB (Lei n. 9.394/96) que “tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho” (art. 2º.), implantou-se a separação entre o ensino médio geral e a educação profissional técnica de nível médio. Nos anos 2000, em condições políticas polêmicas, o Governo exarou o Decreto n. 5.154/04 que revogou o anterior e abriu a alternativa da formação integrada entre a formação geral e a educação profissional, técnica e tecnológica de nível médio.

Do ponto de vista político-pedagógico, tanto a conceituação do trabalho como princípio educativo quanto a defesa da educação politécnica e da formação integrada, formulada por educadores brasileiros, pesquisadores da área trabalho e educação têm por base algumas fontes básicas teórico-conceituais. Em um primeiro momento, a vertente marxista e gramsciana

(Marx, *op. cit.*; Gramsci, 1981; Manacorda, 1975 e 1990; Frigotto, 1985; Kuenzer, 1988; Machado, 1989; Saviani, 1989 e 1994; Nosella, 1992; Rodrigues, 1998) em um segundo, sem abrir mão da vertente gramsciana, a ontologia do ser social desenvolvida por Lukács (1978 e 1979; Konder, 1980; Chasin, 1982; Ciavatta Franco, 1990; Antunes, 2000; Lessa, 1996).

Gramsci (*opcit.*) propõe a escola unitária que se expressaria na unidade entre instrução e trabalho, na formação de homens capazes de produzir, mas também de serem dirigentes, governantes. Para isso, seria necessário tanto o conhecimento das leis da natureza como das humanidades e da ordem legal que regula a vida em sociedade.

Opondo-se à concepção capitalista burguesa que tem por base a fragmentação do trabalho em funções especializadas e autônomas, Saviani (1989) defende a politecnicidade que “postula que o trabalho desenvolva, numa unidade indissolúvel, os aspectos manuais e intelectuais. ... Todo trabalho humano envolve a concomitância do exercício dos membros, das mãos e do exercício mental, intelectual. Isso está na própria origem do entendimento da realidade humana, enquanto constituída pelo trabalho” (p. 15).

Frigotto argumenta em dois sentidos. Primeiro, faz a crítica à ideologia cristã e positivista de que todo trabalho dignifica o homem: “Nas relações de trabalho onde o sujeito é o capital e o homem é o objeto a ser consumido, usado, constrói-se uma relação educativa negativa, uma relação de submissão e alienação, isto é, nega-se a possibilidade de um crescimento integral” (1989, p. 4). Segundo, preocupa-se com a análise política das condições em que trabalho e educação se exercem na sociedade capitalista brasileira; “como a escola articula os interesses de classe dos trabalhadores ... é preciso pensar a unidade entre o ensino e o trabalho produtivo, o trabalho como princípio educativo e a escola politécnica” (1985, p. 178).

Em um segundo momento, a reflexão toma forma tendo por base Lukács (opcit.). Em sua reflexão sobre a ontologia do ser social, o autor examina o trabalho como atividade fundamental do ser humano, ontocriativa, que produz os meios de existência na relação do homem com a natureza, a cultura e o aperfeiçoamento de si mesmo. De outra parte, o trabalho humano assume formas históricas muitas das quais degradantes, penalizantes, nas diferentes culturas, na estrutura capitalista e em suas diversas conjunturas.

Desse conjunto de idéias e debates foi possível concluir que o trabalho não é necessariamente educativo, depende das condições de sua realização, dos fins a que se destina, de quem se apropria do produto do trabalho e do conhecimento que se gera (Ciavatta Franco, op. cit.). Nas sociedades capitalistas, a transformação do produto do trabalho de valor de uso para valor de troca, apropriado pelo dono dos meios de produção, conduziu à formação de uma classe trabalhadora expropriada dos benefícios da riqueza social e dos saberes que desenvolve. No campo da saúde, como na educação, o que é um direito torna-se uma mercadoria, uma atividade como outra qualquer sujeita ao mercado.

Tendo por base as exigências do sistema capitalista, a educação profissional modelou-se por uma visão que reduz a formação ao treinamento para o trabalho simples ou especializado para os trabalhadores e seus filhos. A introdução do trabalho como princípio educativo na atividade escolar ou na formação de profissionais para a área da saúde, supõe recuperar para todos a dimensão do conhecimento científico-tecnológico da escola unitária e politécnica, introduzir nos currículos a crítica histórico-social do trabalho no sistema capitalista, os direi-



tos do trabalho e o sentido das lutas históricas no trabalho, na saúde e na educação.

### Para saber mais:

ANTUNES, R. (Org.). *Os sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 2ª. ed. São Paulo: Boitempo, 2000.

CHASIN, J. *Lukács: Vivência e reflexão da particularidade*. Ensaio, São Paulo, IV (19): p. 55-69, 1982.

CIAVATTA F. M.-A. *O trabalho como princípio educativo - Uma investigação teórico-metodológica (1930-1960)*. Rio de Janeiro: PUC-RJ, (Tese de Doutorado em Educação), 1990.

DE DECCA, E. *O nascimento das fábricas*. 3ª. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

FONSECA, C. S. da. *História do Ensino Industrial no Brasil*. 5 vol. Rio de Janeiro: Senai/DN, 1986.

FRIGOTTO, G. É falsa a concepção de que o trabalho dignifica o homem. *Comunicado*, Belém, p. 4-5, 7 de agosto de 1989.

FRIGOTTO, G. Trabalho como princípio educativo: por uma superação das ambigüidades. *Boletim Técnico do Senac*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 175-182, set/dez., 1985.

GRAMSCI, A. *La alternativa pedagógica*. Barcelona: Editorial Fontamara, 1981.

IGLESIAS, F. *A revolução industrial*. 3ª. ed. São Paulo: Brasiliense, 1982.

KOHAN, N. *El capital. História y método – una introducción*. La haban: Instituto Cubano del Libro, 2004.

KONDER, L. *Lukács*. Porto Alegre: L & PM, 1980.

KUENZER, A. Z. *Ensino de 2º. grau. O trabalho como princípio educativo*. São Paulo: Cortez, 1988.

LESSA, S. *Mundo dos homens. Trabalho e ser social*. São Paulo: Boitempo, 2002.

LESSA, S. *A ontologia de Lukács*. Maceió: Edufal, 1996.

LUKÁCS, G.. *Ontologia do ser social. Os princípios ontológicos fundamentais de Marx*. São Paulo: Ciências Humanas, 1979.

LUKÁCS, G. *As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem*. Temas de Ciências Humanas. São Paulo, nº 4, p. 1-18, 1978.

MACHADO, L. *Politécnica, escola unitária e trabalho*. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1989.

MANACORDA, M. A. *O princípio educativo em Gramsci*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1990.

MANACORDA, M. A. *História da educação. Da antiguidade aos nossos dias*. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1989.

MANACORDA, M. A. *Marx e a pedagogia moderna*. Lisboa: Iniciativas Editoriais, 1975.

MARX, K. *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo, 2004.

MARX, K.; ENGELS, F. *Manifesto do Partido Comunista*. Prólogo de José Paulo Netto. São Paulo: Cortez, 1998.

MARX, K. *O Capital. Crítica da economia política*. 2 vols. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

MARX, K.; ENGELS, F. *A ideologia alemã* (Feurbach). São Paulo: Ciências Humanas, 1979.

MÉSZÁROS, I. *Marx: a teoria da alienação*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

NOSELLA, P. *A escola de Gramsci*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.

RODRIGUES, J. *A educação politécnica no Brasil*. Niterói: EDUFF, 1998.

SAVIANI, D. Trabalho e Educação – Fundamentos histórico-ontológicos da relação trabalho e educação. *Revista*

*Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro: Anped, v.12, n.34, jan. abr., 2007.

SAVIANI, D. O choque teórico da politécnica. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, Fiocruz/EPSJV, v. 1, n.1, mar., 2003

SAVIANI, D. O trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias. In: FERRETTI, C. J. et al. (Orgs.). *Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 1994.

SAVIANI, D. *Sobre a concepção de politécnica*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 1989.

## TRABALHO COMPLEXO

Júlio César França Lima  
Lúcia Maria Wanderley Neves  
Marcela Alejandra Pronko

**C**onceito formulado por Karl Marx, no volume 1 de *O Capital*, em 1867, como par do conceito trabalho simples. Ambos os conceitos se referem à divisão social do trabalho que existe em qualquer sociedade, mudando de caráter de acordo com os países e os estágios de civilização e, portanto, historicamente determinado. O ‘trabalho complexo’, ao contrário do traba-

lho simples, caracteriza-se por ser de natureza especializada, ou seja, que requer maior dispêndio de tempo de formação.

Na forma particular que assume o processo de trabalho e de produção no capitalismo, o ‘trabalho complexo’ é ao mesmo tempo produção de valor de uso e produção de valor. Como produtor de valor de uso, o ‘trabalho

T

complexo' é trabalho concreto e nessa condição deve ser considerado nos seus aspectos qualitativos. Como produtor de valor, o 'trabalho complexo' é trabalho abstrato e, nessa condição, só é considerado nos seus aspectos quantitativos, como "trabalho simples potenciado ou, antes, multiplicado, de modo que uma quantidade dada de trabalho qualificado [seja] igual a uma quantidade maior de trabalho simples" (Marx, 1988, p. 51). É socialmente e não individualmente que o 'trabalho complexo' pode ser considerado como múltiplo do trabalho simples.

Como trabalho concreto, no desenvolvimento do capitalismo, o 'trabalho complexo' vai reconfigurando as suas características a partir da divisão técnica do trabalho e da decorrente hierarquização das funções do trabalhador coletivo. Essa alteração do caráter do 'trabalho complexo' está relacionada às necessidades do constante aumento da produtividade do processo de trabalho. Como trabalho abstrato, esse aumento da produtividade se realiza sob condições de dominação e de exploração para a extração de mais-valia.

O 'trabalho complexo', no capitalismo industrial, tende a ser, cada vez mais especializado à medida que a produção material e simbólica da existência se ra-

cionaliza pelo emprego diretamente produtivo da ciência no processo de trabalho, e, de modo mais abrangente, no processo de produção da vida.

Nos primórdios do capitalismo industrial, o 'trabalho complexo' na indústria era realizado por um pequeno número de trabalhadores que se ocupa do controle e da manutenção da maquinaria. Esses trabalhadores especializados possuem formação superior, de caráter científico ou de domínio de um ofício. Pelas funções que desempenham, eles se distinguem do restante dos trabalhadores industriais. No conjunto da sociedade, o processo de racionalização da produção da existência passa a demandar, simultaneamente, o aumento e a diversificação das funções especializadas de base científica e tecnológica para a organização da nova cultura urbano-industrial. Este movimento se amplia ainda mais no decorrer do capitalismo monopolista, quando a organização fordista do trabalho, de base científica e tecnológica, se generaliza e vai, paulatinamente, requerendo o aprofundamento sempre maior do saber sistematizado por parte do trabalho complexo. A socialização da participação política, a complexificação das organizações da sociedade civil e a intervenção direta do Estado na produção material e sim-



bólica da riqueza, ao racionalizarem cada vez mais as relações sociais, aprofundam o processo de diversificação e de aumento de volume do trabalho complexo. Nas atuais mudanças qualitativas no processo de trabalho e de produção da vida, a racionalização atinge um novo patamar, aprofundando o processo em curso.

A execução do ‘trabalho complexo’ exigiu historicamente formas mais ou menos sistematizadas de preparação e uma maior duração de sua formação. O aumento da racionalização do processo de trabalho no capitalismo industrial requereu das instituições formadoras uma refuncionalização dos seus conteúdos e métodos, para adequarem-se às características da cultura urbano-industrial, de base científica e tecnológica. A escola dividida em graus e modalidades é inerente à hierarquização que se estabelece na produção capitalista de mercadorias e na própria especificidade do trabalho na cultura urbano-industrial, de natureza flexível, baseado na variação do trabalho, isto é, na fluidez das funções e na mobilidade do trabalhador.

Existe um patamar mínimo e um patamar máximo de escolarização para o ‘trabalho complexo’ em cada estágio de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de pro-

dução industriais, em cada formação social concreta. A variação entre esses patamares se estende da demanda de disseminação do conhecimento socialmente produzido até a criação de novos conhecimentos necessários à produção da existência.

Do ponto de vista do capital, a formação para o ‘trabalho complexo’ destina-se à preparação de especialistas que possam aumentar a produtividade do trabalho sob a sua direção e, simultaneamente, à formação de intelectuais orgânicos da sociabilidade capitalista.

O grau de generalização da formação do ‘trabalho complexo’, em cada formação social concreta, depende do lugar ocupado por essa formação na divisão internacional do trabalho, especialmente, da divisão entre países produtores de conhecimento e países adaptadores do conhecimento e, também, do estágio da luta de classes em cada momento histórico específico.

No Brasil, até os anos 1930, a formação para o ‘trabalho complexo’ era realizada nas instituições isoladas de ensino superior (formação científica) e nos liceus de artes e ofícios. Com o desenvolvimento da urbanização e da industrialização ao longo do século XX, tem início uma escolarização de cunho tecnológico realizada nas esco-

T

las técnicas de nível médio. Por sua vez, a formação científica passa a ser oferecida em instituições de ensino superior que progressivamente se diversificam tanto horizontal quanto verticalmente. A diversificação horizontal corresponde ao aumento de cursos e de especialidades. A diversificação vertical se refere à hierarquização em graus dos cursos superiores.

Hoje, sob a direção do capital, realizam-se mudanças qualitativas na formação do ‘trabalho complexo’ com vistas a adequar suas instituições formadoras aos requisitos da nova base técnica do trabalho, das novas demandas do processo de acumulação capitalista e da inserção do país na nova divisão internacional do trabalho. Essas mudanças tendem, de um lado, à homogeneização do patamar mínimo de escolarização para o ‘trabalho complexo’ no nível superior de ensino e, de outro lado, ao surgimento de cursos de mais curta duração (cursos sequenciais para a formação científica e cursos de tecnólogos para a formação tecnológica).

A formação do ‘trabalho complexo’ na área de saúde no Brasil já vinha-se desenvolvendo no nível superior de ensino desde os anos 20 do século passado. Com o desenvolvimento da urbanização, da industrialização e da expansão dos serviços médicos hospita-

lares, essa formação, seguindo a tendência geral, também se diversificou horizontal e verticalmente. Hoje, com as mudanças técnicas e ético-políticas na organização do trabalho em saúde, cria-se uma formação tecnológica de nível superior (tecnólogos em saúde), de curta duração, que vem-se expandindo, de forma acelerada, majoritariamente na rede privada de ensino.

### Para saber mais:

ALMEIDA, M. C. P. de. *O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática*. São Paulo: Cortez, 1986.

CAMPELLO, A. M. *Formação de Tecnólogos em Saúde no Brasil: situação atual e tendências*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/EPSJV, 2006 (Mimeo – Relatório parcial de pesquisa)

MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988. (Livro Primeiro, v. 1)

NAVILLE, P. *Essai sur la Qualification du Travail*. Paris: Librairie Marcel Rivière et Cie., 1956.

NEVES, L. M. W. *A Hora e a Vez da Escola Pública? Um Estudo sobre os Determinantes da Política Educacional do Brasil de hoje*, 1991. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Faculdade de Educação/Centro de Filosofia e Ciências Humanas/Universidade Federal do Rio de Janeiro.

NEVES, L. M. W. *Brasil 2000: nova divisão de trabalho em educação*. São Paulo: Xamã, 2000.

---

## TRABALHO CONCRETO

Ver: Trabalho Abstrato e Trabalho Concreto.

---

## TRABALHO EM EQUIPE

Marina Peduzzi

### Gênese do conceito

No campo da saúde o ‘trabalho em equipe’ emerge em um contexto formado por três vertentes: 1) A noção de integração, que constitui um conceito estratégico do movimento da medicina preventiva nos anos 50, da medicina comunitária nos anos 60 e dos programas de extensão de cobertura implantados no Brasil nos anos 70; 2) As mudanças da abordagem de saúde e de doença que transitam entre as concepções da unicausalidade e da multicausalidade; 3) As conseqüentes alterações nos processos de trabalho com base na busca de ampliação dos objetos de intervenção, redefinição da

finalidade do trabalho e introdução de novos instrumentos e tecnologias.

No processo de emergência da medicina preventiva, nos anos 50, nos EUA, propõe-se um projeto de mudanças da prática médica, com uma redefinição radical do papel do médico, incorporando, pela primeira vez, em propostas curriculares de ensino de graduação, a idéia de trabalho em equipe multiprofissional liderada pelo médico (Arouca, 2003; Silva, 2003). Além da integração da medicina preventiva às demais especialidades, este movimento adota um novo conceito de saúde e doença, no qual a saúde é um estado relativo e dinâmico de equilíbrio e a doença é um processo de interação

T

do homem com os agentes patogênicos e o ambiente. Esta concepção de saúde e doença está ancorada no paradigma da história natural das doenças, proposto por Leavell e Clark que assumem a definição de saúde preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esta organização internacional, em 1946, adota o conceito global e multicausal de saúde que a define como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade. As práticas de saúde passam a ser reorientadas no sentido da obtenção de um estado ‘global’ de saúde com a prevenção das doenças e a recuperação ‘integral’ do paciente.

No que se refere ao modelo de causalidade do processo saúde-doença, a medicina preventiva liberta-se da unicausalidade, fundamentada na bacteriologia, pois se tornara insustentável explicar a doença como o efeito da atuação de um agente patogênico, e adota o modelo da multicausalidade. (Facchini, 1993)

Assim, a idéia de equipe de saúde aparece respaldada principalmente pela noção de atenção integral ao paciente, tendo em conta os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação que deveriam ser contemplados a partir dos conceitos de processo saúde-doença,

de história natural das doenças e da estratégia de integração. Porém, mantém-se a centralidade do trabalho médico, em torno do qual outros trabalhos especializados se agregam.

Também na área de enfermagem a proposta do ‘trabalho em equipe’ surge na década de 1950, nos EUA, através de experiências realizadas no Teacher’s College da Universidade de Columbia, que preconizam a organização do serviço de enfermagem com base em equipes lideradas por médicos. Esse modelo de organização do trabalho de enfermagem expressa tanto uma crítica ao modelo funcional, centrado na tarefa em detrimento do paciente, bem como a busca de solução para a escassez de pessoal de enfermagem nos anos pós Segunda Guerra Mundial (Almeida & Rocha, 1986; Peduzzi & Ciampone, 2005).

Em ambas as áreas, medicina e enfermagem, buscam-se alternativas para o problema crescente dos custos da atenção médica. Segundo Donnangelo e Pereira (1976), os custos médicos progressivos, em grande parte decorrentes da incorporação do custo dos produtos industriais, farmacêuticos e equipamentos ao valor do cuidado médico, introduzem um dos elementos contraditórios da prática médica em seu processo de extensão, ou seja, amplia-

ção quantitativa dos serviços com a incorporação crescente da população.

A medicina comunitária emerge e se difunde como parte do processo de extensão da prática médica e de controle dos custos e configura como objeto de intervenção as categorias sociais até então excluídas da atenção à saúde, “a pobreza constitui, por excelência, o objeto atribuído à medicina através desse novo projeto” (Donnangelo & Pereira, 1976, p. 72). Por outro lado, essa extensão requer uma nova estruturação dos elementos que compõem a prática médica, sobretudo uma forma distinta de utilização do trabalho médico, o que se fará através da incorporação do trabalho auxiliar de outras categorias profissionais, configurando uma prática complementar e interdependente entre os distintos trabalhadores de saúde. O processo de divisão de trabalho por meio do qual se dá essa distribuição de tarefas ocorre no interior de um processo social de mudanças da concepção de saúde e doença, já referido anteriormente, que é acompanhado de alterações introduzidas nos processos de trabalho e no modelo assistencial.

Portanto, o ‘trabalho em equipe’ não tem na sua origem apenas o caráter de racionalização da assistência médica, no sentido de garantir a me-

lhor relação custo-benefício do trabalho médico e ampliar o acesso e a cobertura da população atendida, mas também responde à necessidade de integração das disciplinas e das profissões entendida como imprescindível para o desenvolvimento das práticas de saúde a partir da nova concepção biopsicossocial do processo saúde-doença.

## Seu desenvolvimento histórico

As mudanças nas políticas de saúde, nos modelos assistências e nas políticas de recursos humanos em saúde influenciaram o desenvolvimento da concepção de ‘trabalho em equipe’.

Desde meados dos anos 70, o debate em torno das políticas de saúde e de recursos humanos, considerando o perfil de necessidade de saúde da população brasileira, apontava a crítica à formação especializada e curativa dos profissionais de saúde e a necessidade de incentivar a utilização de métodos que estimulassem a atuação multiprofissional. Também assinalavam o problema da predominância de pessoal de nível superior, em particular de médicos, e de pessoal sem qualificação técnica formal, configurando a

T

denominada equipe bipolar médico-atendente. Porém, somente a partir de meados dos anos 80 a tendência à bipolaridade das equipes de saúde é revertida, aumentando a presença de profissional de nível médio, sobretudo auxiliares de enfermagem, e de outros profissionais de nível superior não-médicos, configurando a possibilidade de trabalho em equipes multiprofissionais mais complexas e qualificadas (Machado et al., 1992).

As políticas de recursos humanos em saúde, para as quais a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, representa uma inflexão importante, enfatizam cada vez mais a ‘equipe de saúde’ como unidade produtiva em substituição ao trabalho independente e isolado de cada profissional em separado.

Nos anos 90 voltam a se intensificar os debates sobre a atenção integral agora em torno da noção de integralidade da saúde que aponta para uma concepção alargada no sentido da apreensão e resposta ampliada e contextualizada para as necessidades de saúde dos usuários e população de um dado território (Mattos, 2004). Esta noção de integralidade requer de forma mais objetiva e intensa a atuação profissional na modalidade de trabalho em equipe, com a inclusão de um

leque variado de profissionais que podem contribuir na construção de saberes e práticas que vão além do modelo biomédico, abarcando as múltiplas dimensões da saúde.

A introdução do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, como estratégia de reorganização da atenção à saúde, destaca o trabalho em equipe como pressuposto e diretriz operacional para a reorganização do processo de trabalho em saúde. Especificamente quanto à atenção primária, Starfield (2002) aponta que, embora o ímpeto inicial para o trabalho em equipe tenha sido aumentar o potencial dos médicos da atenção primária, cuja oferta era baixa, outros imperativos agora estão à frente, pois o envelhecimento da população e o aumento das doenças que duram mais ou recorrem mais frequentemente têm criado a necessidade de uma abordagem de atenção primária mais ampla e qualificada, o que sustenta o movimento em relação ao ‘trabalho de equipe’ nos vários países.

Por outro lado, a proposta do ‘trabalho em equipe’ também é reforçada pela crítica aos modelos clássicos de administração que se estende pelos diversos setores da produção inclusive ao setor saúde, sobretudo a crítica à rígida e excessiva divisão do trabalho,

à fragmentação das tarefas e à despersonalização do trabalho (Martins & Dal Poz, 1998; Campos, 2000). Cabe, contudo, apontar as especificidades do ‘trabalho em equipe’ no campo da saúde, dado o seu caráter de prestação de serviços, e, especialmente, as características do próprio processo de trabalho em saúde, quais sejam: a complexidade dos objetos de intervenção, a intersubjetividade, visto que o trabalho sempre ocorre no encontro profissional-usuário, e a interdisciplinaridade, características estas que requerem a assistência e o cuidado em saúde organizado na lógica do ‘trabalho em equipe’ em substituição a atuação profissional isolada e independente.

## Emprego atual na área da saúde

Na atualidade há um consenso em torno do ‘trabalho em equipe’ no setor saúde, porém ainda persiste e predomina uma noção de equipe que se restringe à coexistência de vários profissionais numa mesma situação de trabalho, compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela, o que configura dificuldades para a prática das equipes, visto que a equipe precisa

de integração para buscar assegurar a integralidade da atenção à saúde.

Desde a segunda metade dos anos 90 tem aumentado a produção teórica sobre o tema, no país, incluindo o desenvolvimento de pesquisas empíricas que têm contribuído com subsídios para o debate e a prática das equipes nos serviços de saúde.

Peduzzi (1998, 2001) conceitua ‘trabalho em equipe’ multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação. Também estabelece uma tipologia de trabalho em equipe que não configura um modelo estático, mas a dinâmica entre trabalho e interação que prevalece em um dado momento do movimento contínuo da equipe: equipe integração e equipe agrupamento. No primeiro tipo ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes; no segundo, observa-se a justaposição das ações e o mero agrupamento dos profissionais. A tendência para um desses tipos de equipe pode ser analisada pelos seguintes critérios: qualidade da comunicação entre os integrantes da equipe, especificidades



dos trabalhos especializados, questionamento da desigual valoração social dos diferentes trabalhos, flexibilização da divisão do trabalho, autonomia profissional de caráter interdependente e construção de um projeto assistencial comum.

Fortuna (1999) e Fortuna et al. (2005, p. 264) conceituam o ‘trabalho em equipe’ como “uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais”. As autoras destacam a dinâmica grupal das equipes e propõem o reconhecimento e a compreensão desses processos grupais pelos seus integrantes como forma de construir a própria equipe, concebendo o ‘trabalho em equipe’ como as relações que o grupo de trabalhadores constroem no cotidiano do trabalho.

Ao analisar o gerenciamento do ‘trabalho em equipe’ de saúde, Campos (1997) sugere a aplicação dos conceitos de campo e de núcleo de competências e responsabilidades, o primeiro referido a saberes e responsabilidades comuns ou confluente a várias profissões ou especialidades da saúde; o segundo, ao conjunto de saberes e responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade, de modo que o

núcleo marcaria a diferença entre os membros de uma equipe.

Também Campos (1999) propõe a organização dos serviços de saúde segundo o conceito de equipe de referência com apoio especializado matricial. Nessa proposta, cada serviço (rede básica, serviços especializados, hospitais, outros) seria organizado por meio da composição de equipes de referência segundo três critérios: o objetivo da unidade, as características do local/território e os recursos disponíveis, de modo que um conjunto de usuários ou famílias seria adscrito a uma equipe básica de referência que contaria com o apoio de especialistas reunidos em uma equipe matricial. Cada equipe matricial serve de apoio para um determinado número de equipes de referência em uma dada localidade, ambas, com um caráter multiprofissional. A principal função dos profissionais e das equipes de referência seria elaborar e aplicar o projeto terapêutico individual. Esta proposta pressupõe três diretrizes: vínculo terapêutico, gestão colegiada e transdisciplinaridade, apostando no seu potencial para possibilitar a superação dos aspectos fundamentais sobre os quais repousa o modelo hegemônico – biomédico.



Para finalizar, destacam-se as relações entre as temáticas do ‘trabalho em equipe’ e a interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, embora cada um desses temas tenha sua especificidade, bem como a imprecisão na utilização dessas terminologias no campo da saúde. De maneira geral, ora utilizam-se os prefixos multi, inter ou trans, ora os sufixos profissional ou disciplinar, mas os autores concordam sobre a importância de não desviar o foco da questão central que é a constituição de equipes de trabalho (Jacob Filho & Sitta, 2002; Iribarry, 2003; Ceccim, 2005).

### Para saber mais:

- ALMEIDA, M. C. P. & ROCHA, J. S. Y. *O Saber da Enfermagem e sua Dimensão Prática*. São Paulo: Cortez, 1986.
- AROUCA, S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Unesp/Editora Fiocruz, 2003.
- BUSCHINELLI, J. T.; ROCHA, L. E. & RIGOTTO, R. M. (Orgs.) *Isto é Trabalho de Gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993.
- CAMPOS, G. S. W. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipe de saúde. In: ONOKO, R. & MERHY, E. E. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial; 1997.
- CAMPOS, G. S. W. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 393-403, 1999.
- CAMPOS, G. S. W. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
- CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Cepesc/Abrasco, 2005.
- DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- FACCHINI, LA. Por que a doença? A interferência causal e os marcos teóricos da análise. In: Buschinelli JT, Rocha LÊ, Rigotto RM (organizadores) *Isto é trabalho de Gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993. cap. 3, p. 33-55.
- FORTUNA, C. M. *O Trabalho de Equipe numa Unidade Básica de Saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades – em busca do desejo, do devir e de singularidades*. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1999.
- FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da

Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev. Latinoam. Enfermagem*, 13(2): 262-268, 2005.

IRIBARRY, I. N. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicologia: reflexão e crítica*, 16(3): 483-490, 2003.

JACOB FILHO, W. & SITTA, M. C. Interprofissionalidade. In: NETTO, M. P. (Org.) *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2002.

MACHADO, M. H. et al. *O Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: estrutura e conjuntura*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp, 1992.

MARTINS, M. I. C. & DAL POZ, M. R. A qualificação de trabalhadores de saúde e as mudanças tecnológicas. *Physis*, 8(2): 125-146, 1998.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, 20(5): 1411-1416, 2004.

PEDUZZI, M. *Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação*. Dissertação de Mestrado, Campinas: Faculdades de Ciências Médicas da Unicamp.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 35(1): 103-109, 2001.

PEDUZZI, M. & CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53: 143-147, 2005. (Número Especial)

SILVA, G. R. Prefácio. In: AROUCA, S. (Org.) *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Unesp/Fiocruz, 2003.

STARFIELD, B. *Atenção primária*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

## TRABALHO EM SAÚDE

*Emerson Elias Merby  
Túlio Batista Franco*

### O trabalho

**T**oda atividade humana é um ato produtivo, modifica alguma coisa e produz algo novo. Os homens e mulheres, durante toda a sua história, através dos tempos, estiveram ligados, de um modo ou outro, a atos produtivos, mudando a natureza. Quando eles tiram um fruto de uma árvore, ou caçam um animal, estão fazendo um ato produtivo e transformando a natureza. O fruto fora da árvore ou o animal caçado só existem, agora, pelo ato produtivo desses homens e mulheres. Isso é uma transformação da natureza pelo trabalho humano.

Homens e mulheres vivem em sociedade, sempre em coletivos, juntos. Os seus trabalhos também se realizam em conjunto; são atividades organizadas uma com as outras. O trabalho de um se organiza junto ao do outro. E, o modo como o trabalho se organiza e para que ele serve é importante para entendermos a sociedade que vivemos. Ao trabalharmos, todos nós, modificamos a natureza e nos modificamos. O

ato do trabalho funciona como uma escola: mexe com a nossa forma de pensar e de agir no mundo. Formamo-nos, basicamente, no trabalho.

Há autores, como Karl Marx, que dizem que o trabalho é a essência da humanidade dos homens, ou como Paulo Freire, que afirmam que a cultura é dada pela forma como trabalhamos o mundo, para que possa fazer sentido para nós. Quando caçávamos animais, estávamos dizendo que os animais estavam aí para serem nossos alimentos, dávamos este sentido de existência para eles. Hoje, é assim também. Quando tiramos árvores para fazer madeira, estamos dizendo que as árvores são importantes por serem fontes de matéria-prima: o carvão para fazer fogo, a madeira para fazer casa ou móveis, entre outros.

Mas, ainda bem, que estes sentidos não são fixos. Variam conforme a sociedade, as necessidades e os interesses que nós construímos em cada época. Interesses que são muito variados e que, muitas vezes, brigam entre si. Por exemplo, muitos de nós defen-



dem que árvores, hoje, não são fonte de madeira, mas seres vivos importantes que contribuem de modo fundamental para manter a vida em geral, na Terra. As sociedades e as formas de organização do trabalho, portanto, têm história. Variam no tempo, modificam-se assim como nós.

A sociedade em que vivemos, hoje, a capitalista, existe de alguns séculos para cá. Antes dela, outras formas de organização social e de trabalho existiram, como, por exemplo, as sociedades de senhores e escravos, as dos reis e dos servos, entre outras. O modo como o trabalho é realizado e o que se faz com seus produtos variam conforme a sociedade que estamos analisando. Nas sociedades de caça e coleta, o trabalho é propriedade de cada um, e o produto do trabalho pertence a quem o faz. Nas sociedades de senhores e escravos, o trabalho do escravo pertence ao senhor.

Dizemos que o trabalho é produtor de ‘valores de uso’ e de ‘valores de troca’. Conforme a necessidade que procura satisfazer, o trabalho produz um produto que carrega um certo ‘valor de uso’, por exemplo, a caça serve para alimentar satisfazendo esta necessidade; por outro lado, se caço para trocar por uma fruta, a utilidade dele agora é de ser trocado por outro produto

que outro trabalhador produziu. Agora, o que aparece é o seu ‘valor de troca’. Nas sociedades, o modo como estes dois componentes se comportam varia.

Nas sociedades capitalistas, o produto do trabalho do trabalhador é do patrão ou da empresa que o emprega. Ele só recebe um salário por trabalhar e não pelos produtos que produz. A riqueza da sociedade, se medida pela quantidade de trabalho e de produtos que o trabalho produz, é desigualmente distribuída. Quem trabalha, como regra, é quem menos recebe da riqueza produzida. Assim, o trabalho do trabalhador serve para produzir produtos que tenham ‘valores de troca’ para o patrão.

Há sociedades modernas, como as socialistas, que defendem que a riqueza é de toda a sociedade e que a sua distribuição deve ser feita de acordo com o trabalho e a necessidade de cada um.

## O trabalho e alguns de seus detalhes nos microprocessos

O objeto do trabalho – o animal a ser caçado, a planta a ser colhida, o aço a ser trabalhado – vai adquirir sen-

tido – ser alimento, virar automóvel – pela ação intencional do trabalhador, através de seu trabalho com as suas ferramentas, seus meios de trabalhar e o modo como organiza os seus usos. Todo trabalhador carrega consigo uma caixa de ferramentas, para fazer o seu trabalho, que, na saúde, traduzimos pela imagem das valises tecnológicas. Nestas valises/caixas de ferramentas, os trabalhadores, tanto de modo individual quanto coletivo, têm suas ferramentas-máquinas (como o estetoscópio, a seringa), seus conhecimentos e saberes tecnológicos (o seu saber-fazer clínico) e suas relações com todos os outros (como os atos de fala) que participam da produção e consumo do seu trabalho.

Entretanto, um trabalho não é igual ao outro. De acordo com o que produz, um trabalho difere do outro. Por exemplo, para produzir carro tem de se fazer de um certo modo; para produzir saúde, tem de se produzir de outro. Cada produção de um produto específico exige técnicas distintas, matéria-prima diferente, modos específicos de organizar o trabalho e trabalhadores próprios para aquela produção. Cada trabalho tem como seu objeto coisas distintas.

Todo processo de trabalho combina trabalho em ato e consumo de

produtos feitos em trabalhos anteriores. Na produção de um carro, exigem-se placas de aço. Para o trabalhador fazer em ato o carro necessita que o aço esteja já feito. Este aço é produto de trabalho de uma outra produção feita antes pelo trabalhador de uma siderúrgica. Assim, o trabalho de fazer carro combina um trabalho em ato do trabalhador, que está fabricando o carro, e um trabalho feito antes por outro trabalhador, em outro tipo de fábrica.

Chamamos o trabalho feito em ato de ‘trabalho vivo em ato’, e o trabalho feito antes, que só chega através do seu produto – o aço – chamamos de ‘trabalho morto’.

O trabalho vivo em ato nos convida a olhar para duas dimensões: uma, é a da atividade como construtora de produtos, de sua realização através da produção de bens, de diferentes tipos, e que está ligada à realização de uma finalidade para o produto (para que ele serve, que necessidade satisfaz, que ‘valor de uso’ ele tem?); a outra dimensão é a que se vincula ao produtor do ato, o trabalhador, e à sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos. Detalhar estas duas dimensões é funda-



mental para entendermos o que é o trabalho como prática social e prática técnica. Como ato produtivo de coisas e de pessoas. Antes de olharmos isso na saúde, vamos andar mais um pouco pelo trabalho em vários outros campos.

Como produtor de bens, o trabalhador está amarrado a uma cadeia material dura e simbólica, pois o ‘valor de uso’ do produto é dado pelo ‘valor referente simbólico’ que carrega, construído pelos vários atores sociais em suas relações. Já o ‘valor de troca’ de um produto está amarrado à forma como funciona uma sociedade, que é historicamente fabricada pelos homens, como a capitalista em que vivemos, hoje.

Se para a produção de carro o ‘valor referente simbólico’ é servir para transportar ou até para se exibir com uma máquina especial (para quem deseja não um carro mas uma Ferrari), para a produção da saúde o ‘referente simbólico’ é ser cuidado ou vender procedimentos para ganhar dinheiro. Depende de quem está em cena, seu lugar social, seu lugar no processo produtivo, seus valores culturais, entre várias outras coisas.

Por isso, advogamos que nas sociedades de direito à saúde, como é a brasileira, de acordo com sua constituição de 1988, o ‘trabalho em saúde’

deve pautar-se pelo ‘referente simbólico’: ato de cuidar da vida, em geral, e do outro, como se isso fosse de fato a alma da produção da saúde. E, assim, tomar como seu objeto central o mundo das necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, expressos como demandas pelas ações de cuidado. Em última instância, a finalidade que advogamos para as práticas de saúde é a de visar à produção social da vida e defendê-la.

## Trabalho em saúde

O ‘trabalho vivo em ato’: a produção na saúde realiza-se, sobretudo, por meio do ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interações configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado. Vale ressaltar que todo trabalho é mediado por tecnologias e depende da forma como elas se comportam no processo de trabalho; pode-se ter processos mais criativos, centrados nas

relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros (como as máquinas).

‘O trabalho em saúde e seu produto’: os produtos na saúde trazem a particularidade de uma certa materialidade simbólica, e podemos dizer que, falar em tecnologia é ter sempre como referência a temática do trabalho. Um trabalho cuja ação intencional é demarcada pela busca da produção de ‘coisas’ (bens/produtos) que funcionam como objetos, mas que não necessariamente são materiais duros, pois podem ser bens/produtos simbólicos (que também portam valores de uso) que satisfaçam necessidades. O ‘trabalho em saúde’ é centrado no ‘trabalho vivo em ato’, à semelhança do trabalho em educação; e a efetivação da ‘tecnologia leve’ do ‘trabalho vivo em ato’, na saúde, expressa-se como processo de produção de ‘relações intercessoras’ em uma de suas dimensões-chave, o seu encontro com o usuário final, que ‘representa’, em última instância, as necessidades de saúde, como sua intencionalidade, e, portanto, quem pode, com seu interesse particular, ‘publicizar’ as distintas intencionalidades dos vários outros agentes na cena do ‘trabalho em saúde’.

‘Trabalho e suas tecnologias’: o trabalho em saúde pode ser percebido

usando como exemplo o trabalho do médico, no qual se imagina a existência de três valises para demonstrar o arsenal tecnológico do trabalho em saúde. Na primeira valise se encontram os instrumentos (tecnologias duras), na segunda, o saber técnico estruturado (tecnologias leve-duras) e, na terceira, as relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato (tecnologias leves). Na produção do cuidado, o médico (mas poderia ser o enfermeiro, o técnico da saúde) utiliza-se das três valises, arranjando de modo diferente uma com a outra, conforme o seu modo de produzir o cuidado. Assim, pode haver a predominância da lógica instrumental; de outra forma, pode haver um processo em que os processos relacionais (intercessores) intervêm para um processo de trabalho com maiores graus de liberdade, tecnologicamente centrado nas tecnologias leves e leve-duras.

‘O trabalhador de saúde é sempre coletivo’: o ‘trabalho em saúde’ é sempre realizado por um trabalhador coletivo. Não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do ‘trabalho em saúde’. Os trabalhadores universitários, técnicos e auxiliares são fundamentais para que o trabalho de um dê sentido ao trabalho do outro,

T

na direção da verdadeira finalidade do ‘trabalho em saúde’: cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde. Deste modo, o trabalho de um depende do trabalho do outro. Uma caixa de ferramentas de um é necessária para completar a do outro. O trabalhador sempre depende desta troca, deste empréstimo. Porém, há um campo em comum entre todos os tipos de trabalhadores: todos eles, independentemente da sua formação ou profissão, são operadores da construção do cuidado, e portadores das valises tecnológicas; sendo que a valise das tecnologias leves, que produz relações, é igualmente de todos.

‘A pactuação do processo de trabalho’: a cena na qual é definido o modelo tecnológico de produção da saúde é permeada por sujeitos com capacidade de operar pactuações entre si, de forma que a resultante dessas disputas é sempre produto da correlação de forças que se estabelece no processo. Essa pactuação não se dá apenas em processos de negociação, mas estrutura-se, muitas vezes, a partir de conflitos e tensões vividos no cenário de produção da saúde, seja na gestão ou na assistência.

O debate em torno do processo de trabalho tem-se mostrado extremamente importante para a compreen-

são da organização da assistência à saúde e, fundamentalmente, de sua potência transformadora, particularmente quando nos debruçamos sobre a micropolítica de organização do trabalho. Verifica-se que, no modelo médico-hegemônico, a distribuição do trabalho assistencial é dimensionada para concentrar o fluxo da assistência no profissional médico. No entanto, observa-se que há um potencial de trabalho de todos os profissionais que pode ser aproveitado para cuidados diretos com o usuário, elevando assim a capacidade resolutiva dos serviços. Isso se faz, sobretudo, reestruturando os processos de trabalho e potencializando o ‘trabalho vivo em ato’ e a valise das relações, como fontes de energia criativa e criadora de um novo momento na configuração do modelo de assistência à saúde.

#### Para saber mais:

GONÇALVES, R. B. M. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

SCHRAIBER, L. B. *O Médico e seu Trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

TESTA, M. *Pensar en Salud*. Argentina: Lugar Editorial, 1993.



## TRABALHO IMATERIAL

*Sérgio Lessa*

A expressão ‘trabalho imaterial’ tem sido empregada com conteúdos tão diversos que o mais seguro, em um verbete, é afirmar que o uso que dela fazem Antonio Negri, Maurizio Lazzarato e Michael Hardt está longe de ser consensual.

Para tais autores, o conceito de trabalho imaterial seria a superação da concepção materialista de Marx que eles denominam de “objetivista e determinista” (Cleaver, 1991, p. 19-26), segundo a qual a transformação da natureza nos meios de produção e de subsistência seria a categoria fundante do mundo dos homens. Trata-se, portanto, de um confronto em toda a linha com a concepção ontológica marxiana e, conseqüência por eles assumida explicitamente, também com sua concepção revolucionária. Uma das características dessa vertente teórica é o seu proselitismo e a sua forma rebuscada, quase rococó de apresentar as idéias – forma que talvez, por vezes, evite que se perceba o quão simplórias são suas teses centrais. Todas elas se articulam ao redor da proposi-

ção segundo a qual as transformações que marcam a passagem do feudalismo aos nossos dias não seriam predominantemente causadas, como quer a tradição marxista, pelo desenvolvimento das forças produtivas. Não seria, argumentam, o desenvolvimento das relações mercantis, no contexto da Acumulação Primitiva e, em seguida, das Revoluções Burguesas e da Revolução Industrial, o fundamento da gênese e desenvolvimento da sociabilidade contemporânea. Segundo eles, o motor desse longo processo histórico seria o “amor pelo tempo por se constituir” (Negri, 1994, p. 391).

Para fazermos curta uma longa história, é o ‘amor pelo tempo por se constituir’ que faz com que, nos nossos dias, os operários se rebelem contra o capitalismo, abandonem as fábricas (o desemprego é, para eles, o resultado da recusa operária do trabalho fabril e não o resultado da expulsão do trabalho vivo da produção)(Lazzarato, 1992, p. 57 e ss.; Negri, 1993; Hardt e Negri, 1984, p. 272 e ss.) e se lancem na construção de uma nova sociabili-

T

dade que eles denominam de ‘comunismo’. Para tais autores, o ‘comunismo’ seria uma sociabilidade que não mais conheceria a distinção entre a ‘produção’ e a ‘fruição’, entre a produção e o consumo, entre a produção e a circulação: toda a vida, agora, seria igualmente produtiva. Nas suas palavras, a produção teria se ‘desterritorializado’ e se expandido a toda sociabilidade. As classes sociais, evidentemente, estariam desaparecendo. Operariado e burguesia seriam coisas do passado. Todavia, surpreendentemente, a função de controle da produção não se ‘desterritorializaria’ para toda a sociedade: ficaria concentrada nas mãos dos “empresários políticos” (Negri, 1999, p. 61).

Nessas novas circunstâncias, não haveria mais sentido em manter o trabalho, intercâmbio orgânico com a natureza, como a categoria fundante do ser social. Agora, a categoria que articularia o ‘comunismo’ - que estaríamos vendo nascer sob nossos olhos - seria o ‘trabalho imaterial’. O ‘trabalho imaterial’ seria, assim, para tais autores, a encarnação nos nossos dias do ‘amor pelo tempo por se constituir’ no momento final de conclusão da sua obra histórica de conversão do mundo feudal em ‘comunista’.

Do ponto de vista político, as concepções de Negri, Hardt e Lazzarato se pautam por uma duríssima crítica à esquerda que eles denominam de ‘marxista’ ou ‘tradicional’. Tal esquerda estaria falida por não compreender que, hoje, a defesa dos direitos dos trabalhadores nada mais seria que a luta pela manutenção das antigas relações de produção capitalistas que estariam sendo superadas pelo comunismo. A esquerda que combate as transformações em curso seria reacionária por não compreender que elas implicam o fim das classes sociais e, portanto, defender os ‘trabalhadores’ contra o ‘capital’ não passaria de uma luta retrógrada contra a evolução em direção ao ‘comunismo’.

Nos dias em que vivemos, contudo, nada que diz respeito ao trabalho é uma questão isenta de confusões. Isso porque a imprecisão com que o próprio conceito de trabalho é tratado no debate contemporâneo cria um campo enorme para incompreensões e mal-entendidos. O mesmo ocorre com o emprego da expressão trabalho imaterial: ainda que tenha, hoje tal expressão, a marca da corrente que tem em Negri, Lazzarato e Hardt seus mais conhecidos expoentes, muitos autores a empregam de modo e com um conteúdo muito distinto.

Há razões históricas, mais distantes no tempo, para tal situação. Uma delas é o fato de que, nas décadas de 1950 e 1960, quando se tornaram mais freqüentes as traduções das obras de Marx e Engels para o português (e para o espanhol, durante muito tempo quase uma segunda língua de leitura para os marxistas brasileiros), uma parte importante delas foi feita das traduções francesas. Essas, naquele momento, eram marcadas pelas leituras que Kojève fizera de Hegel, e não poucas expressões de Marx e Engels foram traduzidas de modo ‘interpretativo’. Uma delas foi a tradução de ‘trabalho espiritual’ e ‘trabalho intelectual’, expressões freqüentemente empregadas por Marx e Engels, que eram traduzidas por vezes por ‘trabalho imaterial’ (para diferenciar do ‘trabalho material’ ou ‘trabalho manual’). É assim que em muitas ocasiões podemos encontrar a expressão ‘trabalho imaterial’ para expressar o ‘trabalho intelectual’ (em Marx, a atividade de controle do trabalho manual para que ele produza a propriedade privada da classe dominante de cada formação social) ou o ‘trabalho espiritual’ (para diferenciar as atividades do espírito humano que, direta ou mais freqüentemente, indiretamente, interferem nos processos de elaboração das

teleologias presentes em todo ato humano singular).

Esse emprego, na literatura marxista, de trabalho imaterial no lugar de trabalho intelectual ou espiritual, apesar de freqüente, não é inteiramente justificado. Do ponto de vista ontológico marxiano, a expressão trabalho imaterial é em si mesma um contra-senso. Marx rompe com todas as ontologias anteriores ao elaborar a primeira ontologia que abandona a dualidade espírito-matéria que dominou dos gregos até Hegel. Essa ruptura pode ser levada a cabo, em primeiro lugar, quando Marx descobriu o trabalho como categoria fundante do mundo dos homens.

Ou seja, descobriu como e por quais mediações, do trabalho (do intercâmbio orgânico com a natureza) se originam possibilidades e necessidades que apenas podem ser exploradas e/ou atendidas pelo desenvolvimento de novas relações sociais entre os homens e não mais, apenas, entre os homens e a natureza. A gênese da ciência, por exemplo, tem seu fundamento na necessidade de se transformar a natureza nos meios de produção e de subsistência - todavia o seu desenvolvimento não pode mais se dar apenas na relação com a natureza. O desenvolvimento das complexas questões

metodológicas e das questões da teoria do conhecimento, desde o período moderno até hoje, são um bom exemplo de como o trabalho gera necessidades e possibilidades que ele mesmo, enquanto tal, não pode mais atender. Em um outro pólo, o fato de o trabalho, ao transformar a natureza, transformar também a natureza do ser humano, é o fundamento da gênese de uma individualidade humana que vai se tornando cada vez mais social com o passar do tempo - e tal individualidade, por sua vez, é permeada por necessidades intelectuais, afetivas, etc., que não podem nem ser adequadas e imediatamente exploradas nem atendidas pelo intercâmbio orgânico com a natureza. O desenvolvimento da psicologia tem aqui o seu solo fundante, para mencionarmos um outro exemplo. O trabalho, portanto, remete sempre para além de si próprio (Lukács, 1976). E é devido a isto - de modo fundante - que a reprodução social torna-se possível enquanto desenvolvimento da universalidade humana (o desenvolvimento das forças produtivas, de modo mais evidente) e das singularidades cuja síntese funda esta universalidade (os indivíduos, as personalidades individuais).

Em poucas palavras, ao transformar a natureza o ser humano transfor-

ma a sua própria natureza de ser social (Marx, 1983:). É assim que Marx pode demonstrar como a essência humana é o 'conjunto das relações sociais', ou seja, é um construto humano e, portanto, pode demonstrar a falsidade da justificativa do capitalismo com base na alegação de que corresponderia a uma essência humana imutável, eterna, de proprietários privados. A essência hobbesiana do humano, animal mesquinho e concorrencial *ad aeternum*, é superada por uma concepção histórica que demonstra como os homens se fizeram primitivos, escravistas, feudais e burgueses ao longo do tempo. E, portanto, com as devidas mediações, como podemos vir a superar a essência burguesa que converte a todos nós nos mesquinhos animais proprietários privados que somos. Sendo muito breve, está comprovada a possibilidade ontológica (o que não quer dizer inevitabilidade histórica), as personalidades individuais humanas (o desenvolvimento das forças produtivas, de modo mais evidente) e da revolução comunista.

A tese de que os humanos são os senhores de seu destino implica, esperamos que esteja claro, a superação das concepções ontológicas dualistas, que contrapunham espírito e matéria. Em tais ontologias, o abismo entre essên-

cia imutável e cotidiano mutável, histórico, resultou, sem qualquer exceção, na justificativa da exploração do homem pelo homem. Foi assim com Aristóteles, com Agostinho e São Tomás, com os modernos (de Hobbes aos Iluministas) e até mesmo em Hegel.

Romper com tal dualidade, portanto, é fundamental para Marx argumentar sua proposta revolucionária. O que requer, por sua vez, a elaboração de uma nova concepção materialista que articula todos os fenômenos, do inorgânico ao ser social, passando pela vida, em um mesmo estatuto ontológico. É assim que, para Marx, todo o existente são formas distintas da matéria. O 'imaterial' é rigorosamente o inexistente. O pensamento do indivíduo, a pedra assim como a casa feita desta pedra, tudo para Marx é matéria. O que não é matéria é inexistente. Ou, se quiserem, o inexistente é imaterial.

Novamente a descoberta do trabalho como categoria fundante do ser social joga aqui um papel decisivo na elaboração de Marx dessa nova concepção ontológica: é o trabalho que, ao mediar entre a matéria natural (o ser orgânico e inorgânico) e o ser social, possibilita que os humanos desenvolvessem ao longo do tempo uma nova esfera ontológica. Isso é, uma nova esfera material que é composta por cria-

ções postas no mundo pela atividade humana. A matéria do ser social se distingue da matéria natural não porque não seja material, mas porque consubstancia uma matéria cuja reprodução requer a mediação da consciência, cuja continuidade tem na consciência seu 'médium' e seu 'órgão', no dizer de Lukács (1981, p. 184, 351, 59-60 entre muitas outras passagens).

A consciência humana para Marx, Engels e Lukács nada mais é do que a forma mais tardia e desenvolvida da matéria: do desenvolvimento da matéria inorgânica temos o salto ontológico que marca o surgimento da vida, isto é, uma nova organização da matéria que possui como essência a reprodução biológica; analogamente, o desenvolvimento da vida possibilita o salto ontológico para a sociabilidade, uma nova forma de matéria fundada pelo trabalho. Por isso, o trabalho ao fazer a mediação entre o homem e natureza, é fundante do ser social: é nele que a essência da nova esfera de ser se manifesta por completo originariamente, isto é, se manifesta pela primeira vez a capacidade de ao transformar a natureza transformar-se também a natureza dos humanos.

Trabalho, como categoria fundante, concepção unitária do ser (rompimento com a dualidade espíri-

to-matéria, com a essência não-histórica *versus* mundo fenomênico-histórico) e possibilidade da revolução proletária são absolutamente articulados em Marx (e, para acrescentarmos autores contemporâneos, Lukács e Mészáros).

Assim, quando Marx emprega a expressão ‘trabalho intelectual’ está ele se referindo à atividade de controle sobre a transformação da natureza (‘o trabalho manual’) peculiar às sociedades de classe e, não, a uma pretensa dualidade cabeça/mão que cavaría um abismo ontológico entre as atividades espirituais e as atividades materiais (Marx, 1985). A elaboração de teleologias é um momento ontológico ineliminável da reprodução material do mundo dos homens. E isso vale, com as devidas mediações, para todos os complexos que nelas intervêm, direta ou indiretamente, desde a ciência e a filosofia até os valores, a arte, a religião, etc. Do mesmo modo, a causalidade social, posta em movimento pela síntese dos atos humanos singulares em tendências históricas universais (pela reprodução social), apenas pode surgir, se desenvolver e se reproduzir pela mediação de atos teleologicamente postos. O ser social, diferente do ser natural, é uma esfera da matéria que se torna substância pela transformação

teleologicamente orientada da natureza, na conversão da causalidade dada pela natureza em uma causalidade posta pelos humanos, diria Lukács.

O ser social, as atividades espirituais que lhe caracterizam, são, portanto, tão partícipes da matéria, tão material, quanto uma pedra ou uma planta. O que distingue a materialidade humana da natureza são suas leis e processualidades – sua história – porque, diferente do ser natural, a legalidade social brota das ações humanas e não dos processos biológicos, químicos ou físicos do mundo natural. Mas o ser social não é menos material do que a natureza por essa razão.

Esse é o conteúdo do materialismo de Marx: o inexistente é o imaterial, tudo o que existe é matéria, é alguma modalidade da matéria. Inclusive a consciência humana.

É evidente, dizíamos, que quando na tradição marxista brasileira encontramos a expressão trabalho imaterial com o conteúdo de trabalho intelectual ou espiritual, os autores não estão, na enorme maioria dos casos, postulando um retorno às concepções dualistas que, ao conceberem a essência humana como imutável e eterna, cancelam o ser humano como o demiurgo da totalidade de sua história e, com as mediações devidas, cancelam a possibilidade ontológica

da revolução proletária. E é também evidente que, na enorme maioria desses casos, também não se faz presente uma adesão às teses de Negri, Hardt e Lazzarato, segundo as quais a crise que vivemos seria apenas as dores do parto do nascimento do ‘comunismo’ por obra do ‘amor pelo tempo por se constituir’.

Portanto, no debate contemporâneo, a expressão ‘trabalho imaterial’ comparece em formas e com conteúdos bastante distintos: aqui também a confusão semântica e conceitual que se criou ao redor da categoria trabalho deixa suas marcas.

### Para saber mais:

BORON, A. *Império e Imperialismo*. Buenos Aires: CLACSO, 2000.

CLEAVER, H. Translator’s introduction. Parte I. In: NEGRI, A. *Marx beyond Marx*. Nova York, Londres: Autonomedia, Pluto Press, 1991.

HARDT, M.; NEGRI, A. *Labor of Dionysus: a critique of the state form*.

Minnesota: University of Minnesota Press, 1984.

LAZZARATO, M. *Le concept de travail immatériel: la grand entreprise*. Paris: Future Antérieur, n. 10, 1992.

LESSA, S. *Para além de Marx? Crítica às teses do trabalho imaterial*. São Paulo: Xamã, 2005.

LUKÁCS, G. *Per una Ontologia dell’Essere Sociale*. Roma: Ed. Rinuti, vol. I, 1976, vol. II, 1981.

MARX, K. *O Capital*. São Paulo: Abril Cultural, vol. I, 1983, Tomo I, 1985, Tomo II.

NEGRI, A. *La première crise du postfordisme*. Paris: Future Antérieur, 1993.

NEGRI, A. O empresário político. In: COCCO, G. et al. (Orgs.). *Empresários e empregos nos novos territórios produtivos*. Rio de Janeiro: Consórcio do Plano Estratégico da Cidade do Rio de Janeiro/DP&A Editora, 1999.

NEGRI, A. *El poder constituyente*. Madrid: Libertarias; Prodhufi, 1994.

TURCHETTO, M. Antonio Negri e o triste fim do ‘operarismo’ italiano. *Revista Crítica Marxista*. Rio de Janeiro: 2004.

## TRABALHO PRESCRITO

*Jussara Cruz de Brito*

O conceito de ‘trabalho prescrito’ (ou tarefa) refere-se ao que é esperado no âmbito de um processo de trabalho específico, com suas singularidades locais. O ‘trabalho prescrito’ é vinculado, de um lado, a regras e objetivos fixados pela organização do trabalho e, de outro, às condições dadas. Pode-se dizer, de forma sucinta, que indica aquilo que ‘se deve fazer’ em um determinado processo de trabalho.

Este conceito está baseado em estudos realizados em situações reais de trabalho, que permitiram evidenciar que o trabalho é muito mais do previsto e percebido do exterior, ele é sempre distinto do planejado. Esses estudos possibilitaram, inicialmente, que se evidenciassem duas faces do trabalho: a tarefa (‘trabalho prescrito’) e a atividade (trabalho real). Duas faces que não se opõem, mas, ao contrário, se articulam de uma forma que ainda precisa ser mais bem compreendida. Ao identificar essas duas faces do trabalho, esses estudos, desenvolvidos por uma certa linha da ergonomia (origi-

nada nos países de língua francesa, e que se denomina ergonomia da atividade), demonstraram com clareza que é pertinente falar em ‘compreender’ o trabalho (com suas diferentes faces), considerando que se trata de algo complexo.

É interessante chamar a atenção que a descoberta de que o trabalho não se resume à tarefa prescrita ocorreu justamente com a análise de um trabalho organizado de uma forma tipicamente taylorista, isto é, no qual se supunha que aos trabalhadores cabia apenas executar. Com o desenvolvimento de uma pesquisa sobre o trabalho em linhas de montagem da indústria eletrônica, na virada da década de 1960, os ergonomistas descobriram que as operárias não seguiam estritamente o método de execução planejado: elas alteravam a ordem de fixação dos componentes eletrônicos, modificando os movimentos rigidamente programados. Chegou-se então à conclusão de que, apesar da rígida divisão e definição de método do trabalho das operárias, elas perceberam que na realida-



de tinham de, permanentemente, tomar decisões e controlar incidentes. Logo, as operárias não eram ‘mão-de-obra’, seu trabalho não se constituía em algo ‘automático’, ‘feito sem pensar’. Conclusão que, evidentemente, abalava a crença taylorista de que existiria ‘um’ melhor método de trabalho, definido ‘cientificamente’. Ou seja, com essa conclusão, tornou-se possível afirmar que a padronização total dos métodos de trabalho é uma ficção.

Devido à sua gênese, o conceito de ‘trabalho prescrito’ esteve muito atrelado à concepção taylorista de organização do trabalho (com a tentativa de predição e de controle sem limites do processo de trabalho), levando a uma visão negativa do seu sentido. Esta visão, entretanto, foi-se modificando com a constatação de que há diferentes modos de prescrição do trabalho, uma forma de antecipação necessária e que é encontrada em todos os processos produtivos. Com isso, entendeu-se que o conceito de ‘trabalho prescrito’ (ou tarefa) é fundamental para descrevermos uma das faces do trabalho – que logicamente tem implicação sobre a outra (atividade). Até os dias de hoje os ergonômistas e demais cientistas do trabalho procuram avançar na definição desse conceito, considerando os mundos atuais de trabalho.

Apesar de ser um objeto de debates, podemos dizer que, sinteticamente, o ‘trabalho prescrito’ se caracteriza pelos seguintes elementos:

- Os objetivos a serem atingidos e os resultados a serem obtidos, em termos de produtividade, qualidade, prazo;
- Os métodos e procedimentos previstos;
- As ordens emitidas pela hierarquia (oralmente ou por escrito) e as instruções a serem seguidas;
- Os protocolos e as normas técnicas e de segurança a serem seguidas;
- Os meios técnicos colocados à disposição – componente da prescrição muitas vezes desprezado;
- A forma de divisão do trabalho prevista;
- As condições temporais previstas;
- As condições socioeconômicas (qualificação, salário).

Se é evidente o caráter externo desses elementos – normalmente vinculado à divisão social do trabalho e às relações hierárquicas –, é importante ressaltar que há um nível de intermediação entre a tarefa e a atividade (o que reforça a idéia de que não são faces opostas do trabalho) que corresponde aos objetivos que os tra-

balhadores, individualmente ou coletivamente, definem para si. Por outro lado, há situações em que as prescrições não são identificadas com clareza ou que se apresentam de forma implícita nos induzindo a pensar que se trata de casos onde o trabalho se desenvolve sem injunções. Este é um caso de subprescrição, no qual a definição dos objetivos e dos meios para atingi-los acaba recaindo sobre o trabalhador, sobre-trabalho nem reconhecido nem remunerado. Há que se considerar, contudo, que sempre haverá uma parte implícita nas tarefas prescritas.

É importante fazer referência também às novas exigências tendenciais dos empreendimentos contemporâneos, como a chamada prescrição da subjetividade – sinônimo de exigência de implicação, iniciativa, criatividade, autonomia e disponibilidade para a produção. Semelhantes são os casos em que os objetivos a serem atingidos são demasiadamente amplos, levando o trabalhador a dar tudo de si para alcançar os resultados esperados, gerando fadiga crônica, esgotamento.

Além disso, as prescrições podem contribuir diretamente para o desenvolvimento das atividades, ou serem ineficazes ou perturbadoras. Em várias situações observa-se também a existência de prescrições contraditórias:

por exemplo, seguir determinadas normas de segurança e simultaneamente dar conta da tarefa em um tempo exíguo. Cabe dizer ainda que ao ‘trabalho prescrito’ soma-se o ambiente físico encontrado nas situações de trabalho, na medida em que é um componente externo e representa um constrangimento para a realização do trabalho (por isso, algumas vezes é apontado como integrante da tarefa).

Os debates em torno da prescrição do trabalho têm levado alguns autores ao exercício de decomposição da tarefa prescrita em vários níveis até chegar à atividade. Esses debates têm também permitido evidenciar que:

- 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 prescrição tem sempre um caráter situado (na medida em que há um nível de divisão das tarefas que se define localmente ou que depende dos meios colocados à disposição), obrigando-nos a ter cautela

em falar genericamente sobre um determinado setor de trabalho.

Como já dito, o reconhecimento dessas diferentes faces do trabalho vem influenciando distintas áreas de estudos e intervenção sobre o trabalho, contribuindo para a evolução dos conceitos de ‘trabalho prescrito’ e trabalho real. Destacaremos a contribuição da ergologia (uma perspectiva de produção de conhecimento que busca intervir nos mundos do trabalho a partir de uma dupla confrontação: dos diferentes saberes e desses com os produzidos na atividade de trabalho) que indica o seguinte: além das formas de prescrição antes elencadas, relativas à organização do trabalho e às condições dadas (propostas-impostas) ao trabalhador, encontramos na vida a presença de um movimento de antecipação, que se configura em um patrimônio coletivo. São ‘normas antecedentes’ vinculadas a aquisições da inteligência e experiência coletiva (e, neste sentido, bens de todos). Essas normas referem-se aos saberes técnicos, científicos e culturais historicamente incorporados ao fazer (como os diferentes saberes e técnicas do campo da saúde). Portanto, se constituem em patrimônio da humanidade – mesmo que o conhecimento técnico-científico esteja vinculado às

relações de força presentes na vida social e que infiltram todo o conjunto de normas antecedentes.

Assim, as normas antecedentes mesclam:

- saberes técnicos, científicos e culturais (com toda sua ambigüidade), imprescindíveis para o desenvolvimento do trabalho;
- códigos organizacionais, ligados à divisão (social e sexual) do trabalho e às relações de poder, de exploração econômica e dominação.

Entre o que pode ser considerado patrimônio relativamente e provisoriamente estabilizado da humanidade (que se torna ‘norma’ porque nenhuma atividade de trabalho pode ignorá-lo) e a estrita imposição de modo de execução, há toda uma série de normas antecedentes, mais ou menos relevantes. Acrescenta-se que algumas dessas normas são forjadas pela história dos coletivos de trabalho (por exemplo, regras e práticas desenvolvidas através da experiência, pelo próprio coletivo) e outras provêm dos destinatários do trabalho (clientes ou usuários), uma vez que esses apresentam suas expectativas e exigências ao trabalhador.

Há ainda um terceiro aspecto que caracteriza as normas antecedentes: elas sinalizam valores. Portanto, elas

têm uma dimensão sócio-político-jurídica e não apenas monetária. Dizem respeito, assim, também a valores do bem comum (saúde, educação, direito ao trabalho, ao lazer, segurança, preservação ambiental, igualdade etc.), sobre os quais há sempre um campo de lutas e em nome dos quais se busca instituir dispositivos legais em uma conjuntura social específica.

Enfim, as normas antecedentes estão vinculadas aos regulamentos, procedimentos e tecnologias encontradas em determinada situação de trabalho, ao nível de conhecimento técnico-científico e cultural de uma certa sociedade e aos valores nela presentes.

Neste sentido, é possível reconhecermos algumas normas antecedentes do trabalho em saúde no Brasil: os princípios de humanidade e cidadania da Reforma Sanitária, o valor social e político atribuído ao Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas de saúde, os modelos de atenção e de gestão. Elas incluem também a formação técnico-científica dos profissionais de saúde, a constituição e a forma de divisão das tarefas nas equipes (técnica, sexual etc), as tecnologias e materiais disponíveis, os protocolos terapêuticos, as rotinas de trabalho previstas, as regras instituídas nos serviços (de produtividade, de qualidade etc.), as formas de contrato

dos profissionais e as demandas dos usuários. Há que se considerar conjuntamente os recursos orçamentários, a organização espacial das unidades, as instalações e suas condições. Outras legislações brasileiras (e internacionais) podem também se configurar como normas antecedentes ao trabalho em saúde, na medida em que lhe influenciam direta ou indiretamente.

Trabalhar é colocar em debate uma diversidade de fontes de prescrição, estabelecer prioridades entre elas e muitas vezes não poder lhes seguir simultaneamente. Do mesmo modo que as prescrições, as normas antecedentes podem ser contraditórias, implicando uma permanente tensão entre princípios, regras, modelos, formação técnico-científica, recursos disponíveis etc. São os coletivos de trabalho que enfrentam essa tensão, sendo obrigados a fazer escolhas permanentemente – o que corresponde à outra face do trabalho (trabalho real ou atividade). Ao fazer opções, buscam soluções e desenvolvem novas técnicas, que mais tarde poderão ser incorporadas às normas antecedentes. Portanto, como já dito, as normas antecedentes são vinculadas a aquisições da inteligência e à experiência coletiva (e, por isso, trata-se de bens comuns).

Se iniciamos nosso texto falando de ‘trabalho prescrito’ e chegamos às normas antecedentes, é porque ambos conceitos se referem ao que é dado, exigido e apresentado ao trabalhador antes de a atividade ter início. Além disso, algo muito importante: com o conceito de normas antecedentes, podemos vislumbrar outros níveis de prescrição do trabalho, que muitas vezes não são apreendidos como tal.

#### Para saber mais:

ALVAREZ, D. & TELLES, A. L. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, M. et al. (Orgs.) *Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

DANIELLOU, F. Le travail des prescriptions. In: Actes du 37ème

Congrès de la SELF, “Les évolutions de la prescription” (Conférence inaugurale), Aix-en-Provence, 2002. Disponível em: <<http://www.ergonomie-self.org/self2002/daniellou.pdf>>.

GUÉRIN, F. et al. *Compreender o Trabalho para Transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: Edgard Blücher Ltda, 2001.

LEPLAT, J. & HOC, J.-M. Tarea y actividad en el análisis psicológico de situaciones. In: CASTILLO, J. & VILLENA, J. (Orgs.) *Ergonomía: conceptos y métodos*. Madrid: Editorial Complutense, 1998.

MONTMOLLIN, M. *Vocabulaire de L'Ergonomie*. Toulouse: Éditions Octarès, 1995.

SCHWARTZ, Y. *Le Paradigme Ergologique ou un Métier de Philosophe*. Toulouse: Octarès, 2000.

TEIGER, C. El trabajo, ese oscuro objeto de la Ergonomía. In: CASTILLO, J. & VILLENA, J. (Orgs.) *Ergonomía: conceptos y métodos*. Madrid: Editorial Complutense, 1998.

## TRABALHO PRODUTIVO E IMPRODUTIVO



Sérgio Lessa

No início do período moderno, a burguesia nascente sabia como ‘fazer negócios’, isto é, como retirar lucro de suas trocas mercantis; sabia

como cobrar os juros e os preços. Todavia, não conseguia ainda entender muitas das ‘leis do mercado’; não compreendia, acima de tudo, de onde pro-

veria a força do dinheiro para moldar o mundo à sua (do dinheiro) imagem e semelhança. Para se ter uma idéia, a lei da oferta e da procura, então já ativa há séculos, apenas foi descoberta na Inglaterra por volta dos anos de 1580: até então os preços subiam ou desciam sem que se soubesse explicar e, portanto, ‘prever’, estas variações. Foi para investigar questões como essa que surgiu a Economia Política Clássica. E foi com ela que surgiu a distinção entre o trabalho produtivo e improdutivo.

Com o desenvolvimento das relações mercantis, a burguesia começou a se dar conta de que há dois, digamos, ‘tipos’ de salários: um do qual advém lucro e, outro, que não. Numa manufatura, por exemplo, quanto mais artesãos o burguês puder contratar (e isto depende, claro, não apenas de sua vontade, mas fundamentalmente das condições do mercado) maior será o seu lucro. O salário dos artesãos é um salário que gera lucro. Por outro lado, um segundo contador, mais vigias, etc., são salários que não geram lucro, antes, são ‘custos’. Foi a partir de então que começou a fazer sentido a distinção entre trabalho produtivo e improdutivo. O primeiro é aquele ‘produtivo de lucro’, o segundo representa o custo do negócio.

Na Idade Média, no escravismo ou no período primitivo, um trabalho ‘improdutivo’ seria a mais completa inutilidade. Isso porque, com todas as mediações cabíveis a cada formação social, o trabalho ainda estava muito próximo da produção de valores de uso e, por isto, falar em trabalho produtivo não passava de tautologia. Foi com a expansão das relações mercantis entre os séculos XV e XVIII, isto é, com o crescimento da importância na reprodução social do valor de troca, que tivemos a gênese da distinção entre aquele trabalho assalariado que produz lucro e aquele outro que não o produz. Um bom negócio deveria contar com o máximo de trabalhadores produtivos e o mínimo necessário de improdutivos, por exemplo.

Com a Revolução Industrial (1776-1830), junto com o conjunto da sociedade burguesa, a distinção entre o trabalho produtivo e o improdutivo atingiu a sua maturidade. A indústria se tornou o pólo mais dinâmico da reprodução do capital e o lucro comercial ou os juros deixaram de ser o seu momento predominante (que é distinto do seu momento fundante, como veremos mais à frente). Com isso, as categorias de trabalho produtivo e improdutivo também adquirem sua maturidade histórica: é produtivo o tra-

balho assalariado que produz mais-valia e improdutivo aquele que não produz mais-valia.

Até esse ponto foi a Economia Política Clássica. *Da perspectiva do capital* – e tão somente dessa perspectiva – a distinção fundamental a ser feita é entre as atividades assalariadas que produzem mais-valia e aquelas que não produzem mais-valia. Dessa perspectiva – muito restrita – os trabalhadores assalariados se dividem em dois grandes agrupamentos. O primeiro é composto: 1) pelos trabalhadores que, no *agrobusiness*, nas fábricas e no transporte, transformam a natureza; e, 2) também por aqueles trabalhadores que, no setor de serviços, produzem mais-valia, como o professor da escola privada e outras atividades assemelhadas (mais sobre isto à frente).

O segundo agrupamento é composto: 1) pelos trabalhadores que, no interior das fábricas, *agrobusiness*, transporte e serviços que produzem mais-valia exercem as atividades de controle e vigilância dos trabalhadores: os engenheiros, que concebem como e o que será produzido, os funcionários do departamento de pessoal, do departamento jurídico, os executivos que administram o negócio, os assistentes sociais, os vigias e toda a hierarquia que compõe o ‘despotismo’ do capital so-

bre o trabalho, etc.; 2) os trabalhadores dos serviços que não produzem mais-valia (os empregados domésticos, etc.); 3) os trabalhadores do Estado (sempre o aparelho especial de repressão com que as classes dominantes contam para manter a reprodução de sua propriedade privada); e, 4) por fim, os empregados do comércio e dos bancos (sobre eles, voltaremos mais abaixo). Todos esses trabalhadores não produzem mais-valia: representam ‘custos’.

Os trabalhadores improdutivos compõem uma enorme massa de assalariados, muito mais numerosa e heterogênea do que a dos trabalhadores produtivos. Todavia, imediatamente (ou seja, não é esta *toda* a história), o capital se valoriza pela produção da mais-valia. Se isso é assim, por que então necessita o sistema do capital de tal quantidade de assalariados que não produzem mais-valia? Porque o sistema do capital é perdulário em sua essência. Ele precisa de um sistema de controle hierárquico sobre o trabalho que é um gigantesco desperdício: desde as carteiras de identidade e passaportes, até o controle minucioso das ações dos operários no interior das fábricas, a sociedade burguesa vai se desenvolvendo em um enorme mecanismo de controle da sociedade. Essa

perdularidade é o que torna imprescindível a gênese, o crescimento e hipertrofia do setor improdutivo.

A perdularidade essencial ao sistema do capital torna o trabalho improdutivo indispensável à sua reprodução. Esse fato gera a ilusão de que, por serem ‘necessários’ à reprodução do capital, os trabalhadores improdutivos seriam igualmente produtivos: a distinção entre trabalhadores produtivos e improdutivos teria desaparecido, ou perdido importância, nos dias de hoje. Braverman, com *Trabalho e Capital Monopolista* (1981), é o mais clássico representante dessa vertente. Para Marx, a distinção entre o trabalho produtivo e improdutivo não se radica no fato de serem necessários ao capital – ambos o são, como vimos – mas sim nas distintas funções sociais que exercem: o primeiro produz mais-valia, o segundo não o faz (Marx, 1985).

É essa distinção – ontológica – entre as funções que exercem na reprodução do capital que faz com que, *do ponto de vista da reprodução do capital* (e esta não é, repetimos, *toda* a história), Marx adote criticamente a distinção da Economia Política Clássica: os trabalhadores se dividem entre aqueles que geram mais-valia e aqueles que não o fazem.

Essa não é, todavia, *toda* a história.

Como a relação entre o capital e a humanidade não é uma relação de identidade, mas de alienação (*Entfremdung*), a reprodução do capital não é idêntica à reprodução do ser social. A sociabilidade, se Marx estiver correto, tem no intercâmbio orgânico com a natureza (o trabalho) sua categoria fundante. Se o trabalho funda o ser social em sua universalidade, o trabalho primitivo funda as sociedades primitivas, o trabalho escravo funda o escravismo, o trabalho servil o feudalismo e, por fim, o trabalho proletário funda o modo de produção capitalista. E a razão decisiva dessa situação ontológica é que sem a transformação da natureza nos meios de produção e de subsistência não há qualquer reprodução social possível. Portanto, se a produção da mais-valia é a mediação pela qual se dá *imediatamente* a reprodução do capital, isto não cancela o fato de que a reprodução da sociabilidade capitalista depende de sua capacidade em continuar retirando da natureza os meios de produção e subsistência a ela imprescindíveis. Ou seja, a distinção entre o trabalho produtor de mais-valia e não produtor de mais-valia não é a única na reprodução do sistema do capital. Há também a distinção entre o trabalho fundante que retira da natureza os meios de produção e de subsistência e



o trabalho abstrato, ou seja, a totalidade das atividades assalariadas. É essa distinção que particulariza os proletários frente aos demais assalariados: proletários (ou operários) são os trabalhadores assalariados que, ao converterem a natureza, fundam a sociabilidade burguesa. São eles, nas palavras de Marx, os “produtores” do capital (Marx, 1985, p. 188, n. 70).

A complexidade do conjunto dessas relações reside no fato de que duas dimensões da vida social – igualmente reais – sobrepõem-se pela mediação dos complexos alienantes oriundos do capital. A primeira: se quase toda conversão da natureza se transformou em trabalho assalariado, nem todo trabalho assalariado converte a natureza em meios de produção e de subsistência. A segunda: se toda conversão da natureza em meios de produção e de subsistência por meio do trabalho assalariado produz mais-valia, nem toda a geração de mais-valia ocorre no intercâmbio com a natureza. Vejamos cada uma dessas sobreposições:

**- O trabalho proletário do campo e da cidade:** produz a mais-valia pela conversão da natureza em meios de produção e de subsistência. Produz novos produtos (ferro, alimentos, roupas, casas, carros, estradas, etc.) que, por advirem da transformação da na-

tureza, continuam existindo após o fim do processo de trabalho. Assim, a cada instante trabalhado, o proletário acrescenta um novo *quantum* de riqueza ao já acumulado pela sociedade, ampliando a riqueza geral da sociedade. Uma sociedade com mais estradas, ferro, alimentos, etc. do que no passado acumulou uma riqueza que corresponde ao montante de trabalho humano plasmado nos novos produtos. *Do ponto de vista da reprodução do capital*, essa ampliação da riqueza da sociedade aparece como a ampliação do capital social total, para empregar a expressão de Marx (1985). Ao produzir um novo meio de produção ou de subsistência, o proletariado *produz* um novo *quantum* de capital: ele valoriza o capital ao produzi-lo. E como a transformação da natureza requer a atuação da “corporalidade” (Marx, 1983, p.149-50) dos humanos, este é necessariamente um ‘trabalho manual’. “... Como o homem precisa de um pulmão para respirar, ele precisa de uma ‘criação da mão humana’ para consumir produtivamente forças da natureza” (Marx, 1985, p. 17).

**- O trabalho produtivo de mais-valia fora do intercâmbio com a natureza:** com o desenvolvimento das relações mercantis, expande-se uma nova possibilidade de valorização de



capital pela exploração de alguns serviços (nem todos os serviços, evidentemente). O exemplo de Marx é o do professor em uma escola privada (Marx, 1985). Outros muitos exemplos podem ser dados, inclusive os dos profissionais da saúde que trabalham nos planos de saúde e hospitais privados. Nessa esfera, temos a geração da mais-valia ao o capital vender o serviço por um valor maior do que o valor da força de trabalho empregada: o preço da aula que os pais pagam é muito superior ao valor da hora-aula do salário do professor, etc. Nisso, as coisas são análogas ao que encontramos no trabalho proletário. A distinção fundamental está na função social que exercem tais trabalhadores produtivos não operários: eles geram mais-valia, eles ‘valorizam’ o capital e, todavia, não ‘produzem’ capital. O montante de mensalidades que os pais pagam ao burguês dono da “fábrica de ensinar” (Marx, 1983, p.106) é idêntico à soma da mais-valia apropriada pelo patrão acrescida dos salários e dos custos de manutenção da escola (incluindo as propinas aos funcionários públicos, etc.). O dinheiro (isto é, a riqueza empregada para as despesas pessoais) dos pais dos alunos se transfere para o cofre do burguês. O que os pais dos alunos perderam de um lado, o burguês ganhou de

outro: não houve a produção de nenhum novo *quantum* de riqueza, nem o capital social total se ampliou. Houve, apenas, a conversão da riqueza que já existia sob a forma de dinheiro no bolso dos pais dos alunos na riqueza sob a forma de capital no cofre do burguês. Esse é o exemplo clássico da geração de mais-valia sem a ‘produção’ do capital.

De onde, todavia, se originou esse dinheiro que estava no bolso dos pais dos alunos? Sempre do trabalho proletariado, o que varia apenas é a mediação. Se o pai do aluno for um burguês que expropria diretamente os operários, veio da riqueza produzida por estes últimos. Se ele for um burguês do comércio e dos bancos, veio da mais-valia produzida pelos operários, como veremos logo abaixo. Se ele for um assalariado não-proletário da indústria, ou um assalariado dos bancos ou do comércio, a riqueza que é convertida em seu salário também advém da riqueza produzida pelos proletários. O mesmo ocorre com o funcionário público, pela mediação dos impostos. Portanto, a origem de toda a riqueza sob a forma de dinheiro presente na sociedade é o trabalho proletário.

O trabalho produtivo de mais-valia exerce, portanto, duas funções sociais distintas: o trabalho proletário

‘produz’ o capital, o trabalho produtivo não-proletário apenas gera mais-valia pela conversão da riqueza já existente sob a forma de dinheiro para a forma capital. E, de um ponto de vista mais amplo que a mera reprodução do capital, temos aqui a relação entre o trabalho fundante da sociabilidade (trabalho proletário que realiza o intercâmbio orgânico com a natureza) e a porção fundada da vida social (os demais complexos da sociedade burguesa): o trabalho proletário produz o capital, gera toda a riqueza da sociedade capitalista. Funda, por isso, a sociabilidade burguesa madura. O trabalhador produtivo não-proletário, como o professor da escola privada, não produz o capital, apenas converte a riqueza já produzida pelos proletários e que se encontra sob a forma de dinheiro, para a forma capital. Concentra a riqueza já produzida e difusa na sociedade nas mãos da burguesia. A mais-valia produzida pelo professor faz parte, portanto, da porção da sociedade burguesa fundada pelo trabalho proletário.

**- O trabalho assalariado do comércio e dos bancos.** Como prometido, vamos agora aos bancos e ao comércio. O desenvolvimento do capitalismo torna mais lucrativo ao industrial ceder a venda de seus produtos aos comerciantes do que ele, indus-

trial, vendê-los diretamente. Como a mercadoria terá de ser vendida pelo seu valor, o comércio apenas se encarregará de sua venda se uma parte da mais-valia produzida na indústria for a ele transferida. Para tanto, o comerciante compra do industrial por 8 unidades uma mercadoria cujo valor é, digamos, 10 unidades. Ao vendê-la, em seguida, por 10, se apropria de 2 unidades que correspondem à mais-valia expropriada do trabalho proletário pelo industrial e transferida ao comerciante. *Mutatis mutandis*, o mesmo ocorre com o pagamento de juros aos bancos (Marx, 1985). A riqueza que se converte em salário dos trabalhadores desses setores não inclui, portanto, nenhuma produção de mais-valia. Por isso, tais trabalhadores são trabalhadores improdutivos.

Por fim, a distinção entre trabalho produtivo e improdutivo só faz sentido, como vimos, *do ponto de vista do capital*. As categorias de trabalho produtivo e improdutivo são – esperamos que esteja claro – subcategorias do trabalho abstrato. Ser trabalhador produtivo ou improdutivo significa, portanto, imediatamente, ser explorado pelo capital. Do ponto de vista da contradição mais genérica entre o capital e o trabalho abstrato, se desdobra uma exploração que se expressa ao redor



dos salários (ou da jornada de trabalho). *Na perspectiva da reprodução do capital* – e, novamente, esta não é *toda* a história – todos os assalariados se equiparam no sentido de que lutam por aumentar o preço de sua força de trabalho enquanto os burgueses fazem de tudo para rebaixá-lo.

Tais lutas ocupam um lugar importantíssimo no desenvolvimento da sociedade burguesa, todavia, não são expressões da contradição antagônica entre o proletariado e a burguesia ao redor da propriedade privada, do Estado, do casamento monogâmico (do patriarcalismo) e das classes sociais. O fundamento ontológico dessa distinção entre o proletariado e os demais assalariados está no local distinto que ocupam na estrutura produtiva. O trabalho proletário funda a sociedade burguesa. Com as devidas mediações, os trabalhadores não-proletários, produtivos ou não, têm a origem da riqueza que se converte em seus salários na exploração, pela burguesia, do trabalho proletário. Apenas e tão-somente os proletários vivem da riqueza que eles mesmos produzem. Ou seja, como em todas as sociedades de classe, também o capitalismo se subdivide em uma classe que produz toda a riqueza da sociedade e os outros setores que a parasitam.

Os trabalhos produtivo e improdutivo, portanto, correspondem a uma distinção específica às sociabilidades regidas pelo capital; são subcategorias do trabalho abstrato. Servem para particularizar o trabalho produtor de mais-valia do trabalho que não produz mais-valia. A essa distinção se sobrepõe, sem que a cancele, uma outra: a relação entre o trabalho abstrato e o trabalho fundante do ser social. O trabalho fundante da sociabilidade burguesa – que corresponde, nos dias de hoje, ao trabalho “condição eterna” (Marx, 1983, p. 153) da vida social – é o intercâmbio com a natureza realizado pelo trabalho proletário. Esse *produz* o capital pela conversão da natureza em meios de produção e de subsistência; os demais trabalhos assalariados, gerando ou não mais-valia, não produzem nenhuma nova riqueza e, por isto, tal como a burguesia, parasitam o trabalho proletário. O que distingue a burguesia desses setores assalariados parasitários é o fato dela extorquir diretamente o trabalho proletário – e, com isto, ficar com a maior parte da riqueza produzida. Aos assalariados não-proletários resta a disputa pela divisão do extorquido dos operários pelas lutas ‘econômicas’ (Lênin, 1978) ao redor do valor dos salários. Apenas o proletariado reúne, por isso, as condi-

ções históricas para se converter no sujeito da revolução pela abolição da propriedade privada, do Estado e do casamento monogâmico (o patriarcalismo). Por isso, tal revolução, para distinguir das revoluções burguesas, é cientificamente denominada de Revolução Proletária.

Para saber mais:

BRAVERMAN, H. *Trabalho e capital monopolista*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

LENIN, V. I. *Que fazer?* São Paulo: Hucitec, 1978.

MARX, K. *O Capital*. São Paulo: Abril Cultural, vol. I, 1983, Tomo I, 1985, Tomo II.

NAPOLEONI, C. *Lições sobre o capítulo sexto (inédito) de Marx*. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1981.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. *Introdução à Economia Política*. São Paulo: Cortez, 2006.

TEIXEIRA, F. *Pensando com Marx*. São Paulo: Ensaio, 1995.

## TRABALHO REAL

Jussara Cruz de Brito

Como uma primeira definição de ‘trabalho real’ (‘atividade’), pode-se dizer que é aquilo que é posto em jogo pelo(s) trabalhador(es) para realizar o trabalho prescrito (tarefa). Logo, trata-se de uma resposta às imposições determinadas externamente, que são, ao mesmo tempo, apreendidas e modificadas pela ação do próprio trabalhador. Desenvolve-se em função dos objetivos fixados pelo(s) trabalhador(es) a partir dos objetivos

que lhe(s) foram prescritos. A parte observável da atividade (o comportamental) é apenas um de seus aspectos, pois os processos que geram a produção deste comportamento não são diretamente observáveis.

O esforço conceitual sinalizado na expressão ‘trabalho real’ está vinculado ao pressuposto de que as prescrições são recursos incompletos, isto é, que desde a sua concepção elas não são capazes de contemplar todas as situa-

T

ções encontradas no exercício cotidiano de trabalhar. Nesse sentido, é dada ênfase ao papel das pessoas como protagonistas ativos do processo produtivo (e não como ‘fator’ ou ‘recurso’ humano). Mesmo no caso de tarefas muito repetitivas, cabe ao trabalhador fazer regulações/ajustes/desvios – mesmo que infinitesimais – que garantam a continuidade da produção. Isso implica o questionamento de expressões, como ‘trabalho manual’ ou ‘trabalho de execução’, que não assinalam ao caráter ativo (mobilização cognitiva e afetiva) do trabalhador.

Fundamentalmente, a defasagem sempre existente entre o trabalho prescrito e o ‘trabalho real’ se deve ao fato de as situações reais de trabalho serem dinâmicas, instáveis e submetidas a imprevistos, conforme mostram os estudos realizados no âmbito da ‘ergonomia da atividade’, desde do final da década de 1960. Portanto, a atividade de trabalho envolve estratégias de adaptação do prescrito às situações reais de trabalho, atravessadas pelas variabilidades e o acaso.

Do ponto de vista do sistema sócio-técnico, as variabilidades dizem respeito a oscilações normais do processo produtivo (por exemplo, quanto à quantidade e tipo de produtos/atendimentos/procedimentos/ações ao

longo do dia, mês ou ano) ou resultam de imprevistos e disfuncionamentos (falhas ou defeitos em equipamentos, problemas com instalações, inadequação ou falta de material, problemas relativos aos fluxos previstos e à comunicação etc.). Do ponto de vista dos trabalhadores, as variabilidades estão ligadas, principalmente, às características das equipes (qualificações e competências dos diferentes profissionais, se são majoritariamente compostas de mulheres, de homens ou mistas, diferenças culturais, de ritmo etc.) e às mudanças de ‘estado’ de cada trabalhador durante a jornada, mês ou ano (condições de saúde, problemas extraprofissionais, nascimento de filhos, desenvolvimento de competências, expectativas e perspectivas profissionais, efeitos da idade, fadiga etc.). Conseqüentemente, a compreensão da atividade não se limita ao que é posto em jogo pelo(s) trabalhador(es) para realizar o trabalho prescrito, pois alguns de seus determinantes são encontrados na história da pessoa ou equipe, na cultura.

A atividade de trabalho (‘trabalho real’) pode ser definida, então, como um processo de regulação e gestão das variabilidades e do acaso. Compreender a atividade de trabalho é compreender os compromissos estabelecidos

pelos trabalhadores para atender a exigências freqüentemente conflitivas e muitas vezes contraditórias. Esses compromissos se vinculam a dois pólos de interesses: os relativos aos próprios trabalhadores (saúde, desenvolvimento de competências, prazer) e os relativos à produção. A atividade de trabalho é, portanto, sempre singular, dado que caracteriza o trabalho de indivíduos singulares e instáveis/variáveis, efetuado em contextos singulares e variáveis (em suas dimensões materiais, organizacionais ou sociais).

Além disso, a defasagem entre a prescrição e a realidade do trabalho também se deve à diferença entre o discurso produzido sobre a prática e aquilo que os trabalhadores experimentam concretamente na prática. Trata-se dos limites das rotinas e protocolos tomados como referência, indicando que há sempre uma parte da atividade que não é traduzida em palavras. É por isso que a abordagem da ‘psicodinâmica do trabalho’ chama a atenção que trabalhar implica sair do discurso para confrontar-se com o mundo. E nesse confronto os trabalhadores não ‘aplicam’ os saberes adquiridos (não são ‘executores’), mas, afetados pela situação de trabalho, mobilizam-se, operando com o patrimônio de saberes adquiridos, produzindo novos elementos.

Observa-se, além disso, que os problemas que os trabalhadores têm de resolver, além de nunca estarem definidos inteiramente no enunciado formal de suas tarefas prescritas, não estão totalmente definidos *a priori*; ou seja, são os trabalhadores que devem ser capazes de construir estes problemas, como sinalizou há décadas o ergonomista Alain Wisner.

A inteligência do/no trabalho, de acordo com a psicodinâmica do trabalho (Dejours, 1997), se caracteriza pela astúcia a que é necessário recorrer diante das dificuldades da prática. É uma forma de inteligência criativa, multiforme e móvel, o que permite uma atuação exitosa nos processos de trabalho, com suas instabilidades. Um outro traço desta inteligência – que tem como modelo uma divindade feminina da Grécia Antiga, *Mêtis* – é que suas capacidades estão sempre enraizadas no corpo. A inteligência da prática está relacionada com ajustes feitos às normas prescritas, visando solucionar as dificuldades experimentadas no confronto com o real (e não previstas nos manuais, protocolos etc.). Portanto, o trabalho envolve inteiramente aquele que trabalha, tem sempre um caráter inventivo e, neste sentido, é enigmático.

A evolução do debate sobre o hiato entre trabalho prescrito e ‘traba-

lho real’ tem levado à efervescência e renovação conceitual da noção de atividade de trabalho – para muitos mais fértil que a noção de ‘trabalho real’. Yves Schwartz (2005), na perspectiva da ergologia, aponta três razões para esta efervescência do debate. Primeiramente, porque se trata de uma noção que não pode ser absorvida totalmente por nenhuma disciplina, na medida em que a atividade atravessa o biológico, o psicológico e o cultural, o individual e o coletivo, o fazer e os valores, o privado e o profissional, o imposto e o desejado. Em outras palavras, a atividade faz uma síntese desses diversos elementos, pois nas situações concretas não é possível separá-los: o fazer é impregnado de valores, o privado se articula com o profissional etc. Logo, a atividade de trabalho não pode ser vista apenas de um ângulo, compreendê-la, operar com este conceito, exige o diálogo entre diversas disciplinas, diferentes campos de saberes. A ergologia chama atenção que este debate sinérgico proposto envolve necessariamente os protagonistas do trabalho em análise, remetendo para a discussão sobre um dispositivo pertinente à geração de saberes para compreender-transformar positivamente o trabalho.

A efervescência da noção de atividade de trabalho está vinculada também ao seu caráter de mediação entre o ‘micro’ (o espaço-tempo onde ocorre o processo de trabalho) e o ‘macro’ (seu contexto social, econômico e político), entre o local e o global. Se aparentemente a noção de atividade refere-se a um plano muito específico e local do trabalho (seu nível ‘micro’), sua aceção tem sido renovada pela indicação de que o foco sobre o micro remete ao macro – e vice-versa. Dito de outro modo: o foco sobre a atividade de trabalho permite tanto compreender os condicionantes econômicos e sociais dos processos produtivos quanto reconhecer a história singular que se faz no cotidiano desses processos. É nesse sentido que a perspectiva ergológica propõe um vai-vem entre micro e macro: um dado olhar sobre as dificuldades e possibilidades encontradas nas situações concretas de trabalho, buscando identificar aí as marcas da história de uma sociedade (seu desenvolvimento científico e cultural, as relações de poder instituídas) e seus valores. Nesse sentido, a atividade de trabalho é sempre um ‘encontro’ entre ‘micro’ e ‘macro’: no caso dos serviços de saúde, um encontro entre, de um lado, diferentes profissionais (com seus saberes particulares e distintas for-



mas de inserção do processo), usuários (com suas histórias de vida e condições clínicas), chefias, equipes, tecnologias; de outro lado, políticas e programas de saúde, legislações, a estruturação da rede assistencial etc. Atividade como encontro que envolve lógicas distintas: a lógica do cuidado, a lógica da gestão do serviço e a lógica financeira. O ‘trabalho real’ acontece neste encontro, e é o trabalhador, individual e coletivamente, que faz a gestão de tudo isso no cotidiano, muitas vezes ‘se virando’. É nesse sentido que ‘trabalhar é gerir’, e que a atividade de trabalho envolve sempre criação.

Há ainda uma outra razão para efervescência da noção da atividade. Ela remete, simultaneamente, às normas antecedentes instituídas e enraizadas nos processos de trabalho e à tendência dos seres humanos de criar novas normas diante dos desafios do cotidiano (renormatizações). Ou seja, o ‘trabalho real’ é um lugar de debates de normas e valores, como se entende na perspectiva ergológica. Para entender essa afirmação, lembremos que há normas (antecedentes) propostas-impostas, ligadas a instâncias exteriores aos indivíduos, assim como há normas instauradas na própria atividade (renormatizações), ligadas ao próprio indivíduo – pois, conforme

Canguilhem (2001), cada um busca ser produtor de suas próprias normas, recentrando a situação de trabalho. As normas que o indivíduo (re)inventa não são da mesma natureza que as normas às quais ele se confronta em seu trabalho. Pensar o trabalho como reprodução idêntica das normas econômicas e técnicas subentendidas na atividade de trabalho seria pensá-lo numa perspectiva apenas adaptativa, o que, na verdade, não dá conta da complexidade da vida e do trabalho. Do mesmo modo que é impossível eliminar as variabilidades do meio de trabalho (conforme evidenciou a ergonomia da atividade), não se pode viver sob um regime de total imposição deste meio já-dado, isto é, de suas normas antecedentes. Diante delas, na situação real de trabalho, os trabalhadores (re)criam estratégias, em um movimento contínuo de (re)normatização. É nesse sentido que Yves Schwartz (2005), na linhagem de Canguilhem, afirma que em toda atividade de trabalho há sempre ‘uso de si’. De um lado, ‘uso de si pelos outros’, como nos é mais visível; de outro, algo que é mais difícil de considerar: ‘uso de si por si’. Sim, pois os trabalhadores precisam – nas situações reais de trabalho – mobilizar-se, fazer uso de suas próprias capacidades, de seus próprios recursos e de suas próprias escolhas,

além de fazer uso de si para mobilizar redes de parceiros, para equacionar e gerir os problemas emergentes, as variabilidades, as diferentes lógicas e as diferentes normas então presentes.

Nesta mesma perspectiva, na abordagem da clínica da atividade (Clot, 2006), sinaliza-se que, para uma melhor compreensão da atividade de trabalho, se deve considerar também o que não se fez e o que não se faz, por não querer ou poder, assim como aquilo que se tem vontade e se pensa fazer em outro momento. Esta abordagem enfatiza que o conceito de atividade de trabalho deve englobar, além do trabalho realizado e dos obstáculos encontrados, também as possibilidades de desenvolvimento da atividade, remetendo ao trabalho como ‘zona de desenvolvimento potencial’ e às potencialidades do agir individual e coletivo no trabalho – aquilo de novo que no trabalho cada um pode se tornar.

Todo este debate sobre o ‘trabalho real’ e mais especificamente sobre o conceito de atividade de trabalho mostra que este é um assunto atraente e complexo, envolvendo vários aspectos. A dimensão coletiva do trabalho exige ser considerada. Já foi evidenciado pela ergonomia da atividade e pela psicodinâmica do trabalho que a organização real do trabalho se baseia na

cooperação espontânea entre os trabalhadores, ao contrário da organização prescrita do trabalho que busca definir separadamente os papéis, os domínios de competência e as responsabilidades de cada um. A cooperação não pode ser prescrita: é uma construção fundada em regras produzidas pelos coletivos de trabalho, a partir de critérios de eficácia e de valores. Esta cooperação depende de condições favoráveis à mobilização subjetiva – que por sua vez está relacionada à dinâmica do reconhecimento das contribuições dos trabalhadores (invenções e ajustes feitos) para que não haja uma paralisação da produção. Trata-se de uma dinâmica que passa necessariamente pela visibilidade do que se faz (das transgressões), exige a possibilidade de confiança, compreende a existência de um espaço público interno no meio de trabalho, passa por um julgamento – por parte dos pares, da hierarquia e dos clientes – sobre o ato profissional e o seu produto, enfim, pelo reconhecimento da contribuição. Logo, o ‘trabalho real’ apresenta também uma dimensão subjetiva e intersubjetiva.

Considerar a dimensão coletiva do trabalho implica ainda reconhecer que diferentes redes são formadas para que as atividades se desenvolvam. Redes que podem envolver contatos

presenciais diretos ou comunicações telefônicas ou escritas, que podem se constituir e em seguida se desfazer, mas que integram o ‘trabalho real’. Por exemplo, no cuidado de recém-nascidos prematuros, em uma UTI-Neonatal, se constitui um coletivo transitório formado por profissionais da equipe de enfermagem e as mães dos bebês. Outro exemplo: redes que se criam a partir da ação do Programa Saúde da Família (PSF), envolvendo inclusive a comunidade.

Para concluir: é muito importante e difícil apreender o ‘trabalho real’, especialmente quando este envolve tão poderosamente um componente relacional, como o trabalho em saúde. O fundamental é não negar que desvios, ajustes, transgressões, micro-decisões fazem parte desse universo, pois o

trabalho humano é sempre necessário para fazer face aos acontecimentos.

### Para saber mais:

CANGUILHEM, G. Meio e normas do homem no trabalho. *Proposições*, 12(2-3): 35-36, jul.-nov., 2001.

CLOT, Y. *A Função Psicológica do Trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2006.

DEJOURS, C. *O Fator Humano*. São Paulo: Ed. FGV, 1997.

DANIELLOU, F. (Org.) *A Ergonomia em Busca de seus Princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Editora Edgard Blücher, 2004.

SCHWARTZ, Y. *Actividade Laboreal*, 1(1): 63-64, 2005. Disponível em: <<http://laboreal.up.pt>>.

WISNER, A. *A Inteligência no Trabalho: textos selecionados de ergonomia*. São Paulo: Fundacentro, 1994.

## TRABALHO SIMPLES

*Júlio César França Lima  
Lúcia Maria Wanderley Neves  
Marcela Alejandra Pronko*

**C**onceito formulado por Karl Marx, no volume 1 de *O Capital*, em 1867, como par do conceito ‘trabalho complexo’. Ambos os conceitos referem-se à divisão social do trabalho, que existe em qualquer sociedade, mudando de caráter de acordo com os países e os estágios de civilização e, portanto, historicamente determinados. O ‘trabalho simples’, ao contrário do trabalho complexo, caracteriza-se por ser de natureza indiferenciada, ou seja, dispêndio da força de trabalho que “todo homem comum, sem educação especial, possui em seu organismo” (Marx, 1988, p. 51).

Na forma particular que assume o processo de trabalho e de produção no capitalismo, o ‘trabalho simples’ é, ao mesmo tempo, produção de valor de uso e produção de valor. Como produtor de valor de uso, o ‘trabalho simples’ é trabalho concreto e nessa condição deve ser considerado nos seus aspectos qualitativos. Como produtor de valor, o ‘trabalho simples’ é trabalho abstrato e,

nessa condição, só é considerado nos seus aspectos quantitativos, servindo de parâmetro de medição do dispêndio do trabalho humano.

Como trabalho concreto, no desenvolvimento do capitalismo, as características do ‘trabalho simples’ vão-se reconfigurando a partir da divisão técnica do trabalho e decorrente hierarquização das funções do trabalhador coletivo. Essa alteração do caráter do ‘trabalho simples’ está relacionada às necessidades do constante aumento da produtividade do processo de trabalho. Como trabalho da abstrato, esse aumento de produtividade se realiza sob condições de dominação e de exploração para a extração de mais-valia.

O ‘trabalho simples’, no capitalismo industrial, tende a ser cada vez mais racionalizado à medida que a produção material e simbólica da existência se racionaliza pelo emprego diretamente produtivo da ciência, especificamente, no processo de trabalho e, de forma geral, no processo de produção da vida.

Nos primórdios do capitalismo industrial, o ‘trabalho simples’ tinha um caráter predominantemente prático. A organização científica do trabalho, no capitalismo monopolista, vai paulatinamente demandando do ‘trabalho simples’ elementos teóricos gerais e básicos na sua execução. As atuais mudanças do processo de trabalho tendem a generalizar sua racionalização.

Enquanto o trabalho simples possuía um caráter predominantemente prático, o local de trabalho era ao mesmo tempo o local de sua formação. O aumento da racionalidade do processo de trabalho passa a exigir um local específico para a sua formação: a escola. A escola dividida em graus e modalidades é inerente à hierarquização que se estabelece na produção capitalista de mercadorias e da própria especificidade do trabalho na cultura urbano-industrial, de natureza flexível, baseado na variação do trabalho, isto é, na fluidez das funções e na mobilidade do trabalhador.

Existe um patamar mínimo de escolarização para o ‘trabalho simples’ em cada estágio de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção industriais, em cada formação social concreta. Existem também diferenciações na execução das atividades produtivas que exigem conheci-

mentos sistematizados (escola-rizados) e diferentes experiências de trabalho e de vida.

Do ponto de vista do capital, a formação para o ‘trabalho simples’ destina-se à preparação técnica e ético-política da mão-de-obra, visando a aumentar a produtividade do trabalho sob a direção capitalista. Dessa forma, a formação do trabalho simples assume um caráter unilateral.

O grau de generalização da formação do ‘trabalho simples’, em cada formação social concreta, depende do lugar ocupado por essa formação na divisão internacional do trabalho, especialmente, da divisão entre países produtores de conhecimento e países adaptadores do conhecimento e, também, do estágio da luta de classes em cada momento histórico específico.

No Brasil, até os anos iniciais do século XX, a formação para o ‘trabalho simples’ era realizada, na maior parte dos casos, no próprio processo de trabalho. Com o desenvolvimento da urbanização e da industrialização, essa formação passou a requerer graus crescentes de sistematização fora do local de trabalho, sendo realizada nas instituições de educação escolar elementar e nos centros de formação técnico-profissional.



O patamar mínimo de escolarização para a formação do ‘trabalho simples’ foi-se estendendo ao longo do século XX da educação primária, realizada em quatro séries de escolaridade, até o ensino de 1º. grau, de oito anos de escolaridade, cuja obrigatoriedade foi estabelecida inicialmente pela lei 5.692/71. A lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996 redefiniu a estrutura da educação escolar, estabelecendo dois níveis de educação: a educação básica e a educação superior. A educação básica, por sua vez, foi subdividida em três etapas: educação infantil, ensino fundamental e ensino médio, mantendo, no entanto, a obrigatoriedade do ensino fundamental, de oito anos de escolaridade, embora prescreva a progressiva extensão da obrigatoriedade e gratuidade ao ensino médio, explicitando assim um alargamento do patamar mínimo de escolarização para o ‘trabalho simples’, em tempos de automação flexível e de relações capitalistas neoliberais.

Por sua vez, a formação técnico-profissional para o trabalho simples foi-se diversificando em relação a tipos de cursos e de instituições, e exigindo, tendencialmente, como pré-requisitos, patamares progressivamente mais elevados de escolarização para os setores produ-

tivos mais racionalizados. A formação técnico-profissional do ‘trabalho simples’ hoje, denominada educação profissional pela atual LDB, é desenvolvida por meio de cursos e programas de formação inicial e de educação profissional técnica de nível médio (Decreto n. 5.154/04).

Na área de saúde, até a primeira metade do século passado, não era claramente estabelecido o patamar mínimo de escolaridade dos trabalhadores técnicos. Com a expansão dos serviços médicos hospitalares a partir da segunda metade do século XX, que acompanhou o processo de urbanização e industrialização no país, o ‘trabalho simples’ se diversificou, diferenciando os tempos de formação e as tarefas concretamente desempenhadas. Na área de enfermagem, maior contingente da força de trabalho no setor, ficou claramente definida a diferenciação entre atendentes, auxiliares e técnicos em enfermagem. Para os atendentes, o patamar mínimo de escolarização foi estabelecido nas quatro primeiras séries do ensino fundamental (antigo ensino primário). Para os auxiliares, por sua vez, passou-se a requerer o ensino fundamental completo. Já para os técnicos em enfermagem foi prescrito o ensino médio.

No final do século XX e nos anos iniciais deste século, após a denominada terceira revolução industrial, uma nova divisão técnica do ‘trabalho simples’ em saúde vem-se configurando, exigindo tendencialmente a homo-geneização do patamar mínimo de escolarização de todas as categorias de trabalhadores técnicos em saúde no nível médio de ensino.

Por sua vez, a formação técnico-profissional para o ‘trabalho simples’ em saúde ao longo da primeira metade do século XX se processou majoritariamente no próprio local de trabalho. Entre os anos de 1950 e 1980, com a expansão da rede hospitalar privada, cursos de formação inicial e de educação profissional técnica de nível médio passaram a ser desenvolvidos predominantemente em instituições privadas de ensino. Nas duas últimas décadas, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), inversamente, esta formação vem-se dando em larga escala nas escolas técnicas de saúde do SUS.

LIMA, J. C. F. L. et al. Educação profissional em enfermagem: uma releitura a partir do Censo Escolar 2001. *Revista Formação*, 2(6): 37-54, set.-dez., 2002.

MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988. (Livro Primeiro, v.1)

NAVILLE, P. *Essai sur la qualification du travail*. Paris: Librairie Marcel Rivière et Cie., 1956.

NEVES, L. M. W. *A Hora e a Vez da Escola Pública? Um Estudo sobre os Determinantes da Política Educacional do Brasil de hoje*, 1991. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Faculdade de Educação/Centro de Filosofia e Ciências Humanas/Universidade Federal do Rio de Janeiro.

NEVES, L. M. W. *Brasil 2000: Nova divisão de trabalho em educação*. São Paulo: Xamã, 2000.

VIEIRA, M. et al. A inserção das ocupações técnicas nos serviços de saúde no Brasil: acompanhando os dados de postos de trabalho pela pesquisa. *Revista Formação*, 3(8): 29-46, mai.-ago., 2003.

### Para saber mais:

ALMEIDA, M. C. P. de. *O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática*. São Paulo: Cortez, 1986.





# U

## UNIVERSALIDADE

*Gustavo Corrêa Matta*

A universalidade tem sido considerada na ciência política como uma noção relacionada ao campo do direito, mais especificamente ao campo dos direitos humanos. Ou seja, os direitos que são comuns a todas as pessoas, como um direito positivo que visa à manutenção da vida individual e social no mundo moderno. Na saúde, a universalidade tem sido uma bandeira das lutas populares que a reivindicam como um direito humano e um dever do Estado na sua efetivação. Constitui-se como um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e está inscrita na Constituição Federal brasileira desde 1988.

A discussão em torno da universalidade como um conjunto de direitos inerentes a todas as pessoas, seja no interior do aparelho estatal nacional ou comum a todos os seres humanos independente de nacionalidade, apesar de remontar à filosofia política do século XVII, tornou-se pauta do

Estado liberal nas constituições inglesa e francesa no século XVIII. Os principais filósofos a defender direitos que não dependem da cidadania, da fé ou da ação do Estado, ou seja, como direito natural, foram Thomas Hobbes, John Locke e Jean-Jacques Rousseau e seus trabalhos sobre o chamado ‘contrato social’. Essa discussão parte da necessidade de rever as relações políticas na Europa, até então dominadas pela monarquia e pelo clero, e pela expansão européia no continente americano, enfocando uma concepção liberal das relações sociais e do direito à propriedade (Bobbio et al., 2004).

A defesa do direito às liberdades individuais, políticas e econômicas foram fundamentais para a expansão e consolidação do capitalismo na Europa que, desta forma, eram concebidas como naturais e protegidas pelo chamado Estado de direito, principalmente durante o século XIX. A tensão entre liberdade e intervenção do Estado



no mercado terá como resultante a defesa do direito ao livre comércio, sem regulação estatal, garantindo o *status quo* e a livre circulação dos grandes grupos econômicos. O discurso liberal nesse sentido defende a universalidade do direito às liberdades individuais, a não-intervenção estatal na economia, o direito à propriedade privada e a liberdade de organização política. Esses valores da vida burguesa são defendidos como direitos ‘naturais’ do ser humano, destituídos de sua conotação política e social, criando uma autonomia do poder judiciário em relação ao Estado para a proteção desses valores.

No final do século XIX, as questões sociais começaram a tomar de assalto a estabilidade da vida burguesa e do capitalismo. A revolução industrial deixou um rastro de desemprego e precariedade nas classes trabalhadoras urbanas que, afastadas da solidariedade e da economia de subsistência da vida rural, se aglomeravam nas periferias das grandes cidades. O problema que se apresentava naquela época não eram os pobres, mas sim a produção da pobreza, trazida pela grande concentração de capital e pelas contradições do processo de industrialização.

A necessidade de tratar de forma particular a classe trabalhadora prevenindo-a socialmente contra a doença,

a velhice e a invalidez, e conseqüentemente o avanço da pobreza, começa pela reforma de Bismarck na Alemanha, criando uma forma de intervenção do Estado na distribuição da renda e na criação de um sistema de previdência social voltada para os trabalhadores fabris. Essa política abriu de um lado a possibilidade do avanço do socialismo na Europa, e por outro, de forma reativa, começavam a surgir as primeiras formas do Estado de bem-estar social (Bobbio, 2004).

Esse momento é fundamental para compreender a antinomia entre universalismo e particularismo na política social contemporânea. A organização da classe trabalhadora na Alemanha e a luta pelos direitos trabalhistas começam a se traduzir em projetos de sociedade e em formas de intervenção do Estado na vida social. Trata-se de uma disputa entre políticas sociais meritocráticas, particulares, com base em critérios de elegibilidade de vulnerabilidades e de contribuição previdenciária que visam à atenção a indivíduos e grupos vulneráveis às mazelas da pobreza; e de políticas sociais universais fundadas não na renda ou no mérito, mas no direito a um conjunto de ações que visam a condições mínimas de vida igualitárias a toda população, independente de classe so-

cial, raça ou religião, resgatando a idéia de um conjunto de direitos naturais de qualquer cidadão.

Muitas das discussões entre focalismo e universalismo têm como base o papel social do Estado no capitalismo contemporâneo e o lugar da democracia-liberal na atualidade. Ou seja, o Estado deve formular políticas sociais para todos os cidadãos, ou políticas sociais focalizadas para um conjunto de indivíduos excluídos economicamente? Esse debate tem tomado diversas tonalidades em diferentes momentos dos séculos XX e XXI, além de acirrar discussões e lutas políticas e sociais nos contextos local e global.

As estratégias de construção social da temática da universalidade envolvem não somente elementos do registro macropolítico, mas também elementos micropolíticos de ordem econômica, como a limitação dos recursos e as formas tributárias de arrecadação; de ordem política, como os limites da intervenção e controle disciplinar do Estado na vida social dos indivíduos; de ordem político-institucional, como a participação dos indivíduos e grupos sociais na formulação e controle social das políticas, entre outros, demonstrando a complexidade das relações sociais em jogo nesta temática.

Na saúde, a universalidade é um dos princípios constitucionais do sistema de saúde brasileiro, sendo considerada uma das maiores conquistas da população na Constituição Federal de 1988. A universalidade aponta para o rompimento com a tradição previdenciária e meritocrática do sistema de saúde brasileiro, que conferia unicamente aos trabalhadores formais, por meio da contribuição previdenciária, o acesso às ações e serviços de saúde. Com a instituição do SUS, a saúde tornou-se um direito de qualquer cidadão brasileiro, independente de raça, renda, escolaridade, religião ou qualquer outra forma de discriminação, e um dever do Estado brasileiro em prover esses serviços.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 2005, p. 39).

A universalidade é o princípio que organiza e dá sentido aos demais princípios e diretrizes do SUS na garantia do direito à saúde de forma integral, equânime, descentralizada e com participação popular (Matta, 2007).



A universalidade de acesso aos serviços de saúde pela população brasileira vem sofrendo diversos constrangimentos na efetivação deste direito. Desde as influências históricas e institucionais da trajetória do sistema nacional de saúde, principalmente a partir dos anos 1960 com a progressiva privatização dos serviços de saúde e a constituição do chamado complexo médico-industrial no Brasil, até as ondas predatórias da globalização neoliberal e seus efeitos durante o processo de democratização do Estado brasileiro nos anos 1980 e 1990, o sistema de público de saúde, o SUS, ainda não é o único sistema de saúde no Brasil e vem muitas vezes limitando as suas ações às populações menos favorecidas e nas ações de atenção primária e de alta complexidade, como os transplantes e o tratamento da AIDS, que estão à margem da ação e dos interesses dos planos privados de saúde (Matta e Lima, 2008).

Podemos perceber que, apesar de assegurada constitucionalmente, a universalidade na saúde oscila entre ações abrangentes e integrais a ações focalizadas e verticais. Essa tensão faz parte da arena de lutas pela democratização da saúde que remontam aos ideais da reforma sanitária brasileira e aos grupos econômicos que lutam pela

privatização da saúde e sua mercadorização.

O valor da saúde como um direito, a universalidade, tem sido defendido por diversos autores na formação e na gestão do trabalho em saúde como uma estratégia para fortalecer o SUS e como uma forma de ampliação da participação popular (Pinheiro e Mattos, 2005).

Nas últimas décadas, a universalidade em saúde tem sido atacada por organismos internacionais, como o Banco Mundial, que defendem uma ação mínima do Estado nas políticas sociais e a abertura dos sistemas nacionais de saúde para empresas de seguro-saúde internacionais e sua progressiva privatização (Mattos, 2000; Matta, 2005).

Por outro lado, há grupos e movimentos internacionais que defendem a universalidade do direito à saúde em escala global, como o Movimento da Saúde dos Povos, bem como a produção estatal e o fornecimento gratuito de medicamentos essenciais a todos aqueles que necessitam (PHM, 2005).

A universalidade não é apenas um elemento da atenção de um Estado assistencialista, mas um valor a ser fortalecido e defendido como um projeto emancipatório de sociedade. É nessa perspectiva que a idéia de uma construção social da universalidade permi-

te a sua 'desnaturalização' e a valorização de suas dimensões histórica, política e cultural.

### Para saber mais:

BOBBIO, N. *A Era dos Direitos*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOBBIO, N. et al. *Dicionário de Política*. Brasília: UNB, 2004.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal, 2005.

MATTA, G. C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (Org.). *Políticas de Saúde: Organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde:*

*Contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008.

MATTA, G. C. A Organização Mundial de Saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 371-396, 2005.

MATTOS, R. A. *Desenvolvendo e ofertando idéias: Um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 2000.

PHM. *Asamblea de la salud de los pueblos (ASP)- Salud en la era de la globalización: de víctimas a protagonistas*. Un documento de discusión preparado por el grupo de trabajo de la Asamblea de la Salud de los Pueblos. 2000. Disponível em: <<http://www.phmovement.org/>> Acesso em: 30 de jan.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e participação e os espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Cepesc, Abrasco, 2005.







## VIGILÂNCIA EM SAÚDE

*Maurício Monken  
Carlos Batistella*

### Aspectos históricos

A expressão ‘vigilância em saúde’ remete, inicialmente, à palavra vigiar. Sua origem – do latim *vigilare* – significa, de acordo com o *Dicionário Aurélio*, observar atentamente, estar atento a, atentar em, estar de sentinela, procurar, campear, cuidar, precaver-se, acautelar-se.

No campo da saúde, a ‘vigilância’ está historicamente relacionada aos conceitos de saúde e doença presentes em cada época e lugar, às práticas de atenção aos doentes e aos mecanismos adotados para tentar impedir a disseminação das doenças.

O isolamento é uma das práticas mais antigas de intervenção social relativa à saúde dos homens (Rosen, 1994; Scliar, 2002; Brasil, 2005). No final da Idade Média, o modelo médico e político de intervenção que surgia para a organização sanitária das cidades des-

locava-se do isolamento para a quarentena. Três experiências iniciadas no século XVIII, na Europa, irão constituir os elementos centrais das atuais práticas da ‘vigilância em saúde’: a medicina de estado, na Alemanha; a medicina urbana, na França; e a medicina social, na Inglaterra (Foucault, 1982).

O desenvolvimento das investigações no campo das doenças infecciosas e o advento da bacteriologia, em meados do século XIX, resultaram no aparecimento de novas e mais eficazes medidas de controle, entre elas a vacinação, iniciando uma nova prática de controle das doenças, com repercussões na forma de organização de serviços e ações em saúde coletiva (Brasil, 2005). Surge, então, em saúde pública, o conceito de ‘vigilância’, definido pela específica, mas limitada, função de observar contatos de pacientes atingidos pelas denominadas ‘doenças pestilenciais’ (Waldman, 1998).



A partir da década de 1950, o conceito de ‘vigilância’ é modificado, deixando de ser aplicado no sentido da ‘observação sistemática de contatos de doentes’, para ter significado mais amplo, o de ‘acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade’, com o propósito de aprimorar as medidas de controle (Waldman, 1998).

Em 1963, Alexander Langmuir, conceituou ‘vigilância em saúde’ como a “observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la” (Brasil, 2005).

Esta noção de ‘vigilância’, ainda presente nos dias atuais, baseada na produção, análise e disseminação de informações em saúde, restringe-se ao assessoramento das autoridades sanitárias quanto à necessidade de medidas de controle, deixando a decisão e a operacionalização dessas medidas a cargo das próprias autoridades sanitárias (Waldman, 1998).

Em 1964, Karel Raska, propõe o qualificativo ‘epidemiológica’ ao conceito de ‘vigilância’ – designação con-

sagrada no ano seguinte com a criação da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 1968, a 21ª Assembléia Mundial da Saúde promove ampla discussão sobre a aplicação da ‘vigilância’ no campo da saúde pública, que resulta em uma visão mais abrangente desse instrumento, com recomendação de sua utilização não só em doenças transmissíveis, mas também em outros eventos adversos à saúde (Waldman, 1998).

Um dos principais fatores que propiciaram a disseminação da ‘vigilância’ como instrumento em todo o mundo foi a ‘campanha de erradicação da varíola’, nas décadas de 1960 e 1970. Neste período, no Brasil, a organização do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (1975), se dá através da instituição do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças. Em 1976, é criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. No caso da vigilância ambiental, começou a ser pensada e discutida, a partir da década de 1990, especialmente com o advento do Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde - VIGISUS (Brasil, 1998; EPSJV, 2002).



## O Debate Atual

As discussões que se intensificaram a partir da década de 1990 em torno da reorganização do sistema de ‘vigilância epidemiológica’, tornando possível conceber a proposta de ação baseada na ‘vigilância da saúde’, continuam pelo menos três elementos que deveriam estar integrados: 1) a ‘vigilância’ de efeitos sobre a saúde, como agravos e doenças, tarefa tradicionalmente realizada pela ‘vigilância epidemiológica’; 2) a ‘vigilância’ de perigos, como agentes químicos, físicos e biológicos que possam ocasionar doenças e agravos, tarefa tradicionalmente realizada pela ‘vigilância sanitária’; 3) a ‘vigilância’ de exposições, através do monitoramento da exposição de indivíduos ou grupos populacionais a um agente ambiental ou seus efeitos clinicamente ainda não aparentes (subclínicos ou pré-clínicos), este último se coloca como o principal desafio para a estruturação da ‘vigilância ambiental’ (Freitas & Freitas, 2005; EPSJV, 2002).

No Brasil, o processo de implantação dos distritos sanitários buscava organizar os esforços para redefinir as práticas de saúde, tentando articular a epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços (Teixeira, 2000).

Naquele momento, a preocupação incidia sobre a possibilidade de reorganizar a prestação dos serviços, buscando a integração das diferentes lógicas existentes: a atenção à demanda espontânea, os programas especiais e a oferta organizada dos serviços, com base na identificação das necessidades de saúde da população.

A excessiva fragmentação observada na institucionalização das ações de ‘vigilância’ (epidemiológica, sanitária e ambiental) também é criticada no âmbito de sua construção conceitual.

Três vertentes apontam diferentes concepções em torno da noção de ‘vigilância em saúde’: uma primeira, que a entende como sinônimo de ‘análise de situações de saúde’, embora amplie o objeto da ‘vigilância epidemiológica’, abarcando não só as doenças transmissíveis, não incorpora as ações voltadas ao enfrentamento dos problemas. A segunda vertente concebe a ‘vigilância em saúde’ como integração institucional entre a ‘vigilância epidemiológica’ e a ‘vigilância sanitária’, resultando em reformas administrativas e, em alguns casos, no fortalecimento das ações de ‘vigilância sanitária’ e na articulação com os centros de saúde. Por fim, a terceira noção concebe a ‘vigilância em saúde’ como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, or-



ganizando processos de trabalho em saúde sob a forma de operações para enfrentar problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos. Estas operações devem se dar em territórios delimitados, nos diferentes períodos do processo saúde-doença, requerendo a combinação de diferentes tecnologias (Teixeira, Paim & Vilasboas, 1998). Nesta última concepção são revistos os sujeitos, os objetos, meios de trabalho e as formas de organização dos processos de trabalho envolvidos.

De acordo com Teixeira, Paim e Vilasboas (1998), o sistema de saúde brasileiro após a constituição de 1988 vem buscando construir modelos de atenção que respondam de forma eficaz e efetiva às reais necessidades da população brasileira, seja em sua totalidade, seja em suas especificidades locais. Os modelos hegemônicos atuais – o médico-assistencial, pautado na assistência médica e no hospital, e o modelo sanitarista, baseado em campanhas, programas e em ações de ‘vigilância epidemiológica’ e ‘sanitária’ – não conseguem mais responder à complexidade e diversidade dos problemas de saúde que circunscrevem o cidadão comum nesse início de século.

A busca por modelos alternativos que, sem negar os anteriores, conju-

guem as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a outras formas de cuidado voltadas para qualidade de vida das coletividades, incorporando atores sociais antes excluídos do processo de produção da saúde, é estratégia para superar o ciclo biologicista, antropocêntrico, medicalizante e iatrogênico em que se encontra o sistema de saúde há quase um século.

A ‘vigilância em saúde’, entendida como rearticulação de saberes e de práticas sanitárias, indica um caminho fértil para a consolidação do ideário e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Apoiada no conceito positivo do processo saúde-enfermidade, ela desloca radicalmente o olhar sobre o objeto da saúde pública – da doença para o modo de vida (as condições e estilos de vida) das pessoas. Entendida como uma ‘proposta de ação’ e uma ‘área de práticas’, a ‘vigilância em saúde’ apresenta as seguintes características: intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; adoção do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras; atuação intersetorial; ação sobre o território; e intervenção sob a forma de operações (Paim & Almeida Filho, 2000).

Fundamentada em diferentes disciplinas (epidemiologia, geografia crítica, planificação em saúde, ciências sociais, pedagogia, comunicação etc.), a ‘vigilância em saúde’ recorre a uma ‘associação de tecnologias’ (materiais e não materiais) para enfrentar problemas (danos e riscos), necessidades e determinantes sócio-ambientais da saúde. Como combinação tecnológica estruturada para resolver questões postas pela realidade de saúde, a ‘vigilância em saúde’ tem sido reconhecida como um ‘modelo de atenção’ ou como um ‘modo tecnológico de intervenção em saúde’ (Paim & Almeida Filho, 2000) ou uma via para a construção e a implementação da diretriz da integralidade.

O pensar sistemático sobre o conhecimento, o objeto e o trabalho em saúde dá suporte para a operacionalização do trinômio ‘informação-decisão-ação’, dimensões estratégicas para o planejamento. Esta reflexão coloca tanto para o diagnóstico quanto para a ação a importância do olhar de cada ator social sobre o seu cotidiano. Portanto, os processos de trabalho da ‘vigilância em saúde’ apontam para o desenvolvimento de ações intersetoriais, visando responder com efetividade e eficácia aos problemas e necessidades de saúde de populações e de seus contextos geradores.

Para Carvalho (2005), embora a corrente da ‘vigilância em saúde’ venha contribuindo para a consolidação do SUS e aponte corretamente para a reorganização do modelo assistencial, é preciso indicar suas debilidades teóricas e práticas. A ‘vigilância em saúde’ tenderia a desconsiderar a importância do saber clínico acumulado ao longo da história, dando ênfase demasiada ao papel da epidemiologia e do planejamento na determinação das necessidades de saúde. O autor assinala ainda a subordinação do universo do sofrimento à lógica dos fatores e condições de risco presente na proposta da ‘vigilância em saúde’. Em nome do coletivo, esta tenderia a desconsiderar os planos do desejo e do interesse individual que conformam o sujeito. Por fim, à ênfase dada ao método epidemiológico na priorização dos problemas de saúde põe em questão a afirmação de que a ‘vigilância em saúde’ teria como objeto a saúde e não a doença.

Outra vertente de crítica diz respeito à intersetorialidade. Para Lefèvre e Lefèvre (2004), ao afirmar que a saúde é responsabilidade de todos setores (habitação, emprego, renda, meio ambiente etc), a ‘vigilância em saúde’ esvaziaria a ação específica do setor saúde em detrimento de ações políticas globais com alto grau de generalidade.



## A Área de Educação Profissional em Vigilância em Saúde

A crescente responsabilização dos municípios na organização das ações básicas de ‘vigilância em saúde’, conforme disposto no Pacto de Gestão (Brasil, 2006), vem indicando ao sistema de saúde a necessidade de formação dos trabalhadores desta área. A constituição e a consolidação pró- próprias de cada uma das estruturas operacionais da ‘vigilância em saúde’ (epidemiológica, sanitária e ambiental) têm como legado a fragmentação institucional das ações e dos processos formativos. Quando organizadas em bases de conhecimentos e de práticas aparentemente independentes, as ‘vigilâncias’ desperdiçam um extraordinário potencial analítico e de intervenção sobre os condicionantes da produção social de saúde e doença.

A formulação de propostas para a educação profissional em saúde, muito embora possa representar importante colaboração para as mudanças almejadas, sempre encontrará limitações dadas pela própria cultura institucional e a organização das práticas de saúde. Para Paim & Almeida-Filho (2000, p. 81),

“a revisão e o desenvolvimento curricular podem ser medidas necessárias para a reatualização das instituições de ensino face à reorganização das práticas de saúde, porém insuficientes para alterar o modo de produção dos agentes”.

A formação para o trabalho na ‘vigilância em saúde’ deve ter a pesquisa como eixo central para a realização da prática estratégica – informação/decisão/ação, através do reconhecimento do território/população, do domínio do planejamento como ferramenta capaz de mobilizar os diversos atores na resolução dos problemas identificados e da ação comunicativa (Paim & Almeida Filho, 2000).

Do mesmo modo, é importante adotar como referência para o projeto educativo o conceito de prática de saúde, o que significa privilegiar, num primeiro momento, as dimensões objetivas do processo de trabalho (objetos, meios e atividades), valorizando as relações técnicas e sociais que permeiam tais práticas assim como os aspectos simbólicos e as representações embutidas na interação dos agentes entre si, destes com segmentos da população e de ambos com as organizações e instituições (Paim & Almeida Filho, 2000).

Se o propósito for transformar as práticas de saúde mediante a redefinição de políticas e a reorganização dos processos de trabalho, não se pode subestimar a questão pedagógica. Cumpre assim aproveitar as oportunidades de mudança no modo de produção desses agentes, surgidas na conjuntura, buscando constituir novos sujeitos-agentes ético-políticos.

### Para saber mais:

- BRASIL. *Projeto VIGISUS – Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 1998. 203p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Curso Básico de Vigilância Epidemiológica*. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes Operacionais dos Pactos da Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. 76p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CARVALHO, S. R. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- EPSJV. *Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde: projeto político pedagógico*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2002. (Termo de Referência para a Educação Profissional em Vigilância em Saúde)
- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. *A Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- FREITAS, M. B. & FREITAS, C. M. A vigilância da qualidade da água para consumo humano – desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(4): 993-1004, out./dez., 2005.
- LEFÉVRE, F. & LEFÉVRE, A. M. C. *Promoção de Saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Vent, 2004.
- MONKEN, M. & BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: perspectivas teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 21, n.3. Rio de Janeiro: mai/jun, 2005 p. 898-906.
- PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. de. *A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
- ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Unesp/Abrasco, 1994.
- ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde*. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- SCLIAR, M. *Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: Senac, 2002.



TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. & VILASBOAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, VII(2): 7-28, 1998.

TEIXEIRA, C. (Org.) *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: ISC, 2000.

WALDMAN, E. A. *Vigilância em Saúde Pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v.7 (Série Saúde & Cidadania)